

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

n° _____

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

NOM : DIAS MOURA DA COSTA GOMES **Prénom :** Patricia
Date et Lieu de naissance : 23/09/1983 au Portugal

Présentée et soutenue publiquement le : 26 juin 2012

**Prise en charge globale des patients toxicomanes au
cabinet en ville : Obstacles et solutions**

Président de thèse : Professeur MAHE Isabelle

Directeur de thèse : Docteur MIGNOTTE Katell

D.E.S. de Médecine Générale

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Isabelle Mahé vous m'avez soutenue dès le début de mon internat lors de mon passage dans votre service et me faite l'honneur d'être ma présidente de thèse, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect.

Au Professeur Dally je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Au Professeur Juvin, j'ai eu la chance d'être externe puis interne dans votre service des urgences de l'hôpital Beaujon où vous m'avez beaucoup appris, et me faites maintenant l'honneur de juger mon travail. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Au Docteur Katell Mignotte, ma remarquable directrice de thèse, merci pour ton investissement, tes conseils, ta disponibilité à tout moment dans chacune des étapes de ma thèse, ainsi que de ta gentillesse. Je suis ravie de t'avoir rencontrée pour ce travail, et j'espère que notre collaboration ne s'arrêtera pas là.

Au Docteur Djouab, mon Maître de stage, je tenais à te remercier de m'avoir donné, par ton dynamisme et ton savoir être dans la relation médecin-malade, le gout de la Médecine Générale. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

A mes parents, vous avez toujours été là pour moi. Merci pour votre amour, votre présence tout au long de mes études, ainsi que pour votre patience, et je sais il en a fallut beaucoup par moment. Si j'en suis arrivée là c'est grâce à vous, merci encore.

A ma petite sœur Gwendoline, tu es quelqu'un d'indescriptible, dans le bon sens bien évidemment. Merci pour ta bonne humeur et tous nos fous rires. Ainsi que pour ton aide lorsque je

me perdais dans les rues et que j'avais besoin d'une page internet. Finis vite tes études, j'aurai rapidement besoin de toi.

A mon chéri Manu, nous nous sommes connus dès le début de mes études de médecine et de ce fait tu as partagé, non bien sans mal, mes moments de stress et de joie. Merci pour ta présence et ton soutien. Les années à venir s'annoncent prometteuses.

A Louise et Albert Morfin, mes grands parents de cœur, vous m'avez toujours soutenue et apportée beaucoup d'amour. Vous êtes parti beaucoup trop tôt mais resterez à jamais dans mon cœur.

A tous les internes de Médecine Générale qui m'ont accordé de leur temps pour participer à mes focus group malgré leur emploi du temps chargé.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CMS	Centre Municipal de Santé
D.E.S.	Diplôme d'Etude Supérieure
D.E.S.C.	Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
D.I.U.	Diplôme Interuniversitaire
D.U.	Diplôme Universitaire
Dispositif TREND	Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues
MSO	Médicament de Substitution aux opiacés
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REMERCIEMENTS :	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
I. INTRODUCTION	9
II. MATERIEL ET METHODES	14
A. Choix de la méthode.....	14
1) Choix de la méthode qualitative	14
2) Le focus group	14
B. Choix de la population.....	14
C. Mode de recrutement	15
D. Conduite des <i>focus group</i>	15
1) Élaboration du guide d'entretien.....	15
2) Déroulement d'un focus group	16
E. Analyse des données	17
III. RESULTATS	18
A. Population.....	18
B. Résultats : les obstacles	22
1) Liés au patient toxicomane	22
a) Un patient au comportement particulier.....	22
b) Un patient poly pathologique, complexe, fragile.....	22
2) Liés à l'interne	23
a) Le manque de connaissance, d'expérience	23
b) Les expériences négatives.....	24

c) L'activité peu valorisante	24
d) La souffrance du médecin	25
3) Liés à la relation médecin-malade	25
a) Deux protagonistes aux sentiments contradictoires	25
b) Les difficultés de dialogue entre eux	25
c) L'inadéquation des attentes des deux protagonistes	26
4) Liés à l'exercice de la Médecine Générale en ville	26
a) L'isolement	26
b) Le fait d'être une femme	27
c) La charge de travail supplémentaire	27
5) Liés à la société	27
a) Le regard des autres	27
b) Un sujet tabou	28
6) Liés à l'imaginaire, aux fantasmes du médecin	28
C. Résultats : les solutions.....	29
1) Les cours	29
a) Durant le second cycle des études médicales.....	29
b) Durant le D.E.S. de Médecine Générale	29
2) Les stages	31
a) La nécessité de les rencontrer dans de bonnes conditions	31
b) Durant le second cycle des études médicales	31
c) Durant le D.E.S. de Médecine Générale	32
3) La société	32

a) La modification du discours public.....	32
b) L'organisation de campagne de prévention.....	33
4) Le médecin.....	33
5) L'outil de communication.....	33
6) L'exercice de la Médecine Générale en ville.....	34
a) L'exercice dans un cabinet de groupe.....	34
b) Les bons interlocuteurs.....	34
c) Le modèle collaboratif.....	34
RESUME DES RESULTATS.....	36
IV. DISCUSSION.....	39
A. Forces et faiblesses de l'étude.....	39
1) Forces de l'étude.....	39
a) L'originalité du sujet.....	39
b) La méthode qualitative.....	40
c) Les données.....	40
2) Faiblesses de l'étude.....	41
a) L'échantillon.....	41
b) Le <i>focus group</i>	41
c) L'interviewer.....	41
B. Discussion des résultats.....	42
1) Difficultés déjà soulevées par la littérature.....	42
2) Résultats inattendus.....	43
a) La souffrance du médecin.....	43

b) Le mode de rémunération des médecins généralistes	44
c) L'inadéquation des attentes.....	47
V. CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	52
ANNEXE 1 : Guide d'entretien des <i>focus groups</i>	52
ANNEXE 2 : Focus Group n°1	53
ANNEXE 3 : Focus Group n°2	62
ANNEXE 4 : Focus Group n°3	71
ANNEXE 5 : Focus Group n°4	76
PERMIS D'IMPRIMER	84
FICHE DE THESE.....	85

I. INTRODUCTION

Le terme de toxicomanie a été employé pour la première fois en 1899 par la Société de Médecine et de Clinique Pratique. Etymologiquement, le préfixe « *toxicon* » en grec, signifie « le poison que l'on met sur les flèches » et le suffixe « *mania* » signifie « folie ». La toxicomanie n'était donc pas un phénomène passif, ce n'était pas une intoxication et de ce fait le sevrage n'était pas le seul traitement (1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissait la toxicomanie comme une envie irrépressible de consommer le produit, une tendance à augmenter les doses, une dépendance psychologique et parfois physique, et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques)(2).

Le Professeur Claude Olievenstein proposait une définition de la toxicomanie : « la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel » (3). Le Docteur Morel définissait, pour sa part, la loi E=SIC : l'expérience psychotrope (E) est déterminée par des facteurs liés à la substance (S), à l'individu qui consomme (I) et au contexte (C) de celui-ci au moment où il consomme (1).

Le patient toxicomane ne se résumait donc pas au produit consommé, et comme tout patient, les personnes dépendantes des opiacés exprimaient des demandes qui appelaient de la part du médecin généraliste, des stratégies de prise en charge médicale, psychologique et sociale dont les médicaments de substitution aux opiacés (MSO), méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD) faisaient partie (4).

L'héroïne est un opiacé puissant, utilisé depuis 1898, obtenu par synthèse à partir de la morphine, extraite d'une plante : le pavot (5). Initialement elle était prescrite pour ses effets antidouleur, comme médicament pour calmer la toux, l'insomnie ou la diarrhée, mais aussi comme substitution à la morphine. Cet essor a été freiné très tôt par deux phénomènes: la iatrogénie et le mésusage, qui ont touché en premier la morphine en 1875 et plus tardivement l'héroïne en 1905 (1).

Pendant longtemps, en France, la prise en charge des toxicomanes se limitait à l'abstinence. En 1972, dans un contexte de guerre à la drogue, Monsieur Chaban-Delmas, alors premier ministre, signait un décret qui supprimait la vente libre des seringues en pharmacie et exigeait une vente, soit sur ordonnance, soit sur une commande écrite avec identité de l'acheteur majeur. L'échec de la politique de répression, vis-à-vis des toxicomanes, instaurée en 1970 a été responsable des épidémies de SIDA et d'hépatites (6). C'est dans ce conflit de courants contradictoires, qu'en 1994, Simone Veil, ministre des Affaires Sociales, de la Ville et de la Santé, a mis en place le dispositif de réduction des risques infectieux, dont l'accès aux traitements de substitution faisait partie. Les médicaments de substitution aux opiacés ont pris place dans un contexte d'urgence. La buprénorphine au dosage et la méthadone ont obtenu respectivement leur AMM en 1996 et en 1995 (7).

Delay et Denicker ont classé l'héroïne parmi les substances psycho actives dites dépressives (8). La neuropsychologie, la neurobiologie et l'imagerie ont permis d'objectiver que le cerveau « dépendant » ne fonctionnait pas selon la norme. Il ne s'agissait donc pas simplement d'une question de volonté, comme certains préjugés le laisseraient penser, mais d'une altération des mécanismes cérébraux primordiaux tels que ceux de la gestion du plaisir, de la souffrance et des émotions. Ces mécanismes ont été mis en évidence dans le système dopaminergique méso-cortico-limbique, encore appelé « système de récompense et de punition ». Ces voies neuronales étaient la cible des drogues en entraînant une « hyperdopaminergie » (9).

L'héroïne était le principal produit utilisé par les toxicomanes en France et représentait l'archétype des drogues illicites. Le nombre des héroïnomanes restait imprécis et était sous-estimé. Selon l'OFDT, le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France métropolitaine parmi les 12/75ans, était estimé à 360 000 (0.6 % de la population générale). Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France était faible. Il ne dépassait pas les 1 % que ce soit chez les 15-34 ans (0,9 %) ou les 35-64 ans (0,7 %) (10). Depuis l'année 2006, l'ensemble des observateurs du dispositif TREND situés dans l'espace urbain (à l'exception de Marseille) ont fait état d'une hausse régulière de la disponibilité perçue de

l'héroïne brune (11).

A l'âge de 17ans, l'expérimentation d'héroïne était en hausse depuis 2000, elle concernait 1,4 % des garçons et 0,8 % des filles en 2008, contre 0,6 % pour les filles et 0,8% pour les garçons en 2005. Il était noté une évolution de 56 % entre 2005 et 2008 (12).

Par ailleurs, selon l'OFDT, l'héroïne faisait son retour parmi les drogues utilisées en France. Elle était consommée par des publics de plus en plus hétérogènes. Il s'agissait d'un public plus jeune et plus inséré socialement, de ce fait moins informés des dangers d'une telle consommation (11). La drogue était coupée dans 90 % à 95% des cas, parfois avec d'autres produits psycho actifs, tel que la cocaïne, ou des produits toxiques comme la caféine pour 86 % des échantillons, du paracétamol pour 79 % des échantillons. La composition comme le degré de pureté étaient de ce fait très variables (13). L'accroissement de ce nouvel usage était attesté aussi par l'augmentation du nombre de surdoses. L'héroïne apparaissait comme présente dans 45 % des surdoses en 2007, alors qu'elle ne l'était qu'à hauteur de 36 % des cas en 2006 et 26 % en 2004 (14).

Sans que l'on puisse noter un lien de cause à effet, 70 % à 90 % des toxicomanes demandeurs de soins étaient atteints d'une comorbidité psychiatrique. Ils s'agissait de troubles mentaux spécifiques (bipolaire, dépressif), de complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogues (communément appelé « bad trip ») et de pathologies de personnalités (anti sociale, états limites, personnalité psychotique) (8),(15).

On estimait à 120 000 le nombre de personnes traitées par MSO en 2007 avec une nette prédominance de la BHD, représentant 80 % de l'ensemble (16).

90 % des patients sous MSO et 94 % des patients sous Subutex® étaient suivis en médecine générale. 59 % des médecins généralistes suivaient un ou plusieurs patients sous MSO (17),(18).

97 % des médecins prescripteurs étaient des médecins généralistes (16).

La toxicomanie ne représentait que 0,14 % des motifs de consultation en médecine générale (19).

41 % des médecins interrogés ne voyaient pas de patient toxicomane (contre 38 % en 1995), alors que 9 % en voyaient plus de 20 dans l'année (contre 4 % en 1995) (20). On assistait, en quelque

sorte, à une spécialisation de la population médicale prenant en charge les patients toxicomanes, en opposition aux médecins qui n'en suivaient pas. Les médecins qui voyaient plus de 10 toxicomanes par an étaient majoritairement des hommes (78 %), exerçaient en secteur 1 (95 %) et dans des villes de plus de 20 000 habitants (72 %), connaissaient les réseaux (92 %), seul 28 % d'entre eux avaient une activité en toxicomanie en dehors du cabinet (20). Le nombre de médecins généralistes ayant entrepris une formation spécifique en toxicomanie a augmenté : 22 % en 1995, 35 % en 1998 et 45% en 2001 (20).

Ces chiffres soulevaient des difficultés à prendre en charge les patients toxicomanes pour certains médecins généralistes. Ces difficultés pouvaient venir des représentations. Ces représentations sont individuelles mais sont influencées par les représentations collectives. Dans la littérature, des études ont été faites sur les représentations de la toxicomanie qu'ont les médecins et la population générale. Les Français, dans leur grande majorité, approuvaient la pénalisation de l'usage de drogues, l'obligation de soin et une approche centrée sur la santé publique (prévention, soins et réduction des risques) (21). Le consensus à l'égard de l'obligation de soins pour les usagers de drogues illicites interpellés restait également très fort (89 % en 2008 contre 91 % en 1999) (21). On assistait à un recul de la conception de la toxicomanie comme une victimisation : en 1999, 59 % des Français pensaient que les usagers d'héroïne en consommaient en raison de difficultés familiales et 51 % parce qu'ils étaient malades ; ils n'étaient plus que respectivement 43 et 24 % en 2008. En revanche, la proportion de gens estimant que les usagers d'héroïne sont dangereux pour leur entourage a augmenté de 74 à 84 % (21).

Une étude quantitative a été menée. Elle a étudié les obstacles et solutions à la prise en charge des patients toxicomanes par le médecin généraliste. Les trois principaux obstacles à la prise en charge des toxicomanes étaient le manque de temps (33 %), le manque de motivation du patient (31 %) et le manque de formation (31 %). Deux médecins sur trois affirmaient qu'ils leur arrivaient de refuser de suivre certains patients toxicomanes qui venaient en consultation. La première raison invoquée par ces médecins était que ces patients « ne viennent en consultation que

pour leur dose » (43 %). Les médecins évoquaient ensuite le « refus des toxicomanes de respecter le contrat » (39 %). Le fait d'être un patient de passage (23 %) et donc ne pas faire partie de la patientèle du médecin représentait également un obstacle à la prise en charge, venaient ensuite le souhait de limiter le nombre de patients toxicomanes dans la patientèle, la peur et l'antipathie (20). Concernant les conditions qui facilitaient leur prise en charge, les médecins interrogés mettaient d'abord en avant la formation à la toxicomanie comme facteur de réussite de la prise en charge (31 %). Venaient ensuite l'appartenance à un réseau (27 %) et la proximité du patient (24 %) (20).

Les difficultés rencontrées par les internes n'ont, quant à elles, pas été étudiées. La majorité des études explorant le point de vue des médecins ou de la population générale étaient des études quantitatives basées sur des questionnaires.

Une réflexion a donc été entamée ici sur les freins à la prise en charge globale du patient toxicomane selon les internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7 pour ainsi repérer les leviers sur lesquels il serait possible d'intervenir afin d'améliorer leur implication.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Choix de la méthode

1) Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car elle était plus adaptée pour avoir accès au ressenti et aux représentations des internes. Cette méthode recherchait plus à comprendre qu'à mesurer en laissant la population choisie s'exprimer. Le recours à des questionnaires, comme c'est le cas dans la méthode quantitative, n'aurait pas permis l'essor d'idées inconnues auparavant (22).

2) Le focus group

La méthode par *focus group* a été choisie en raison de la liberté d'expression qu'il favorise, la diversité des points de vue était recherchée (23).

Il s'agissait d'entretiens collectifs qui ont permis de collecter des informations sur un sujet donné. Les entretiens étaient semi-dirigés, ils reposaient sur des questions ouvertes élaborées dans un guide d'entretien. Les participants étaient invités à faire part de leurs opinions, la discussion y était libre mais focalisée sur le sujet étudié.

Cette technique a répondu à plusieurs objectifs :

- collecter des opinions, des croyances, des comportements concernant un sujet donné
- confirmer des hypothèses
- évaluer des besoins, des attentes et des satisfactions
- encourager les échanges autour d'un problème donné
- tester ou faire émerger des idées nouvelles au sein d'un groupe, pouvant être inattendues pour le chercheur (23)

B. Choix de la population

Composition des *focus group*: La population choisie était celle des internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7. L'intérêt d'étudier cette population était d'identifier des freins sur lesquels

la faculté pourrait intervenir précocement. Il a été choisi d'opter pour des groupes homogènes (appartenant au même semestre du D.E.S. de Médecine Générale) afin d'avoir une meilleure dynamique de groupe.

Le nombre de participants à chaque *focus group* était de 6, tous volontaires, avec respect de l'anonymat.

Nombre de *focus group*: Dans une étude qualitative, le critère utilisé pour déterminer le nombre de *focus group* est la saturation donnée, c'est-à-dire lorsque une nouvelle collecte de données ne nous apporte pas d'information supplémentaire (22).

La saturation des données a été obtenue après quatre *focus group*.

C. Mode de recrutement

Le recrutement a été effectué en deux temps : tout d'abord, une sollicitation directe après un des cours organisés par la Faculté de Médecine Paris 7, puis une confirmation par email a été demandée.

Lors des différents contacts, il a été veillé à ne pas donner trop d'informations, ce qui aurait pu orienter les débats.

D. Conduite des *focus group*

1) *Élaboration du guide d'entretien* (Annexe 1)

Ce guide d'entretien était composé d'environ six questions courtes, claires et ouvertes afin de stimuler le travail de groupe et l'échange.

Ces questions allaient du domaine le plus générale au plus spécifique.

Une des principales caractéristiques du guide d'entretien dans les études qualitatives était qu'il soit modulable tout au long du travail (22).

En annexe se trouve la version finale du guide après les différentes modifications apportées à la suite des entretiens.

2) Déroulement d'un focus group

- ❖ Lieu : Il devait être neutre, calme et accessible par les participants (24). Il a donc été choisi une salle de cours de la Faculté de Médecine Paris 7 (site Bichat).
- ❖ Durée : Chaque question était abordée pendant environ une dizaine de minutes et les séances ont duré en moyenne 39 minutes. Le *focus group* le plus court a duré 30 minutes et le plus long 50 minutes. La durée totale des *focus group* a été de 157 minutes. Les *focus group* se sont déroulés d'octobre à décembre 2011.
- ❖ Intervenants : il y avait trois « intervenants » au cours d'un *focus group* :
 - le groupe de participants : regroupé autour d'une table, il leur a été donné une feuille blanche où il était inscrit : leur prénom, leur âge, leur semestre. Initialement, le principe du *focus group* et le thème leur étaient présentés. Il leur a été demandé leur accord pour la retranscription de tout ce qui serait dit pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions était obligatoire et ceci était annoncé en début de séance.
 - Le modérateur (auteur de la thèse): il était chargé d'animer le groupe et de créer une dynamique de groupe. L'objectif était de faire émerger les différents points de vue. Il doit éviter ce qu'il est convenu d'appeler la contamination du groupe, il doit donner la parole à tout le monde, être neutre et empathique, sans révéler son point de vue sur ce qui était dit (24).

Avant de débiter l'enregistrement, il devait souhaiter la bienvenue aux participants, les remercier d'être venus, se présenter et expliquer le déroulement du *focus group* et les règles de base (24).

 - L'observateur (non médecin) : il connaissait la thématique, s'occupait des enregistrements audio des séances. Son second rôle était de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

- ❖ Mode d'enregistrement : deux appareils numériques d'enregistrement audio ont été utilisés: un micro avec enregistrement numérisé par le logiciel Free Sound Recorder©, et un enregistreur de marque Voice Tracer Philips© modèle LFH0615. Ils étaient disposés au centre de la table de conférence et orientés chacun vers une des extrémités de la table.
- ❖ Retranscription : Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, leur retranscription intégrale sur un support informatique, annotées des événements et des réactions des étudiants a été immédiatement réalisée. Cette retranscription fut réalisée de façon intégrale, sans correction ni reformulation des propos, de même, les échanges non verbaux (rires, hésitations, les temps de réflexion) ont été mentionnés en italique (22). L'ensemble des focus group se trouve en fin de thèse en annexe 2 à 5.

E. Analyse des données

Dans un premier temps, une analyse verticale a été réalisée par la lecture répétée de chaque *focus group* afin de s'imprégner du discours.

Dans un second temps, il a été réalisé une analyse transversale. Cela a consisté en l'analyse des transcriptions des paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée thématique qui pouvait les résumer (23),(22).

Cette analyse devait être reproductible, c'est-à-dire que quelle que soit la personne qui la réalise, les conclusions devaient être les mêmes. Cette analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal. Ce n'est pas la fréquence d'une idée qui était recherchée mais la multitude de celles-ci (25). Pour augmenter la validité interne, l'analyse a été réalisée par deux personnes : la directrice de thèse et l'auteur de cette thèse.

Cette analyse thématique a permis d'élaborer une synthèse narrative et descriptive de l'étude qui est présentée ci-après.

III. RESULTATS

A. Population

Il s'agissait de 24 internes (6 internes dans chacun des 4 *focus group*) de Médecine Générale inscrits à la Faculté de Médecine Paris 7.

L'âge moyen des internes était de 24,5ans.

Il y avait 19 femmes et 6 hommes.

Focus group n°	Internes	Sexe	Age	Année d'internat	Stages effectués (urgence, niveau 1, SASPAS)	Désir d'installation
1	K.	F	27ans	4 ^{ème} semestre	Urgences niveau 1	Urgentiste
	E.	F	27ans	4 ^{ème} semestre	Urgences niveau 1	Médecine de ville
	A.	F	28ans	4 ^{ème} semestre	Urgences niveau 1	Ne sait pas
	C.	F	27ans	4 ^{ème} semestre	Urgences niveau 1	Ne sait pas
	J.	F	28ans	4 ^{ème} semestre	Urgences niveau 1	Ne sait pas
	E.	F	27ans	4 ^{ème} semestre	Urgences niveau 1	Ne sait pas

Focus group n°	Interne	Sexe	Age	Année d'internat	Stages effectués (urgence, niveau 1, SASPAS)	Désir d'installation
2	B.	H	26ans	3 ^{ème} semestre	UrgencesX2	Urgentiste
	J.	F	26ans	3 ^{ème} semestre	Urgences	Médecine de campagne
	C.	F	24ans	1 ^{er} semestre	(aucun)	Médecine de campagne
	C.	F	24ans	1 ^{er} semestre	Urgences	Médecine de ville
	C.	F.	24ans	1 ^{er} semestre	(aucun)	Ne sait pas
	R.	F	24ans	1 ^{er} semestre	Urgences	Urgentiste

Focus group n°	Interne	Sexe	Age	Année d'internat	Stages effectués (urgence, niveau 1, SASPAS)	Désir d'installation
3	A.	H	24ans	1 ^{er} semestre	Urgences	Pharmacologie
	K.	H	24ans	1 ^{er} semestre	Urgences	Ville-hôpital
	M.	F.	24ans	1 ^{er} semestre	Urgences	Médecine de campagne
	F.	H	24ans	1 ^{er} semestre	(aucun)	Gériatrie
	F.	H	24ans	1 ^{er} semestre	(aucun)	Médecine de ville
	R.	F	24ans	1 ^{er} semestre	Urgences	Ne sait pas

Focus group n°	Interne	Sexe	Age	Année d'internat	Stages effectués (urgence, niveau 1, SASPAS)	Désir d'installation
4	M.	F	27ans	5 ^{ème} semestre	Urgences, niveau 1, SASPAS	Médecine de ville
	E.	F	27ans	5 ^{ème} semestre	Urgences, niveau 1, SASPAS	Médecine de ville
	C.	F	27ans	5 ^{ème} semestre	Urgences, niveau 1, SASPAS	Médecine de ville
	L.	F	27ans	5 ^{ème} semestre	Urgences, niveau 1, SASPAS	Médecine de ville
	D.	F	27ans	5 ^{ème} semestre	Urgences, niveau 1, SASPAS	Médecine de ville
	L.	F	27ans	5 ^{ème} semestre	Urgences, niveau 1, SASPAS	Médecine de ville

B. Résultats : les obstacles

Les obstacles à la prise en charge du patient toxicomane pouvaient se classer en cinq parties : les obstacles liés au patient toxicomane, liés aux internes, liés à la relation médecin-malade, liés à la société et liés à l'exercice de la médecine en ville. Chacune de ces parties comportait des obstacles appartenant soit au vécu soit aux a priori des internes de Médecine Générale de Paris 7.

1) Liés au patient toxicomane

a) Un patient au comportement particulier

Le patient toxicomane était perçu comme agressif. Des situations vécues ont nécessité le recours à la force, la menace. Cela engendrait un sentiment de peur. Il était décrit comme non compliant, refusant les règles. Il était aussi décrit comme manipulateur et menteur. Il n'acceptait pas le refus et n'était pas perçu comme combatif. Cette représentation de leur comportement faisait partie de l'imaginaire et était responsable d'a priori.

Les demandes du patient toxicomane étaient perçues comme excessives, impérieuses et ambivalentes. Les internes craignaient un mésusage de leurs prescriptions.

FG 1 J. « il voulait qu'on le prenne tout de suite sans rendez vous et...au centre ça fonctionne qu'avec des rendez vous. »

FG 4 C. « il devenait agressif dès qu'on s'opposait à lui »

FG 4 L. « qui hurle il me faut ma méthadone, il me faut... »

FG 2 C. « ça sentait un peu le discours très préparé et que en fait il essayait de nous attendrir et de nous convaincre qu'il allait essayer de se sevrer pour nous faire plaisir pour avoir le droit à des soins, alors qu'en fait... »

b) Un patient poly pathologique, complexe, fragile.

Le patient toxicomane était perçu comme complexe : poly toxicomane, poly pathologique, comorbidités psychiatriques associées, désinsertion sociale. Les internes étaient effrayés par cette gravité apparente. Les comorbidités psychiatriques pouvaient générer des comportements violents.

Le patient toxicomane était ressenti comme fragile. Les internes craignaient les conséquences de leurs potentielles erreurs de prise en charge.

FG 4 M. « il y a plein de chose à prendre en charge avec ces patients, il y a les autres dépendances, les sérologies VIH hépatites B, C, les pathologies psy, les problèmes sociaux. »

FG 3 K. « le patient qui a une pathologie psychiatrique, qui est schizophrène à tendance paranoïaque un peu nerveux agressif, j'aurais forcément une appréhension, car il peut avoir certains comportements violents. »

FG 1 A. « merde il ne faut pas que je fasse des conneries, il faut que je fasse attention à la prescription que je vais faire par ce que si moi je fais une boulette c'est lui qui va le payer après. »

2) Liés à l'interne

a) Le manque de connaissance, d'expérience

Les internes estimaient manquer de connaissances à plusieurs niveaux. Il y avait un manque de connaissance thérapeutique, la rédaction d'une ordonnance de substitution était difficile. Il manquait, pour certains internes, un outil de communication. Il manquait une formation sur la thérapeutique non médicamenteuse, sur le relationnel, la communication. Les connaissances en psychiatrie n'étaient suffisantes pour se sentir à l'aise dans la prise en charge globale du patient toxicomane. Les internes ont peu rencontré de patient toxicomane durant leur cursus universitaire. Un sentiment de peur était exprimé, il s'agissait d'une peur de l'inconnu du patient, de la toxicomanie.

FG 3 A. « Là actuellement moi je ne saurais même pas faire une ordonnance de renouvellement de Subutex. »

FG 2 C. « Personnellement, je pense que je ne serai pas très à l'aise face à un patient toxicomane parce que...parce que je ne sais pas comment faire, enfin...je n'ai pas eu de cours donc je ne sais pas, il y a peut être des méthodes appropriées pour...mieux dialoguer avec eux, mais euh...oui non je ne serai pas à l'aise. »

FG 2 C. « Et déjà rien que le fait de poser la question, on sous entends qu'on sait qu'il consomme, c'est déjà accusateur la question même si pour nous ça parait banal, je suis sûre qu'il se dit merde il a vu que je consommait, donc...je ne sais pas s'il y a une bonne façon de faire. »

b) Les expériences négatives

Ces rencontres, lors des stages, ont été vécues négativement, le souvenir gardé était péjoratif. Elles n'ont pas été formatrices. Les rencontres ont parfois eu lieu dans le domaine privé, et sont aussi négatives.

FG 2 E. « Un souvenir des urgences...pas très net, des toxicomanes qui venaient aux urgences pour avoir je ne sais pas trop quoi exactement...à qui on a dit non ce n'est pas possible et ça finit avec tout le monde qui a les jetons, le patient qui erre dans les couloirs, dans l'hôpital, en priant pour qu'il ne croise personne. Enfin des souvenirs pas fantastiques. »

FG 4 L. « aux urgences, en crise de manque, mais euh...sans vraiment, sans voir ce que je faisais, est ce que les médecins faisaient bien ou pas. Je ne sais pas trop ce qu'ils prescrivaient, je ne savais pas vraiment ce qui était fait, je ne savais pas ce que c'était que la prise en charge, j'ai pas appris, enfin personne ne m'a dit comment faire. »

FG 3 K. « Mais bon dans ces histoires de dépendances, il y a toujours des histoires d'agression, moi j'ai par exemple le père du...d'une amie qui est médecin généraliste qui faisait des visites euh...dans un quartier difficile, euh...qui raconte que parfois l'ascenseur était en panne et qu'il prenait les escaliers et qu'il était menacé par les toxicomanes pour avoir des ordonnances. »

c) L'activité peu valorisante

La prise en charge du patient toxicomane était considérée, d'emblée, comme vouée à l'échec. Les internes ressentait cette activité comme peu valorisante pour le médecin. Ils n'envisageaient leur rôle que comme prescripteur de médicaments demandés par le patient, ou renouvelant une ordonnance. Ils évoquaient un sentiment de frustration dans ce rôle qui semblait se limiter à de l'accompagnement.

FG 2 S. « Je pense pas que se soit des patients qu'on peut attendre d'avoir un retour positif. »

FG 4 D. « Moi ce que j'ai trop peur, c'est qu'ils se passent le message, et que je me retrouve à passer mon temps à faire des ordo de subutex, méthadone ou d'autres médicaments qu'ils voudraient. »

FG 2 J. « bah c'est frustrant parce que je sais qu'il va sortir et que bah...on n'a pas de traitement pour lui, que...que sa vie elle est finit. Il a 35ans je crois, sa vie est très limitée, il ne peut même plus travailler. c'est un échec quand même...c'est un échec de prise en charge globale, à part les aider les soutenir dans leur...sur le plan social il n'y a pas grand-chose à faire. »

d) La souffrance du médecin

La prise en charge du patient toxicomane était une expérience ressentie comme difficile à gérer d'un point de vue psychologique pour les internes.

FG 2C. « C'est dur psychologiquement. »

3) Liés à la relation médecin-maladea) Deux protagonistes aux sentiments contradictoires

Le patient toxicomane avait peur du regard du corps médical à son égard, il avait honte de lui.

L'interne, lui, était méfiant face à ce patient.

FG 2 C. « je pense qu'effectivement il y a des moments où ils n'osent pas en parler...c'est comme ce que tu disais tout à l'heure, ils ne sont pas à l'aise, ils veulent nous faire plaisir, ils veulent paraître bien. »

FG 2 C. « c'est que quand même inconsciemment ils sentent qu'il y a peut être un tabou et que ils vont être jugé sur leur vraie consommation. »

FG 4 C. « je trouvais que son historique de posologie de subutex était louche. »

FG 4 L. « avec ces patients là tu ne sais jamais comment ça peut dégénérer. »

b) Les difficultés de dialogue entre eux

La communication entre l'interne et le patient toxicomane était altérée pour différentes raisons. Des raisons imputables au patient toxicomane : il avait des troubles de la personnalité, des troubles du comportement, il pouvait être « défoncé », et il avait des capacités cognitives altérées.

D'autres raisons étaient imputables à l'interne. Il était difficile d'adapter le langage au patient.

FG 2 C. « en fonction de leur consommation, et du moment qu'on discute avec eux je pense que c'est tellement variable que pour moi c'est difficile de me positionner. »

FG 2 J. « Il me posait toujours les mêmes questions, et euh la réponse était très limitée, à part de lui dire qu'il avait le cerveau un peu grillé... »

FG 1 J. « a prit le patient de manière assez frontale. »

c) L'inadéquation des attentes des deux protagonistes

Les demandes du patient et le désir thérapeutique de l'interne n'avaient pas le même objectif. Cela engendrait un discours stéréotypé de la part du patient toxicomane, considéré comme faux par l'interne. Pour l'interne, prendre en charge un patient toxicomane consistait au sevrage du patient. Le patient ne voulait pas initialement qu'on le sèvre de son produit, mais qu'on soigne les complications liées à sa consommation. Cette relation était conflictuelle, l'un et l'autre n'avaient pas les mêmes demandes. L'alliance thérapeutique était donc difficilement réalisable.

FG 2 C. « moi j'avais l'impression qu'il avait un discours qui était très rodé et que le corps médical lui avait appris et qu'il recrachait... ça sentait un peu le discours très préparé et que en fait il essayait de nous attendrir et de nous convaincre qu'il allait essayer de se sevrer pour nous faire plaisir pour avoir le droit à des soins. »

FG 2 N : « dites moi qu'est ce que signifie pour vous le terme prendre en charge un patient toxicomane ? ». C. « Bah déjà essayer de le sevrer. »

FG 4 M. « ce qu'il voulait c'est qu'on le soulage de son bras et rien d'autre, après il voulait repartir... »

FG 3 F. « Déjà au début ils ne veulent pas forcément qu'on les aide »

4) Liés à l'exercice de la Médecine Générale en ville

a) L'isolement

Le fait d'être isolé était considéré comme un obstacle à la prise en charge des patients toxicomanes. Il s'agissait de deux types d'isolement. Il y avait l'isolement géographique, le fait de ne pas avoir de réseau autour du cabinet. Il y avait l'isolement en cabinet : il n'était pas envisageable d'être seul dans un cabinet de ville et de prendre en charge des patients toxicomanes.

FG 2 C. « non non peut pas faire ça toute seule »

FG 2 C. « après si je suis enfin isolée toute seule en cabinet sans adresse à qui me référer ça me paraît compliquer. Si je suis seule en cabinet il me faut vraiment un bon réseau de soin...non non peut pas faire ça toute seule.»

b) Le fait d'être une femme

Plusieurs internes ont évoqué le fait d'être une femme comme un obstacle. Dans les a priori des internes, une femme ne pourrait pas faire face seule à un patient toxicomane.

FG 2 C. « mais le fait d'être une fille, je ne me sentirais pas forcément à l'aise. »

FG 3 M : « En tant que jeune fille en plus en face du grand gaillard toxicomane des fois ce n'était pas évident. »

c) La charge de travail supplémentaire

S'occuper d'un patient toxicomane demandait beaucoup plus d'investissement. Les consultations étaient plus longues. La rédaction des ordonnances de substitution était considérée comme un travail administratif lourd. Il fallait respecter la rédaction de façon rigoureuse. Ces consultations longues avaient une répercussion financière. Le rythme des consultations de Médecine Générale en ville n'était pas ressenti comme compatible avec ces consultations.

FG 2 S : « demandent énormément d'investissement en terme de temps et puis en terme d'énergie. »

FG 4 L. « ça te prend un temps fou et tu sais pour vivre sa vie en Médecine Générale il faut un patient toutes les 15minutes. »

FG 4 M « donc c'est clair c'est une question d'argent mais moi là je m'en fiche l'argent il n'est pas pour moi, donc je préfère voir peu et bien. Mais bon quand on sera à notre compte, on deviendra surement comme nos prat... »

5) Liés à la société

a) Le regard des autres

Le regard des autres avait un impact sur la prise en charge du patient toxicomane. L'image publique était négative, le toxicomane était associé aux histoires d'agression, à la délinquance et à la marginalité. La famille du médecin était réticente à ce que leur proche prenne en charge un patient toxicomane. Les propres professionnels de santé exprimaient un mépris pour

cette pathologie, ne voulaient pas s'investir dans cette prise en charge et rejetaient ces patients.

Les internes craignaient un impact négatif sur leur patientèle.

FG 3 K. « On entend parler de patients toxicomanes quand il s'agit d'agression que se soit dans les journaux, ou dans nos expériences personnelles. Donc même si on se dit que même si tous ne seront pas agressifs, euh...ça arrive et ça on l'a tous en tête. »

FG 2 C. « mon entourage s'est dit inquiet que je reçoive un toxicomane, ça m'a surprise car je n'y avais jamais pensé. »

FG 4 L. « car moi j'ai des patients quand je remplaçais qui avaient l'habitude que ça aille vite, et dès que je prenais un peu de retard ils me le faisaient sentir, et si en plus j'ai du retard à cause d'un patient toxicomane vue la population un peu chic qu'il y a habituellement ça risque de ne pas passer. »

b) Un sujet tabou

La toxicomanie était considérée comme un sujet tabou. Selon les internes, il était peu évoqué dans le milieu médical et dans les médias. La toxicomanie était sous-estimée.

FG 2 B. « Moi je trouve que socialement dans les médias on n'en parle peu, je pense qu'on...sous estime un peu peut être...avant de faire un stage en Médecine Générale à la campagne je n'imaginai pas qu'il y avait des drogues dures en campagne alors que...en fait il y en a beaucoup, et du coup on ne s' imagine pas, en fait c'est pas mal occulté dans la société c'est assez tabou la toxicomanie. »

FG 3 K. « qu'il y en a énormément, mais c'est un peu caché dans la société, on les exclut un peu. »

6) Liés à l'imaginaire, aux fantasmes du médecin

Les précédents obstacles exprimés par les internes prenaient origine dans leur vécu, que se soit lors de leur formation universitaire ou dans leur vie privée.

Certains obstacles provenaient de leur imaginaire, ce qu'ils reconnaissaient. Cependant ces représentations avaient un impact dans leur prise en charge du patient toxicomane.

FG 1 J. « ils sont plus imprévisibles, avoir des accès de violence, dans ma tête, je crois qu'ils sont encore...je dirais que je les représente comme des patients plus violents. »

FG 1 C. « ils sont tous manipulateurs et j'avais déjà une image de toxico manipulateur... le côté manipulateur et menteur du toxico pour moi j'aurai un mal fou à m'en défaire. »

FG 2 S. « On peut avoir du mal à avoir de l'empathie naturellement. »

C. Résultats : les solutions

Les solutions apportées par les internes de Médecine Générale de Paris 7 pouvaient s'appliquer à cinq niveaux : les cours à la faculté, les stages, la société, le futur médecin généraliste, l'exercice de la Médecine Générale en ville.

1) Les cours

a) Durant le second cycle des études médicales

Les internes ont formulé l'idée d'individualiser l'enseignement d'addictologie, en faire un module à part entière avec des sous-chapitres qui correspondraient aux différents abords du patient toxicomane qui doivent être pris en charge.

FG 2 J. « il faudrait que se soit plus abordé dans les cours et dès l'externat puisque c'est là qu'on apprend la théorie. »

FG 4 C. « il devrait y avoir un module comme la douleur par exemple, un petit module quoi pour qu'on prenne conscience que ce n'est pas que le produit le problème et qu'il y a plein de choses à gérer. »

FG 3 K. « il faudrait une formation globale avec les différents versants du patient toxicomane. » (Signe de tête générale de confirmation).

b) Durant le D.E.S. de Médecine Générale

1. La proposition de nouveaux formats d'enseignement

Les internes ont évoqué un nécessaire approfondissement des connaissances sur la toxicomanie au cours du D.E.S. de Médecine Générale. Ils demandaient des cours proportionnels à la fréquence des pathologies rencontrées. Ils ont proposé un autre format des cours. Un séminaire de six heures

sur la prise en charge du patient toxicomane en 3 ans semblait insuffisant. Les informations lors de ce séminaire étaient trop denses. Un séminaire annuel était évoqué. L'intervention de spécialistes, de médecins qui ont l'habitude de prendre en charge des patients toxicomanes, était souhaitée. Un format interactif avec mises en situations semblait préférable. Pour cela il a été proposé des cours avec des séances retour ou bien des groupes de paroles.

FG 2 J. « le problème c'est que tu as plus de chance de voir des toxicomanes que des enfants atteints de leucémie. »

FG 1 J. « Et puis faire des séminaires plus long...dans notre cursus enfin on aura eu moins de 6 heures, et donc c'est hyper dommage puisque c'est la seule fois qu'on aborde la chose...je sais pas un cours ou séminaires chaque année pendant l'internat. »

FG 4 C. « Oui c'est vrai concrètement qu'est ce qu'on fait, on ne sait pas..on ne nous le dit pas...on a besoin de mise en situation, les cours théoriques ça va quoi... »

FG 4 L. « un séminaire avec séances retour pour qu'on fasse nos recherches de notre côté et donc qu'on trouve des problèmes qu'on pourrait résoudre à la séance retour, car là les 6 heures qu'on a c'est trop lourd on s'en souvient sur le coup mais après....voilà quoi... »

FG 4 L. « On pourrait faire un groupe de parole ce qui jouerait plus sur le côté relationnel je crois. »

2. Le guide de la prise en charge du patient toxicomane

La réalisation d'un guide servant de support pour la prise en charge purement médicale a été suggérée.

FG 4 M. « Une plaquette avec des cases à remplir, je ne sais pas mais comment faire face à un syndrome de sevrage c'est telle dose de ça, au bout de tant de temps ou si on n'a pas ces signes on peut réduire de tant et voilà ce serait concret »

3. L'enseignement de la psychiatrie

Les comorbidités psychiatriques faisaient peur aux futurs médecins généralistes. Ils demandaient un enseignement de la psychiatrie plus fréquemment rencontrée chez ces patients.

FG 3 K. « quand on peut les prendre en charge se serait bien qu'on puisse savoir gérer la psy de base car pour beaucoup voir un psy égal fou et encore plus chez les toxico s'ils ont réussi à voir un médecin ils ont pas envie qu'on les envoie vers quelqu'un d'autre. »

4. L'enseignement complémentaire facultatif

Pour certains internes, il était souhaitable de se perfectionner en faisant un D.I.U. ou un D.E.S.C. car ils n'avaient pas assez de connaissances. Pour d'autres, c'était plutôt le contraire, ils souhaitaient être formé par leur faculté.

FG 2 J. « Moi je pense qu'il faut se spécialiser, un DU, ce serait pas mal...les cours ne suffisent pas. »

FG 3 M. « Et je pense qu'on devrait être formé par la fac où on est, on ne devrait pas devoir aller dans d'autres fac se spécialisé entre guillemets pour une pathologie de médecine générale. »

2) Les stages

a) La nécessité de les rencontrer dans de bonnes conditions

Rencontrer le patient toxicomane était apparu comme fondamental pour pouvoir les prendre en charge. Les internes souhaitaient avoir des stages spécifiques. Ils évoquaient la nécessité de stages dédiés à cette pathologie.

FG 3 F. « Mais bon de toute façon c'est comme dans tout plus on en voit mieux on les prendra en charge, donc il faut nous donner la possibilité de les rencontrer pendant nos stages. »

FG 2 C. « ouvrir des stages sans qu'il y ait quelqu'un qui soit là comme dans certain stage où on est livré à nous même non...ça peut même avoir l'effet inverse. »

b) Durant le second cycle des études médicales

La psychiatrie et la neurologie faisaient parties des stages facultatifs à l'Université de Paris 7. Les internes souhaiteraient pouvoir passer dans ces deux spécialités très différentes. Ils souhaiteraient pouvoir avoir un stage de médecine de ville pendant l'externat.

FG3 F. « C'est vrai qu'on est le premier relai et on peut n'être jamais passé en psychiatrie et n'avoir jamais vu de patient toxicomane, il y a un problème là...ça devrait être comme les premiers secours, on devrait avoir des bases. »

FG 1 A. « je pense que n'importe quel cours aussi intéressant qu'il soit reste de la théorie et de la parlotte si toi-même tu ne peux pas te projeter sur quelque chose que tu as vécu dans ta vie. »

FG 1 J. « je trouve ça dommage d'attendre 10 ans de médecine pour avoir 6 mois en ambulatoire. »

c) Durant le D.E.S. de Médecine Générale

Les internes ont formulé la possibilité d'aller dans un stage d'addictologie et de psychiatrie dans le cadre d'une maquette de S.A.S.P.A.S. ou dans celui d'un stage de médecine polyvalente. Les internes voulaient une maquette de stage ambulatoire de niveau 1 où ils auraient plusieurs praticiens afin d'avoir la possibilité de voir plusieurs modes d'exercices de la médecine de ville. Ils voulaient avoir un maître de stage qui prenne en charge des patients toxicomanes. La prise en charge du patient toxicomane en ville était ressentie comme différente de celle de l'hôpital. Ils regrettaient que l'internat de Médecine Générale se passe en grande partie à l'hôpital, et ils souhaitaient avoir un troisième stage de Médecine Générale pendant l'internat.

FG 3 A. « Ce qui serait bien c'est de pouvoir passer en psychiatrie pendant l'internat, 6 mois je pense que c'est un peu beaucoup mais genre 2 mois pendant le SASPAS je crois que ça peut se faire, ou dans le cadre de médecine polyvalente à l'hôpital où on ferait 2 mois en psychiatrie puis autre chose les 4 autres mois. »

FG 1 E. « avoir plusieurs prat... ça a des avantages aussi parce que ses qualités je les ai vraiment, enfin j'ai appris énormément mais le problème c'est que les trucs il n'est pas terrible euh ...ça ne va pas m'ouvrir des horizons exceptionnels. »

FG 4 L. « un maître de stage qui s'en occupe qui m'apprenne face à une situation et pas dans le flou, et là je me sentirai à l'aise... »

FG 1 J. « 3 stages en ambulatoire en Médecine Générale se serait une bonne idée. L'internat de médecine gé il se passe dans la plus grande partie à l'hôpital. »

3) La société

a) La modification du discours public

L'opinion publique générale était plutôt négative envers les patients toxicomanes. Un changement de ce discours était souhaité par les internes. Les internes ont suggéré l'organisation de campagnes

d'information visant à valoriser l'image du patient toxicomane, montrer qu'ils pouvaient s'en sortir et être parfaitement intégrés.

FG 1 E. « il faut changer le courant global qui enfin... qui passe dans les médias, dans les pensées euh...dominante. »

FG 4 D. « Ouai il faudrait sensibiliser les externes mais aussi la population générale, je ne sais pas mais rompre ce tabou sur les patients toxicomanes, casser un peu l'image négative, montrer qu'on peut s'en sortir avoir une vie bien insérée alors qu'on est sous substitution. »

b) L'organisation de campagne de prévention

Des campagnes de prévention étaient évoquées pour avoir un impact sur la société. La nécessité d'une information précoce a été soulignée. Le médecin généraliste était désigné par les internes comme premier acteur.

FG 2 J. « l'essentiel de l'information elle arrive bien avant quand ils sont tout jeune. C'est l'intérêt du médecin généraliste...il faut commencer plus jeune. »

4) Le médecin

Les internes ont évoqué un nécessaire changement de mentalité, avec professionnalisation de la pensée et gestion critique des a priori. Le médecin devait acquérir une connaissance des mécanismes de la toxicomanie, pour la considérer comme une poly pathologie dont le traitement ne se résumait pas à la substitution. Se prémunir de tout jugement semblait important.

FG 2 B. « et puis être une personne quand même neutre enfin c'est aussi le rôle du médecin justement euh...qu'il n'est pas moralisateur, et euh... »

FG 1 J. « la dépendance c'est à voir comme une maladie et comme quelque chose qu'ils subissent et pas quelque chose pour lequel ils sont heureux. »

FG 4 M. « la toxicomanie c'est avant tout une pathologie avec plein de choses à prendre en charge, ce n'est pas juste... une infection pulmonaire voilà quoi. »

5) L'outil de communication

La communication était un outil essentiel pour créer un lien avec le patient toxicomane. La communication était basée sur le trépied suivant : savoir écouter, savoir parler et apprendre

l'attitude bienveillante. Dès le début de cette relation médecin-malade, le médecin généraliste devait imposer le cadre des prochaines consultations. Ce cadre devait être clair et accepté par les deux protagonistes.

FG 1 J. « savoir dire les bonnes phrases, de laisser les portes ouvertes. »

FG 1 A. « il faut que je fasse attention à ce que je dis...il me répond il a envie d'en parler très bien, il n'a pas envie d'en parler j'insiste pas. »

FG 4 M. « ma prat leur imposait cette rigueur. »

6) L'exercice de la Médecine Générale en ville

a) L'exercice dans un cabinet de groupe

Les internes n'envisageaient pas d'être isolés. Ils pensaient qu'il serait mieux d'être à plusieurs pour prendre en charge les patients toxicomanes.

FG 3 K. « mais bon je pense qu'au final il faut être en groupe ou en CMS. »

FG 4 M. « C'est important de ne pas être seule...seul au cabinet. »

b) Les bons interlocuteurs

Ils évoquaient la nécessité d'avoir un bon carnet d'adresse. Il fallait avoir des correspondants pour assurer cette prise en charge globale.

FG 2 B. « il doit pouvoir orienter le patient vers différents intervenants, sociaux et puis psychologiques pour être le relai auprès du patient, être la personne de confiance. »

FG 2 B. « Oui il faut avoir un carnet d'adresse, des relais extérieurs. »

c) Le modèle collaboratif

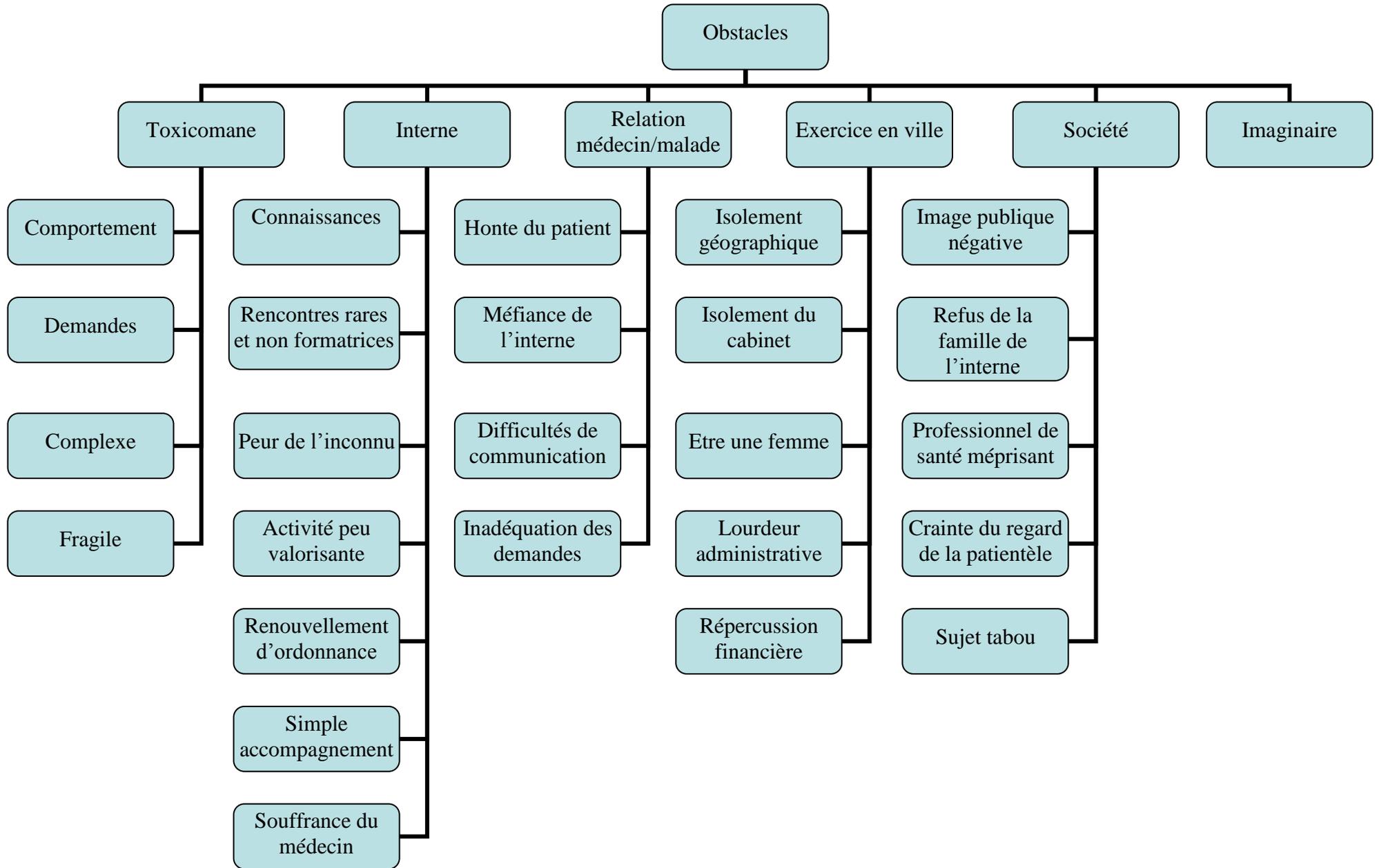
Cette prise en charge était globale. Le patient toxicomane ne se résumait pas au produit consommé, il fallait prendre en charge ses différents aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Cela demandait un certain savoir-faire et du temps. Le rôle du médecin généraliste était primordial. Il avait un rôle central. Il devait travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé pour assurer cette prise en charge globale.

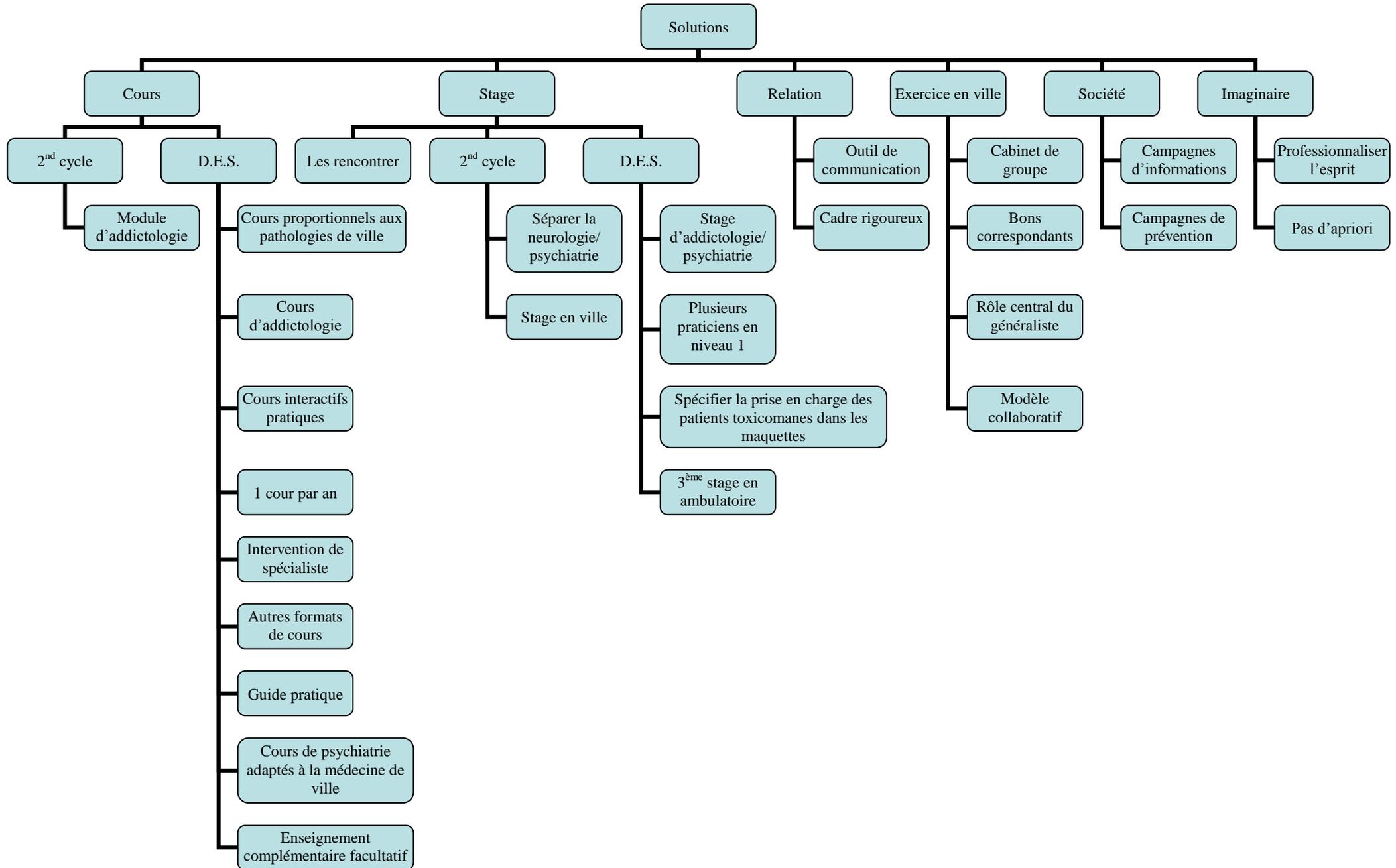
FG 4 L. « Je pense que si on connaît un bon réseau de santé qui peut nous aider ça irait beaucoup mieux. »

FG 2 J. « quand il s'agit de rentrer dans le vif du sujet qui est la toxicomanie là par contre je suis d'accord que l'intervention d'un spécialiste est nécessaire. »

FG 2 B. « Je pense que le médecin doit être un des acteurs de la prise en charge du patient toxicomane, je ne pense pas qu'il puisse être le seul acteur...le médecin peut intervenir, on peut aussi avoir un rôle central de coordination des soins, euh...en tout il doit pouvoir orienter le patient vers différents intervenants, sociaux et puis psychologiques pour être le relai auprès du patient, être la personne de confiance. »

RESUME DES RESULTATS





IV. DISCUSSION

L'étude a permis de confirmer l'hypothèse initiale. Il y avait des réticences à la prise en charge du patient toxicomane par les futurs médecins généralistes de la Faculté de Médecine Paris 7. Ces réticences provenaient à la fois de l'image caricaturale du patient que se faisaient les internes, mais aussi d'éléments concrets qu'ils ont vécus. Cette prise en charge était donc doublement problématique.

A. Forces et faiblesses de l'étude

1) Forces de l'étude

a) L'originalité du sujet

Le sujet de l'étude était original. Il y avait peu d'études qui se soient intéressées aux obstacles et solutions de la prise en charge du patient toxicomane.

Etudier le point de vue des internes de médecine constituait une grande originalité dans ce travail. Dans un souci d'améliorer les pratiques et la prise en charge des patients toxicomanes, il était en effet indispensable d'avoir le point de vue des futurs médecins généralistes. Il n'y avait pas d'étude qui se soit penchée sur leur avis. Il était judicieux de s'intéresser directement aux internes car leur opinion n'était pas la même que celle des médecins exerçant depuis plusieurs années, et ainsi de ne pas se limiter à une extrapolation des obstacles exprimés par les médecins déjà installés.

De plus, c'était une population familiarisée avec la méthode de l'étude et le fait qu'ils soient encore étudiants rendait pertinentes leurs propositions de formation.

Certains internes n'avaient jamais pris en charge des patients toxicomanes. Ce fut déstabilisant initialement, mais en réalité cela a permis d'exploiter encore plus la question de recherche.

b) La méthode qualitative

La méthode qualitative était un point fort de cette étude pour répondre à une question sur le vécu et sur le ressenti des internes. Cette méthode permettait d'explorer les expériences personnelles des internes et de mieux comprendre leur raisonnement. Elle permettait d'avoir des discours riches en nuances, en idées, en sentiments.

Cette méthode a été utile pour identifier et explorer les croyances, les attitudes et les comportements des internes qui ne seraient pas venus à l'esprit de l'animateur (24). L'analyse qualitative permettait également de limiter le biais de suggestion comme pourraient le faire les questionnaires des études quantitatives.

L'utilisation des *focus group*, parmi les différentes méthodes d'analyse qualitative, est apparue comme la plus pertinente pour ce travail puisqu'ils avaient l'avantage d'être interactifs et de susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix (22). Ils pouvaient fournir rapidement une grande quantité d'informations.

Les groupes étaient homogènes, cela avait permis une meilleure dynamique de groupe.

Le fait d'avoir utilisé un double enregistrement avait permis d'obtenir l'intégralité des échanges entre les internes.

c) Les données

Le choix de la méthode qualitative par *focus group* a permis de faire émerger des concepts non envisagés au début du travail. L'ensemble du contenu des *focus groups* constituait une riche base de données qualitatives.

Il a été possible d'identifier des freins qui appartenaient au vécu des internes mais aussi aux a priori, à l'imaginaire des internes.

L'analyse thématique des données a été réalisée par l'investigateur et son directeur de thèse. Les résultats ont été confrontés.

La validité interne de cette étude était forte avec une rigueur concernant la méthode, la description des résultats, l'analyse des données et une bonne cohérence des codages (réalisé par les deux investigatrices) (22).

2) Faiblesses de l'étude

a) L'échantillon

La population étudiée se limitait à celle des internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7 pour des raisons pratiques et aussi afin qu'il soit possible d'apporter des solutions au sein du département de Médecine Générale de Paris 7. Il aurait été intéressant de comparer plusieurs facultés.

L'échantillonnage est faible, avec peu de diversité : même niveau socio-économique, tous de nationalité française.

Ainsi la validité externe de cette étude était discutable. Tous les *focus groups* se sont limités à des internes français, ayant fait leur cursus universitaire à Paris. La généralisation des résultats en était donc limitée.

b) Le focus group

Les entretiens par *focus group* n'apportaient pas d'informations sur la fréquence ou la distribution des croyances ou des comportements.

Les participants pouvaient s'influencer mutuellement (24).

c) L'interviewer

La faible expérience de l'investigateur dans le domaine de la recherche qualitative et dans la façon de mener des entretiens collectifs représentait une faiblesse dans l'étude. Une amélioration a été notée au cours de l'investigation.

B. Discussion des résultats

1) Difficultés déjà soulevées par la littérature

Les internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7 soulevaient des obstacles à la prise en charge des patients toxicomanes déjà identifiés par d'autres auteurs en 2001, tels que : la personnalité du patient toxicomane, la crainte de la violence, le manque de temps, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, le manque de formation, l'image du médecin « dealer », l'isolement et l'image du cabinet (20). Les résultats apportés tels que la nécessité d'une formation, d'appartenir à un réseau et d'être proche du patient ont été retrouvés dans la littérature (20). Cette enquête a été réalisée en 1995 et 1998. Elle a montré que la sensibilisation était de plus en plus marquée chez les médecins généralistes depuis l'introduction des médicaments de substitutions aux opiacés. Les principaux obstacles à la prise en charge du patient toxicomane ainsi que les solutions qui faciliteraient leur prise en charge restaient les mêmes (20).

2) Résultats inattendus

a) La souffrance du médecin

Une relation de qualité en Médecine Générale se base autant sur le savoir scientifique du médecin, que sur ses capacités humaines et sa personnalité. C'est ce que M. Balint appelle la « fonction apostolique » du médecin (26). La médecine est enseignée comme une discipline scientifique. L'éveil aux qualités humaines reste peu formalisé dans la formation initiale des médecins. Les étudiants sont peu sensibilisés à cette « fonction apostolique ». Les patients accordent une plus grande importance à la relation médecin-patient qu'à la qualité de l'examen clinique perçu, l'organisation du soin et la structure du soin (27).

Dans la relation qui lie le médecin au patient toxicomane, il faut dépasser la vision réductrice d'une relation strictement dissymétrique entre le médecin « qui sait » et le patient « qui ne sait pas », et le médecin uniquement prescripteur de celui dont la « parole guérit ». « Le médecin n'est pas la médecine ». En conséquence, il ne peut jamais se démarquer de sa subjectivité ou éventuellement de son angoisse par rapport au patient. Le médecin n'est pas infaillible.

Deux conceptions semblent s'opposer dans la définition du rôle du médecin dans cette relation. Celle du médecin efficace, imperturbable, qui a une vision objective du patient et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des décisions d'expert et gagner en efficacité. Et celle du médecin empathique et humain qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle, sociale, à son histoire (28). Pourtant, ces deux conceptions ne s'opposent pas puisqu'avoir un regard empathique est une attitude professionnelle.

Comme dans toute relation, des sentiments sont échangés. Le médecin est susceptible de réagir selon ses émotions. Il s'agit d'abord d'une réaction involontaire qui dépend de programmes biologiques prédéterminés. Le sujet fonctionne en somme

comme une caisse de résonance des émotions des autres (28).

L'empathie est considérée comme étant le fondement d'une médecine humaniste. On peut s'inquiéter de voir son intérêt pour elle décroître avec la formation médicale scientifique. Chercher les moyens de mieux l'enseigner est d'actualité (29). On peut se poser la question suivante : « le rôle du médecin est-il d'être empathique avec son patient ? ». Avant tout, il faut distinguer l'empathie de la sympathie. La sympathie désigne généralement le fait de ressentir une émotion différente de celle d'autrui, alors que le terme « empathie » se réfère au fait de ressentir les mêmes émotions que lui. L'empathie a fait l'objet d'investigations dans le domaine de la neurophysiologie, confirmant la stimulation involontaire de certaines zones cérébrales (30).

La sympathie n'est pas appropriée dans le contexte des soins. Elle risque d'obscurcir le jugement clinique. Elle est source d'épuisement professionnel (31).

La souffrance du médecin n'est pas à négliger dans une relation où le patient est lui aussi en grande souffrance. Pour ne pas basculer dans la sympathie, et mieux affronter cette situation, les internes pensent que pouvoir les rencontrer fréquemment et bénéficier d'une formation basée sur les thérapeutiques non médicamenteuses les prépareraient mieux.

b) Le mode de rémunération des médecins généralistes

Les conditions de rémunérations sont apparues comme un frein à la prise en charge des patients toxicomanes. En France, les médecins généralistes sont payés à l'acte. Ce mode de rémunération fait débat (32),(33),(34),(35).

Il existe trois grands modes de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat.

Le paiement à l'acte reste largement dominant en France. Il a ses inconvénients. Il est source d'inégalité entre les médecins dont leur revenu dépend du nombre d'actes effectués chaque jour et du volume de soins qu'ils délivrent à chaque consultation favorisant de nouvelles consultations. Ce mode de paiement répond mal aux exigences de la médecine préventive (dépistage des cancers, des conduites à risque...) ou palliative (accompagnement de la fin de vie). Il y a un risque de surproduction de soins (36). Le paiement à l'acte a ses avantages puisqu'il est directement corrélé au nombre de patients vus en consultation. Le médecin est ainsi susceptible d'orienter la pratique médicale vers un double accroissement de l'offre de soins, par augmentation de la productivité horaire du médecin et d'une augmentation de son temps de travail. Ceci est très intéressant dans les zones en pénurie d'offres (37).

La capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit. Cette activité est appréhendée par le nombre de patients suivis et non par le nombre de patients vus (37). Cela peut motiver les médecins à prendre en charge des patients ayant peu de pathologies (38). Le patient toxicomane bénéficie généralement d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, dans le cadre d'une Affection de Longue Durée, de ce fait le médecin perçoit une rémunération annuelle. Il s'agit d'une forme de capitation, qui n'est pas connue par un grand nombre d'internes.

Le salariat correspond à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail (37). Cependant, l'activité salariée est liée à une obligation de productivité avec un certain quota de patients à voir chaque heure, ne laissant pas le temps à la prévention.

Un nouveau mode de rémunération semble apparaître pour favoriser la prévention et la qualité des soins. Il s'agit d'un complément financier pour encourager une pratique de la médecine

performante. Comme par exemple, les CAPI de l'Assurance Maladie (39),(40),(41), la déclaration de médecin traitant, la prise en charge à 100% de certaines pathologies par l'Assurance Maladie. Mais derrière l'aspect individuel financier se cache une dimension politique avec un besoin de réduction des dépenses de santé. Cela fut vivement critiqué et à entraîné le refus d'adhésion par certains médecins généralistes qui craignaient la mise à l'écart des patients pour lesquels ces objectifs de santé publique ne seront pas atteints en raison d'un suivi difficile, ce qui est le cas chez les patients toxicomanes (42) ,(43).

La pratique de la médecine générale est entrain de subir de grandes modifications. Une enquête menée par l'ONDPS a montré que les futurs médecins généralistes souhaitent concilier vie professionnelle et familiale, maîtriser leurs horaires d'activité, avoir une liberté d'installation, pouvoir exercer en groupe. Les taches administratives sont trop contraignantes. Le mode de rémunération est inadapté à tout ce qui leur est demandé (44). Les problèmes démographiques à venir (désertification médicale des campagnes, pénurie dans certaines spécialités...) nécessiteront d'autres modes de rémunération, plus largement mixtes (45). Chacun de ces modes de rémunérations a ses avantages et ses inconvénients, mais ils permettent mal la prise en compte de la dimension « qualité du soin ». Dans l'avenir, le mode de rémunération des médecins devra favoriser la prise en charge globale du patient. Il devra valoriser l'acte intellectuel, prendre en compte la valeur ajoutée du médecin à restaurer la santé du patient et ne pas se limiter à valoriser une succession d'actes techniques isolés et cumulatifs. Il apparaît ainsi que le mode de rémunération des médecins ne se résumera pas à un seul mode de rémunération. L'Inspection Générale des Affaires Sociales souhaiterait que la rémunération des médecins prennent en compte des aspects spécifiques de leur activités tels que la prévention, l'éducation thérapeutique, les consultations longues afin de valoriser l'acte intellectuel autant que l'acte technique (46). L'exemple de la Suisse, avec le modèle TarMed, en est le reflet. Chaque acte médical, technique ainsi que sa durée sont cotés et de ce fait la rémunération en est différente (47). Même si les internes ne connaissent que la rémunération salariée durant leurs études, ils sont confrontés, durant leur stage en ambulatoire, à un discours provenant de leurs maîtres de stage

selon lesquels la rémunération à l'acte est très discutée. Leur désir de carrière est différent de celle de leurs aînés. Pour eux, l'installation ne sera envisageable qu'en groupe ou en centre de santé.

c) L'inadéquation des attentes

Même si chaque patient est différent, l'effet de l'héroïne impose une sorte de parcours stéréotypé appelé trajectoire, allant de la phase dite de « lune de miel » où le patient consomme sans se soucier du sevrage, puis survient la « gestion du manque » et finalement la troisième phase appelée « la galère ». Cette trajectoire est indispensable à connaître puisqu'à chacune de ces étapes, les demandes du patient seront différentes et de ce fait la prise en charge qui en découle. La prise en charge du patient toxicomane est graduelle comme le montre le modèle de Prochaska et Di Clemente, plus connu pour le tabac (48).

Les internes de Médecine Générale semblent formés selon le modèle « prescrire avant tout ». Les MSO ont donc une place importante mais la prise en charge du patient toxicomane ne serait se résumer à la prescription des MSO, ce d'autant plus que ces traitements ne sont pas demandés par le patient initialement. Cela place l'interne dans une nouvelle posture qui est celle de l'accompagnement. Il y a une remise en question de la « toute puissance du médecin », celui qui a le savoir. D'où ce sentiment d'activité peu valorisante, frustrante exprimée par certains internes. Pourtant, le patient toxicomane ne demande initialement qu'un accompagnement (1). Dans d'autres pathologies, telles que la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs, le médecin est confronté à cette demande simple d'accompagnement. Cette demande semble être difficilement acceptée par le médecin.

Les internes pensent qu'une sensibilisation suffisamment précoce que ce soit dans leur vie privée ou dans les études médicales permettrait de répondre à cette situation.

V. CONCLUSION

Cette étude par *focus group* a permis d'identifier les freins à la prise en charge globale des patients toxicomanes chez les internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7, sur un échantillon de 24 internes. Des leviers ont été repérés, sur lesquels il serait possible d'agir pour améliorer leur implication dans la prise en charge de ces patients lors de leur exercice futur.

Pour la plupart des internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7, la prise en charge d'un patient toxicomane était synonyme de peur. Comme cela a pu être déjà vu dans la littérature, cette peur était liée à la personnalité du patient toxicomane, la crainte de la violence, la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, le manque de temps, le manque de formation, l'image du médecin « dealer », l'isolement et l'image du cabinet.

D'autres aspects nouveaux sont apparus. Les internes parlaient de la difficulté à établir un lien avec le patient toxicomane. Les internes étaient confrontés à une situation nouvelle qui était celle de l'accompagnement du patient qui décidait, d'où le sentiment de frustration et de souffrance exprimés par les internes. Cette relation était habitée par les images provenant de l'imaginaire des internes et par la forte empreinte sociétale qui s'était imposée aux internes depuis longtemps en dehors des études de médecine. La toxicomanie était considérée comme un sujet tabou.

Les solutions proposées par les internes de Médecine Générale de l'Université Paris 7 concernaient la formation théorique comme pilier de prise en charge les patients toxicomanes. Ils ont suggéré l'ajout de plusieurs éléments à leur formation initiale. Il s'agissait d'un renforcement de l'enseignement de la psychologie, de la psychiatrie et de la communication. Ils ont également souhaité pratiquer des stages où ils auraient pu rencontrer la réalité du patient toxicomane : séparer les stages de neurologie et de psychiatrie pendant le second cycle, proposer des stages en psychiatrie pendant le D.E.S.... A une échelle plus importante, les internes pensaient qu'il faudrait sensibiliser la société et ainsi tenter de supprimer certains préjugés.

Ces consultations étaient ressenties comme complexes. Les mener à bien faisait appel à des compétences médico-psycho-sociales. La rémunération des médecins à l'acte n'incitait pas aux consultations longues, aux actes d'éducation et de prévention.

Qu'en est-il de la satisfaction des patients toxicomanes de leur prise en charge par les médecins généralistes ? Il serait intéressant d'étudier leur opinion et leur ressenti concernant leur médecin.

BIBLIOGRAPHIE

1. GIBIER L. *Prise en charge des usagers de drogues*. DOIN. 2000.
2. ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M. et al. *Toxicomanies*. MASSON. 2005.
3. OLIEVENSTEIN C. *La drogue ou la vie*. LAFFONT. Paris; 1983.
4. Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution [Internet]. [cité 2012 janv 26]. Available de: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf
5. *Drogues et dépendance. Le livre d'information*. INPES. 2006.
6. CHOSSEGROS P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire) [Internet]. *EM-consulte*. [cité 2012 janv 26]. Available de: <http://www.em-consulte.com/article/132543>
7. Manuel des droits des usagers de traitements de substitution aux opiacés [Internet]. [cité 2012 janv 26]. Available de: http://www.asud.org/pub/TSO_net.pdf
8. MOREL A., COUTERON JP., FOUILLAND P. *L'aide mémoire d'addictologie en 46 notions*. DUNOD. 2010.
9. KARILA L., BELKACEM A., AUBIN HJ. et al. Addictions et conduites dopantes : 2ème partie, alcool, psycho-actifs et substances illicites. *La revue du praticien*. 2008 mai;(58):1131-40.
10. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. OFDT. 2006 mai; *Tendances n°48*:6p.
11. GANDILHON M., CADET-TAIROU A., LAHAIE E. et al. Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009. OFDT. 2010 déc; *Tendance n°73*:6p.
12. LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. OFDT. 2009 juin; *Tendances n°66*:6 p.
13. BELLO PY, TOUFIK A., GANDILHON M. et al. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 2004 oct p. 271. Cinquième rapport national du dispositif TREND.
14. JANSSEN E., PALLE C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. OFDT. 2010; *Tendances n°70*:4 p.
15. Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie [Internet]. [cité 2012 janv 26]. Available de: http://www.oppelia.fr/IMG/pdf/article_trait_23.pdf
16. CANARELLI T., COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. OFDT. 2009 mai; *Tendance n°65*:6p.
17. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes - *EM/consulte* [Internet]. [cité 2012 janv 26]. Available de: <http://www.em-consulte.com/article/107193>
18. Rapport 2003 - Substitution aux opiacés [Internet]. [cité 2012 janv 26]. Available de: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap03/epfxofj6.html>
19. Société française de médecine générale. *Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale, documentation de recherches en médecine générale*. 1996;numéro spécial:47-8.
20. COULOMB S., DUBURCQ A., MARCHAND C. et al. Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98. OFDT. 2002 avr;46p.
21. COSTES JM., LAFFITEAU C., LE NEZET O. et al. Evolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008. 2010.
22. AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale* 2008;19(84):142-5.
23. MOREAU A., DEDIANNE M.C., LETRILLIART L. et al. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004 mars 15;tome 18(645):382-4.
24. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. [cité 2012 janv 19]. Available de: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexec.php>
25. KITZINGER J. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311:299-302.
26. HAYNAL A. Michael Balint, continuateur de l'œuvre de Ferenczi. *Revue de psychanalyse*. 2008;17(1).

27. KRUCIEN N., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? *Questions d'économie de la Santé*. 2011 mars;(163):6p.
28. VANNOTTI M. *L'empathie dans la relation médecin-patient. Autour de l'émotion*. 2002;29:213–37.
29. CRANDALL SJ., MARION GS. Identifying attitudes towards empathy [Internet]. *Pubmed*. 2009 [cité 2012 mars 20]. Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707051>
30. PAPON P. *Le temps des ruptures-Aux origines culturelles et scientifiques du XXIème siècle*. FAYARD. 2004.
31. LUSSIER M., RICHARD C. Le médecin de famille doit-il être empathique? [Internet]. *PubMed*. 2010 [cité 2012 mars 22]. Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920769/>
32. TOURAINE M. Les socialistes et la santé. *Le quotidien du médecin*. 2012 févr;
33. AUGUSTE O. Médecins : le paiement à la performance sera généralisé. *Le figaro*. 2011 juin;
34. HUBERT E. Médecine de proximité : Mme Hubert suggère « un paiement à l'acte gradué ». *20 minutes*. 2010 nov;
35. CHARISSOUS A. Les jeunes et l'exercice de la médecine en débat. Newsletter Médecins-Ordre National des Médecins. 2011.
36. SAMSON A.L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins? *Regards croisés sur l'économie*. 2009;n°5.
37. Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique. Mode de rémunération des médecins. *Trésor-Eco*. 2008 sept;(n°42).
38. GODSEN T., PEDERSEN L., TORGERSON D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM : An International Journal of Medicine*. 1998;47–55.
39. CLERGEOT A. Le paiement à l'acte remis en cause : vers une évolution de la rémunération des médecins libéraux... *La santé dans la Cité*. 2009.
40. Le CAPI. L'Assurance Maladie-ameli.fr. 2011.
41. Assurance Maladie. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). 2011 sept.
42. CLAVREUL L. Les médecins se convertissent au paiement à la performance. *Le Monde*. 2012 janv;
43. CAMBON S. Généralistes primés au mérite. *Midi libre*. 2011 juill;
44. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Synthèse générale. 2006 2007 p. 70
45. Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. A la recherche du mode de rémunération idéal du service médical. *Bibliomed*. 2003 déc 11;(326).
46. CHAMBAUD L., KHENNOUF M., LANNELONGUE C. Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens-Rapport RM 2008. Inspection générale des affaires sociales; 2008 p. 147.
47. PRETI V. Gros plan sur Tarmed. *Pulsations-Hôpitaux universitaires de Genève*. Suisse; 2004 févr;12.
48. REYNAUD M. *Traité d'addictologie*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2006.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien des *focus groups*

« Bonjour, je m'appelle Patricia Gomes, je suis interne en Médecine Générale à Paris 7, en semestre supplémentaire. J'ai choisit de vous réunir aujourd'hui pour discuter de la prise en charge des patients toxicomanes en ville.

Tout ce que vous direz sera intéressant, il n'y a pas de hors sujet.

Cette séance va durer 20 à 25 minutes. Elle sera enregistrée et j'analyserai l'ensemble de vos propos de façon anonyme.

Si vous êtes d'accord, nous allons commencer. »

- Pour commencer nous allons faire un tour de table, et à tour de rôle, vous allez vous présenter.

Identification, classification de la population étudiée.

Stages effectués (urgences, niveau 1, SASPAS...)

En réalité, mon sujet de thèse est venu de mon expérience personnelle durant mon stage de niveau 1, où un de mes praticien prenait en charge beaucoup de patients toxicomanes ce qui m'a permis de les prendre en charge assez facilement, et en discutant avec mes co internes j'ai pu réaliser que cette prise en charge n'était pas aussi aisée pour tout le monde.

- Dites moi, avez-vous eu l'occasion au cours de votre cursus de rencontrer des patients toxicomanes ? Comment cela s'est il passé ?

-cadre : professionnel/privé

-lieu : urgences, service hospitalier, cabinet

-motif de consultation

Face à quelles difficultés avez-vous été confrontés ?

Comment avez-vous vécu cette prise en charge ?

Avez-vous des craintes pour les prises en charges ultérieures ?

Selon vous d'où provenaient vos craintes ?

- Si je vous dis « prendre en charge un patient toxicomane », quels sont les idées ou les mots clés qui vous viennent à l'esprit ? Sentez-vous en capable ?
- Dites-moi, selon vous, qu'est ce qui pourrait (ou aurait pu) être fait dans votre cursus universitaire, afin que cette prise en charge soit moins problématique ?

« Est-ce que vous avez des choses à rajouter ? Et bien je vous remercie de votre participation. »

ANNEXE 2 : Focus Group n°1

Réalisé le 11/10/2011 au département de Médecine Générale de Bichat.

(Durée : 30 minutes, nombre de participants : 6)

N. « Alors...déjà pour commencer on va faire un petit tour de table et à tour de rôle vous allez me...vous présenter, me dire dans quel semestre vous êtes, et les stages que vous avez déjà fait. Donc vas-y à toi, K. »

K. « je suis en 4^{ème} semestre...chez le prat...actuellement »

N. « oui »

K. « j'ai fais des urgences à Argenteuil, j'ai fais de la pédiatrie à Argenteuil, j'ai fais de la pneumo à Eubonne...et voilà »

N. « d'accord donc là actuellement tu es chez le prat, vous êtes toutes chez le prat. Ok, très bien. E. ».

E. « Mouai... »

N. « Vas-y dis moi »

E. « donc moi j'ai fais la pédiatrie à Mont..fermeil, les urgences à Mignot à côté de Versailles, euh...et la gériatrie à Ambroise Paré, et donc je suis chez le prat »

N. « Chez le prat... Ok. A.»

A. « Euh donc moi 4^{ème} semestre aussi chez le prat, j'ai fait euh...la gériatrie à St Perine, les urgences à Beaujon, et euh..la médecine interne à Foch. »

N. « C. »

C. « Je suis en 4^{ème} semestre, j'ai fait euh les urgences à St Louis, la médecine interne-la gériatrie à Ste Camille et la gynécologie à Montfermeil »

N. « d'accord à toi J. »

J. « je suis en 4^{ème} semestre, j'ai fais urgences à Argenteuil, la pédiatrie à Colombes, ensuite j'ai été en Rhumatologie à St Joseph et là je suis chez le prat »

N. « Chez le prat aussi. A toi E. »

E. « Je suis aussi en 4^{ème} semestre, j'ai fait euh...les urgences à beaujon, la...médecine interne à Colombes, et après...les urgences à St Louis. »

N. « Et donc dites moi là comment ça se déroule actuellement votre stage, finalement ça vous plait ou..c'est la première fois que vous êtes en libéral, donc dites moi comment ça sa passe, il y a eu des soucis ?

K. : « Non moi ça me colle complètement...enfin le libérale quoi »

N. « Oui... »

K. « Comment dire, le rythme de vie, ce qu'on fait quoi, c'est vraiment appréciable »

N. « D'accord le rythme de vie, ça te plait. »

K. « Complètement »

N. « d'accord. Et les patients ?

K. « Complètement. D'ailleurs la relation... »

N. « Et ton prat se trouve où ? »

K. « A Gennevilliers »

N. « A gennevilliers d'accord »

K. « C'est Dr D ; complètement, justement j'angoisse de retourner à l'hôpital. Enfin j'angoisse c'est un grand mot mais... »

N. « d'accord »

Rire général

N. « OK. Sinon pour les autres ? »

A. « Moi c'est l'inverse »

N. « Ah ... vas-y dis moi »

A. « Non, je je suis très contente de de mon, de mon stage chez le prat, je suis extrêmement bien tombée, je suis très contente de la manière dont ça c'est passé. Mais au contraire la médecine de ville, c'est pas mon truc quoi, en tout cas pour l'instant ça ne me plait pas et je suis très contente de retourner à l'hôpital dans 3 semaines »

rires

N. « Et pourquoi ? »

A. « Parce que...l'idée de travailler seule. Alors après je sais que je pourrais très bien, je pense que ce qu'il se passera c'est que plus tard si je dois retourner en ville, je me mettrai en centre de santé ou en tout cas en groupe...euh...de médecins libéraux, que l'idée de travailler toute seule, de réfléchir toute seule sur un dossier, de travailler par correspondances avec d'autre médecins et de ne jamais avoir de discussion ouverte avec des gens en face de moi...euh...je ne sais pas si ça m'angoisse.

N. « ça te manque le groupe, en fait de parler ? »

A. « Je...oui effectivement il y a une partie, une partie de médecine de groupe qui me manque, je ne sais pas si ça me manque parce que ça m'angoisse de travailler toute seule ou si ça m'embête de travailler toute seule, mais probablement une partie des deux, ouai... »

N. « d'accord »

J. hoche de la tête

N. « Dis moi J., tu n'es pas d'accord »

J. « moi je suis plutôt comme euh...K., moi je suis en centre de santé là et j'ai beaucoup aimé être en centre de santé parce que j'ai aimé à l'hôpital c'est de travailler en équipe, c'est de pouvoir discuter des dossiers, de staffer des situations compliquées et j'ai trouvé que...en centre de santé, je pense que c'est pareil en maison de santé, c'est hyper agréable de se dire que...sur une situation difficile dont on n'a pas l'habitude qu'on puisse staffer, échanger les différentes pratiques et j'ai beaucoup aimé la médecine de ville parce que j'ai trouvé que c'était varié et ce qui me...à chaque

fois à l'hôpital à la fin des stages, de 6 mois de spécialité, je...je me lassais des...enfin...en particulier en pédiatrie...euh...à la fin j'en avais un peu mare, j'avais un peu envie de retrouver les adultes, et en ville je trouve ça assez sympa de pouvoir toucher un peu à la pédiatrie, parce que quand même j'aime bien les enfants, de faire un peu de médecine adulte, un peu de gynéco, un peu...être généraliste quoi. Et donc ça j'ai beaucoup aimé, de pouvoir travailler de manière diversifiée. Et en centre de santé, en groupe, et ça moi je suis sûre que je travaillerai beaucoup mieux... »

N. « d'accord donc là vous me parliez de situations un peu difficile et dites moi qu'est ce que vous avez rencontré comme situations difficiles en fait. Par exemple, est-ce que vous avez été confronté à une prise en charge que se soit un patient ou une maladie qui...qui vous a posé...où vous vous êtes senti en difficulté en fait? »

E « Pour nous c'est faussé parce qu'on a les prat »

« Ouai » général.

J. « Non mais d'avoir des avis, par exemple, je ne sais pas moi, un diabétique qu'on avait du mal à équilibrer, ou au moment au passage à l'insuline, bah là au centre on a un endocrinologue, donc ça été pratique je pense pour l'initiation au traitement insuline, parce que voilà l'endoc a fait...a...initié le traitement et que ça permet d'avoir un référent quand on ne sait plus trop comment jongler avec l'insuline, et ba on lui passe un coup de téléphone et il nous conseille, des fois c'est ce qu'on aurait fait, on aurait pas forcément eu besoin des spécialistes mais il y a des situations où...où ba on a besoin d'un avis euh...d'un avis et c'est facile de l'avoir »

N. « D'accord, et il y a eu d'autres pathologies ou d'autres patients qui vous ont posés des soucis pendant ce stage là en ambulatoire ? »

A. « je pense qu'il y a aussi euh...sur certains patients qui sont euh...soit têtus soit euh... effrayés soit euh... enfin voilà le fait d'être à plusieurs et d'avoir à plusieurs le même discours de manière répété, chacun les uns après les autres ou tous ensemble, ça a un poids aussi que...Enfin l'inconvénient c'est que le patient n'a forcément autant confiance en nous qu'il ne peut avoir confiance en son médecin traitant...

« oui... »

A. « euh...l'inconvénient c'est que bah son médecin traitant, et bien une fois que son patient lui a dit non, bah voilà part exemple le 15% d'hémoglobine glyquée, refus de passage à l'insuline, ça fait 10ans qu'il est à 15% d'hémoglobine glyquée et bah il refuse de passer à l'insuline, et on a beau lui expliquer, le pourquoi du comment, essayer de prendre un traducteur pour qu'elle comprenne bien tout, de euh...essayer de lui expliquer par exemple une hospitalisation d'une semaine, enfin du lundi au vendredi, et avec...euh...où on pourrait tout lui expliquer...et bien elle ne veut pas passer à l'insuline, bon bah voilà...peut être que...euh...moi je ne peux pas la forcer à aller à l'hôpital mais peut être que si finalement elle se trouvait avec 3 internes, 2 médecins, 1 chirurgien qui viennent lui dire qu'on lui coupe le bout du pied...bah... Peut être qu'elle passerait à l'insuline alors que tout seul dans son cabinet... »

J. « et ça évite de s'épuiser, je trouve, quand on a des patients, je prends toujours l'exemple di diabète, mais aussi par exemple l'hypertension où il y a une observance un peu difficile, je pense que le patient qui ait deux...deux référents qui aient le même discours...euh...et qu'il l'entende régulièrement, je pense que à force ça peut améliorer son observance et pour le médecin généraliste ça permet aussi de faire valoir le spécialiste comme euh...comme un soutien à l'observance, et puis on est moins seul...ou que se soit un autre médecin généraliste, d'être dans un groupe ça permet de moins s'épuiser avec certains patients. »

N. « D'accord, et sinon là, au cours, pas que chez le prat même avant, est ce que vous avez déjà eu l'occasion de rencontrer un patient toxicomane ? »

K. « jamais »

E. « euh...que chez le prat... »

N. « et dis moi c'était à quelle occasion, pour quelles raisons est ce qu'il venait ? »

E. « Pour le suivi de prescription de subutex, des patients qui étaient suivis depuis 2-3-4-6-10ans. »

N. « d'accord, et tu n'as pas eu de soucis ? »

E. « non pas du tout. Enfin juste sur les ordonnances, où j'ai oublié un non substituable, mais sinon non »

N. « avec le patient tu n'as pas eu de soucis ? »

A. « non. Il y en a eu un qui a refusé que je l'examine une fois mais là fois d'après ça c'est très bien passé ».

N. « Donc tu l'as examiné, tu n'as pas fait que le renouvellement d'ordonnance ? »

A. « bah la première fois si..parce que..euh..il a refusé que je l'examine que ça fait 5 ans qu'il est suivi par mon prat et que si il veut pas bah...je ne vais pas le laisser en manque...enfin voilà...euh...je lui ai fait pour 15 jours au lieu de 28 je crois, parce qu'il y avait un petit test de consommation bizarre, enfin je n'y connaissais rien, je n'y comprenais pas grand-chose euh...et... il est revenu 15 jours après, j'étais avec mon prat, on la consulté à2, et il s'est laissé faire, il n'y avait pas de problème ».

N. « d'accord, et toi C. ?

C « Non j'ai jamais rencontré »

J. « Moi j'ai rencontré une seule fois, c'était chez le praticien. En fait c'est un patient qui n'était pas suivi au centre qui venait parce que son médecin traitant était en vacances...et qu'il venait parce qu'il n'avait plus de subutex et il est arrivé au centre, il était très agressif, il voulait un..il voulait qu'on le prenne tout de suite sans rendez vous et...au centre ça fonctionne qu'avec des rendez vous. Donc il a...il s'est engueulé avec les gens de l'accueil, qui du coup on appelé un premier médecin qui a essayé aussi d'expliquer que c'était avec rendez vous et qui s'est en fait aussi engueulé avec le patient, donc finalement tout le monde a crié, ils ont voulu appelé les flics et puis moi j'étais avec le directeur du centre en consult qui a entendu que c'était le bordel et qui du coup est sorti, et qui a dit qu'on appelait pas les flics, qui a prit le patient de manière assez frontale, mais je pense que le fait que se soit un homme, qui a pas mal de charisme qui lui a dit écoutez je vous prends après ce patient là, mais vous arrêtez de faire le cirque dans la salle d'attente sinon je ne vous prends pas. Et moi j'angoissais beaucoup de la consult d'après parce que je savais que c'était ce monsieur qui allait arriver et en fait ça c'est hyper bien passé, il s'est installé, le praticien lui a dit que...il ne pouvait se comporter comme ça s'il voulait être suivi, que...il fallait absolument pas qu'il fasse ce cirque là, que c'était...enfin il se mettait tout le monde à dos, au final, au départ potentiellement que les autres médecins auraient bien voulu l'aider, et que voilà lui il accepte de lui donner son subutex pour 7 jours et après il fallait qu'il retourne voir son médecin traitant parce que lui il n'était pas spécialisé dans cette prise en charge, et le patient était hyper calme. »

N. « Tu as été surprise ? »

J. « Ah oui j'ai été hyper surprise, je pensais que ça allait partir...euh...dans les...dans les cris euh...et en fait ça été une consult très calme, il est parti en disant merci euh...je ne referai plus le bordel...et je retourne voir mon médecin dans 7 jours. Bon après on n'a pas eu de nouvelle je ne sais pas s'il y est allé ou pas mais moi ça été le seul contact que j'ai eu avec un patient toxicomane et ça été...une expérience moins traumatisante que je n'avais pu l'envisager. »

N. « d'accord donc avant qu'elle image tu te faisais du patient toxicomane ? »

J. « je n'avais jamais vraiment réfléchi en fait...par ce que euh...je n'ai pas eu de situations qui m'ont marquée et dans les services non plus, donc là c'était la première fois où je me suis posé la question de comment je pouvais réagir à un patient toxicomane, et sur la consult d'avant bah j'étais angoissé par ce que je me disais comment on réagit face à autant d'agressivité, comment on réagirait face à son énervement...s'il nous demande des choses qu'on ne peut pas donner...comment il va gérer le non, enfin euh...vraiment j'étais dans l'inconnu et en fait, en posant les choses en lui parlant clairement en lui fixant ses limites finalement il a su les entendre et j'ai trouvé ça moins compliqué que je ne le pensais »

N. « d'accord, sinon les autres dites moi si on vous disait patient toxicomane qu'est ce que vous vous imaginiez ? »

E. « un souvenir des urgences avec...pour le coup...je n'ai pas de souvenir très net mais...des toxicomanes qui venaient aux urgences pour avoir...je ne sais pas trop quoi exactement...à qui on a dit non ce n'est pas possible, et ça finit avec tout le monde qui a les jetons, le patient qui erre dans le couloir, dans l'hôpital, en priant pour qu'il ne croise personne. Enfin des souvenirs pas fantastiques.

N. « Les autres c'est pareil ? »

C. « une image plutôt agressive »

« oui » général

E. « des états délirants »

J. « de non contrôle »

A. *ne semble pas d'accord.*

A. « moi ce n'est pas forcément agressif, c'est plutôt...euh...me disant moi vis-à-vis d'eux plus que eux vis à vis de moi, en me disant ils sont dans une démarche euh...d'amélioration de vie, je ne sais pas trop comment dire ça euh...en me disant merde il ne faut pas que je fasse des conneries, il ne faut pas que...je dise voilà, il faut que je fasse attention à ce que je dis par ce que cette personne là je ne la connais pas, il faut que je fasse attention à la prescription que je vais faire par ce que si moi je fais une boulette c'est lui qui va le payer après...euh...il faut...euh...lui demander voilà comment va sa vie, moi je ne le connais pas donc je vais lui poser la question, il me réponds il a envie d'en parler très bien, il n'a pas envie d'en parler j'insiste pas, enfin voilà...il y a des ordonnances que j'ai fais 3 fois... »

Rire général

N. « Dites moi, pour vous en fait là vous m'avez parlée de situation aux urgences, mais pour vous prendre en charge un patient toxicomane ça voulait et ça veut dire quoi pour vous ? »

K « Moi je n'ai pas été complètement rassuré par le séminaire d'aujourd'hui. Moi ça reste encore assez vague. Ça me fait peur, ça me fait encore peur. Oui la prescription, tout... prendre en charge euh...enfin apprendre à lire à travers la personne quoi...pendant les cas cliniques on a décelé des traits de personnalités voilà... ils ont l'air faux »

J. « ils sont plus imprévisible, avoir des accès de violence, dans ma tête, je crois qu'ils sont encore... je dirais que je les représente comme des patients plus violents que un patient diabétique chronique ou hypertendus. Même après le séminaire, si jamais demain j'ai patient qui vient pour me voir dont je vois avant qu'il est toxicomane euh... je pense que j'aurai une petite appréhension, après je ne refuserai pas de le prendre en charge, j'essaierai de faire le mieux que je peux et puis il y a toute une technique qu'on a vu dans le séminaire de savoir dire les bonnes phrases, de laisser les portes ouvertes en laissant quand même des limites... je pense que pour bien faire il faut en suivre beaucoup »

« oui » général

K. « Oui moi aussi je peux dépanner comme on a vu aujourd'hui mais ensuite..aujourd'hui..je ne m'en sens pas capable déjà, parce qu'il faut vraiment de l'investissement, de l'expérience et tout »

A. « Je sais que moi par exemple je préfèrerai qu'il y ait quelqu'un. Moi j'essai de m'occuper un peu du social, un peu du psychologique pour discuter avec lui, un peu du médical...euh...je me sens pas...euh...apte, enfin capable de...m'occuper de prise en charge psy, que se soit psychiatrique ou psychologique d'un patient toxicomane »

N. « Et pourquoi tu ne te sens pas capable ? »

A. « Parce que ce n'est pas mon..c'est pas un domaine avec lequel..c'est pas une question d'être à l'aise ou pas à l'aise c'est un...c'est un domaine où je me sens pas... »

K. « on n'a pas les aptitudes »

A. « Je sais très bien écouter mais je sais pas ... »

K. « Il faut une formation je pense »

Léger brouhaha, affirmation générale

N. « Vous estimez qu'à l'heure actuelle vous n'avez pas les compétences ? »

« Oui » général

K. « complètement »

C. « tout à l'heure je n'ai pas parlé sur ce que m'avait apporté le stage chez le prat, mais moi c'était euh...c'était la première fois que je suis euh... heureuse en médecine depuis 10ans, où j'ai l'impression...c'est la 1ere fois que je suis en situation, où en fait j'ai fais ce boulot pour ça, mais sauf que pendant 10ans j'ai appris à être technicienne à l'hôpital, et euh...j'ai pas appris à faire une consultation, je n'ai pas appris à écouter les gens et là c'est la 1ere fois vraiment...je me dis ah ba voilà je n'ai pas fais tout ça pour rien. Enfin j'ai trouvé un truc qui me plait. J'ai eu l'impression dans mon stage d'apprendre un petit peu à faire la consultation quand même, apprendre à écouter le patient, justement ses discours, ses questions ouvertes où on apprend à...euh...pas froisser le patient, lui permettre de s'exprimer comme il le veut, lui montrer qu'on a un esprit ouvert, qu'il peut se confier. A la fois toute cette relation est hyper importante pour l'adhésion du patient pour le projet thérapeutique, et euh...dans le patient toxicomane c'est juste qui m'intéresse plutôt que la distribution de méthadone, franchement dans tous les cas clinique qu'on a vu aujourd'hui, ils sont tous manipulateurs et j'avais déjà une image de toxico manipulateur, et en plus j'ai un exemple très proche dans ma famille qui est difficile pour moi, donc voilà...le côté manipulateur et menteur du toxico pour moi, j'aurai un mal fou à m'en défaire, par contre ce qu'on a eu aujourd'hui en début de cour par rapport au fait que...il y a quand même dans tous les versants toxicomanes une histoire de vie avec violences familiales, vio...euh...abus sexuels etc...moi je trouve ça passionnant de fouiller dans l'histoire des gens.

N. « ça vous le saviez déjà avant ? »

ouai semi général

J. « et puis de voir la dépendance comme une maladie aussi, et pas comme un truc euh... moi je sais que... j'ai déjà entendu des praticiens dirent que... non je ne les prends pas en charge, ils n'ont qu'à se prendre en charge eux même, en particulier pour l'alcool, ils ont qu'à... ils ont qu'à avoir un peu de volonté et je trouve que... et le séminaire sur l'alcool et celui sur la toxicomanie ça nous montrent que... la dépendance c'est à voir comme une maladie et comme quelque chose qu'ils subissent et pas quelque chose pour lequel ils sont heureux. »

N. « Et dites moi, ces modifications de pensées c'est là lors des cours que vous avez eu en niveau 1 ? »

« oh c'est le stage de niveau 1 » général

J. « moi c'est le praticien »

C. « C'est sur c'est le praticien »

E. « Oui c'est clair »

K. « pas les cours »

C. « Les 2 séminaires alcool et toxico étaient quand même, enfin je trouve quand même les meilleurs depuis le début, depuis 3 ans, ça c'est sur. C'était plus interactif que... enfin ouai c'est des groupes où on arrête de nous apprendre, enfin c'est pas l'objet de ta question, mais si des messages peuvent passer en même temps, pourquoi pas, euh... voilà on n'est plus là à avoir des recommandations de l'HAS... »

J. « On sait les lire tout seul »

C. « Ce qui est intéressant c'est d'avoir de vraie mise en situations avec des trucs qu'on n'a pas abordé quand on était externe euh... »

E. « parce que moi mon prat par exemple, justement les patients qu'il a toxicomanes ou alcooliques, il ne veut pas en entendre parler, c'est ça... ça le fait chier, il ne s'en occupe pas. Donc ce n'est pas lui qui... »

J. « Qui va t'aider... »

E. « Ouai tout ce qui est alcool ou toxico... donc pour moi c'est les premiers cours que j'ai eu et s'est intéressant, car depuis le début moi j'essaie d'en parler lorsqu'il y a des patients et lui... on sent que... rires. Il se crispe et... »

N. « Dites qu'est ce qui aurait pu ou pourrait, durant tout votre cursus universitaire, pourrait vous faire changer vos pensées et faire en sorte que cette prise en charge soit moins problématique ? »

C. « Déjà un stage chez le prat obligatoire en externe »

« Oui » général

K. « De toute façon c'est nouveau, les externes là maintenant il y a un stage »

J. « Finalement, on est plus de 50% de la promo à faire de la médecine générale, et moi je suis comme charlotte, à l'hôpital moi j'ai pas été malheureuse non plus pendant mes études de médecine, mais je me suis jamais... disons sentie... euh... complètement dans la pratique hospitalière et je trouve ça dommage d'attendre 10 ans de médecine pour avoir 6 mois en ambulatoire. »

N. « Et pour toi E., vu que dans ton stage de niveau 1 tu n'es pas confronté à ce genre de patient ? »

E. « Je ne sais pas, je pense que les cours comme ça, c'est... enfin c'est compliqué parce que on... il faut changer le courant global qui... enfin qui passe dans les médias, dans les pensées euh... dominante, parce que 'en fait moi quand on me dit toxicomane, je pense à tous les films horribles dont on... enfin qui vont avec, tout l'imaginaire tout à fait effrayant qui va avec, et donc il faut arriver à couper ce courant. Et donc faire un cour comme aujourd'hui c'est plutôt pas mal, même si on parle de patients finalement sous subutex, qui discutent, qui sont gentils, qui sont ré insérés et on n'est plus entrain de penser à ces côtés qui nous font peur.

J. « Et puis faire des séminaires plus longs, que se soit l'alcool ou la toxicomanie dans notre cursus, enfin on en aura eu moins de 6 heures, et donc c'est hyper dommage puisque c'est la seule fois qu'on aborde la chose, les intervenants sont hyper intéressants, et calés et euh voilà... moi je trouve ça dommage que... je puisse pas faire euh... je sais pas un cours ou séminaires chaque année. »

N. « Même pendant l'externat ? »

J. « Pendant l'externat on n'a pas les même priorités, pas les mêmes objectifs, et je pense que ça ne nous parlerait pas. »

A. « L'objectif de l'externat c'est concours, item numéro... tant. Avant l'externat, ce serait une curiosité. »

J. « Je ne suis pas sure que se serait efficace »

C. « On en est pas là tout, déjà le fait qu'on est des cours ici, là-dessus, avec une psychologue qui nous en parle et qui est complètement à contre courant de la pensée qu'on a et qu'on subit dans les médias, c'est déjà exceptionnel et je pense que c'est une grande chance, que ce truc là avance progressivement pour nous faire changer nos façons de penser euh... enfin très lentement. Pas forcément commencer à faire des cours comme ça chez les externes ou avant, c'est sur que la plupart des gens qui font les cours adhéreront pas à ce discours et donc ils feront un truc qui sert à rien, les gens s'en foutent...

J. « on ne se sent pas concerné quand on externe, euh... de la même manière que quand on est interne où on voit des patients, on s'est que demain ce cours là ça nous aidera dans la prise en charge des patients qu'on verra dans un avenir proche. »

E. « le travail de la psychologue de la dernière fois sur l'alcool était vraiment de nous faire... essayer de nous faire comprendre que... patient alcoolique égale pas patient, personne mauvaise et méchante et tout ça, c'était déjà hyper difficile chez nous. Donc euh... Tout le monde résistait et dire non c'est des gros méchants quoi... voilà je pense faire venir des spécialistes, nous parler et que ça nous est touché, quelques personnes, pas tout le monde, il y en a qui sont restés sur leurs opinions, il y en a qui coïncent. Donc je pense que les trucs à grande échelle, ils ne vont pas écouter. »

J. « Et puis ça ne sert à rien, de le faire trop tôt, je pense. On n'est pas réceptif quand t'es externe ».

C. « Au cours de l'internat point »

A. « Je pense que n'importe quel cours aussi intéressant et aussi cas clinique qu'il soit, reste de la théorie et de la parlotte si toi-même tu ne peux pas te projeter sur quelque chose que tu as vécu dans vie, ou rencontrer au cabinet ou à l'hosto. Les urgences ce n'est pas fait pour ça et forcément ça se passe toujours mal et pourtant on passe toujours par là avant d'aller chez le prat ».

N. « Donc là vous souhaiteriez un peu plus de cours quand vous êtes interne ? »

J. « Des cours pratiques. Les facteurs de risque cardio vasculaires on nous les répète depuis là D2, là le séminaire ne nous a rien appris. »

C. « Rien appris »

A. « On s'est lire les livres, on s'est chercher sur internet les reco, et c'est bon. C'est beaucoup plus intéressant de parler d'alcool et de toxico, d'aborder ces sujets là qui sont pas facile. Moi je trouve aussi que...enfin moi avec mon prat on parle beaucoup de sexualité avec les patients, je trouve que moi au départ j'étais hyper fermé sur ça, je trouvais que c'était très intrusif, et au final on se rend compte que et bah...ça a beaucoup de répercutions aussi sur la santé du patient, par exemple et bah voilà...Il faudrait avoir des clés pour aborder les sujets qui sont pour nous un peu difficiles à aborder parce qu'on n'a pas l'habitude, parce qu'on est un peu méfiant, parce qu'on ne sait pas comment faire et bah voilà... »

N. « Et concernant les stages ? »

E. « Je ne sais pas mais en tout cas, éventuellement avoir plusieurs euh...avoir plusieurs prat. J'en ai qu'un seul... »

K. « Moi aussi j'en ai qu'un seul »

E. « ça a des avantages aussi, parce que ses qualités je les ai vraiment, enfin j'ai appris énormément, mais le problème c'est que les trucs il n'est pas terrible euh...ça ne va pas m'ouvrir des horizons exceptionnels euh... »

K. « Globalement je suis satisfaite. Mais avoir l'occasion de voir plusieurs pratiques. De toute façon il y a le stage de niveau 2. Mais encore je me dis est ce que ça peut être suffisant, est ce que, enfin si on avait le choix, est ce que si on avait une maquette différente. »

J. « 3 stages en médecine générale, ce serait une bonne idée. L'internat de médecine gé il se passe dans la plus grande partie à l'hôpital. »

N. « Très bien, si vous n'avez rien d'autres à ajouter...*silence*...et bien merci pour votre participation »

ANNEXE 3 : Focus Group n°2

Réalisé le 8/11/2011 au département de Médecine Générale de Bichat.

(Durée : 50 minutes, nombre de participants : 6)

N. « Alors pour commencer on va faire un petit tour de table, et vous allez chacun vous présenter ».

B. « Bon moi je m'appelle B., moi je suis en 3^{ème} semestre actuellement aux urgences de Tenon, juste avant j'étais aux urgences de lognes sur marne, et encore avant en 1^{er} semestre j'étais à Gonesse dans le Val d'oise dans un service de médecine interne où j'ai fait en fait euh...neurologie pendant 2mois, maladie infectieuse pendant 2 mois et euh...endocrino pendant 2 mois ».

N. « C'est un choix de faire le prat en S4 ? »

S. « non pas forcément, ça c'est fait comme ça. »

N. « Tu as envie de faire un SASPAS ensuite ? »

S. « pas forcément. Je vais peut être faire le DESC d'urgence, en fonction de ça, ça va être soit un SASPAS soit le DESC »

N. « A toi J. »

J. « Donc moi je suis J., je suis en 3^{ème} semestre aussi, j'ai commencé mon premier semestre aux urgences de fontainebleau, ensuite j'ai fait la médecine interne à Pontoise où là aussi j'ai fait de la néphrologie, médecine post urgence, diabétologie et de la dermatologie et là je suis en médecine interne à l'hôpital Georges Pompidou. Moi je voudrais faire de la médecine de campagne donc euh... je pense que je ferai un SASPAS et j'aimerai faire le stage chez le prat le semestre prochain, ça c'est fait comme ça aussi parce que je voulais faire de la pédiatrie là et je n'ai pas eu ce que je voulais donc...voilà »

N. « A toi C. »

C. « Alors moi je suis 1^{er} semestre, je suis en médecine interne à St Germain en Laye, et euh...bon bah après la suite de ma maquette, pourquoi pas un SASPAS, parce que je veux faire de la ville plus tard, euh...bah la campagne ça m'intéresse, j'aime bien, pourquoi pas » *rires*

N. « C. aussi, à toi »

C. « Moi je suis en premier semestre aux urgences de Poissy, euh...pour l'instant je ne sais pas trop pour ma maquette, euh...mais c'est possible que je fasse un SASPAS. Sinon je m'installerai plutôt en ville »

N. « A toi C. »

C. « Alors moi je suis en 1^{er} semestre aussi, je suis en, en médecine interne, euh...à l'hôpital De la fontaine à St Denis, et euh pour le reste de ma maquette c'est encore très très flou. Je ne sais pas encore »

N. « Dites moi là actuellement, vous êtes tous à l'hôpital, comment est ce que ça se passe en stage ? »

J. « Jusqu'à présent ça me plaisait, euh...le retour au CHU je trouve ça très désagréable, finalement en 1an on a bien perdu l'habitude d'être externe, et euh...et là c'est un peu

l'impression que ça me donne pour l'instant. Bon après je pense que je vais apprendre beaucoup de chose.

N. « Désagréable par rapport à quoi ? »

J. « Je sais pas, c'est un ressenti général, c'est euh...c'est les sorties réglées, enfin..l'hôpital périphérique c'est très les sorties au jour le jour, des prises en charges qui sont bonnes et qui sont moins strictes et plus euh...plus spontanées que là...c'est des TSH à tout le monde sans raison, c'est l'électrophorèse des protéines pour tout le monde et je ne comprends pas donc euh...voilà...sinon, sinon la vie hospitalière c'est...pas mal, mais je pense que je vais préférer la ville, être toute seule dans mon cabinet. »

N. « D'accord, et les autres, votre premier semestre se passe bien ? »

C. « On a commencé il n'y a pas très longtemps, donc bon moi je pense qu'il va falloir un petit temps d'adaptation, finalement on n'a pas...enfin moi je n'ai pas beaucoup de patient en charge mais finalement on part dans tous les sens, encore un peu perdu. Il me faut un peu d'autonomie. »

N. « Et dites moi, là durant vos stages est ce que vous avez été confronté à des situations difficiles que se soit vis-à-vis d'un patient ou d'une pathologie ? »

S. « Alors moi les situations qui m'ont le plus posé problème, il y en a eu 2 ou 3 sur des situations de fin de vie, avec euh...des décisions à prendre par rapport, par rapport à la conduite à tenir, à la poursuite ou non des soins euh...voilà, sinon. »

N. « Gérer la famille ? »

S. « Gérer la famille, et bah euh prendre une décision avec les autres médecins sur une euh...la conduite à tenir par rapport à la conduite des soins, après voilà dans les hôpitaux, il y a toujours une équipe de soins palliatifs dans le coin donc ça va, mais. Ils sont toujours les bienvenus pour donner un avis extérieur sinon pour le reste, je pense que d'être en ambulatoire ça ne doit pas être...enfin en ville ce n'est pas pareil puisqu'on n'a pas forcément aussi bien accès à des avis spécialisés, mais à l'hôpital c'est plus facile. »

N. « D'accord d'autres situations qui vous ont marqués ? »

J. « Une fois j'ai été euh...j'ai pris une décision contraire à l'avis de mon chef, euh...qui était absent, qui m'avait demandé de faire sortir un patient, que je n'ai pas fait sortir et finalement à fait l'infarctus et qui est décédé, mais euh...j'ai décidé de le garder toute seule et là j'ai été un peu embêtée, parce que je l'avais rappelé pour lui confirmer la sortie, il m'a dit tu le fais sortir et finalement je l'ai gardé, et euh...c'est c'est...j'ai trouvé ça pas évident parce que bon...derrière ça je m'attendais à avoir des repréailles, et euh...c'est une situation pas facile, d'autant plus qu'il est décédé.

N. « D'accord. Oui C. »

C. « C'était juste, c'était plus en tant que observation en fait, euh...en fait j'étais au SMUR et en fait je suis passée aux urgences avec ma chef pour montrer un électro à mes autres co internes parce que c'était un cas intéressant. En fait, au moment où on montre l'électro il y a un monsieur qui est venu et qui présentait un détresse respiratoire et qui était à peu près à 60% de sat, euh...en fait il est arrivé et en fait la la chef qui devait être responsable des urgences étant pas là, en fait il y a eu une sorte de confrontation entre la chef qui n'était pas présente et l'autre chef du SMUR qui était là, et sachant qu'elles n'avaient pas la même...enfin elles envisageaient pas la même conduite à tenir sur la détresse respiratoire chez le patient qui s'aggravait et euh...voilà, enfin c'était, du coup c'était un moment délicat parce que...bah moi j'étais en retrait, forcément parce que...euh...enfin de toute façon étant du SMUR et pas interne aux urgences, j'avais pas forcément

à intervenir mais d'un autre côté je voyais la situation se dégradait en même temps que les supérieurs étaient là...enfin c'était voilà un moment un peu délicat, finalement le patient est monté en Réa, mais il y a eu toute une période d'un peu de flottement où on voyait les choses se dégrader, et en fait...voilà. »

N. « Et sinon, est ce que vous avez l'occasion, même pendant l'externat où pendant vos gardes aux urgences, de rencontrer un patient toxicomane ? »

S. « Moi oui, euh...C'est vrai que c'est très difficile à gérer, euh...par rapport au comportement, aux urgences on a beaucoup de patients, on ne peut pas forcément les surveiller. Ils veulent toujours sortir fumer, euh...en même temps on a envie de les garder à l'œil car on sait que c'est des patients à risque de chutes, à risque de sevrage...et c'est assez paradoxale parce que d'un côté on se dit que ce sont des patients qui ont besoin le plus d'aide, et en même ce sont des patients pour lequel on peut avoir du mal à avoir de l'empathie naturellement, quand ils sont agressifs voilà...donc euh...ça peut être difficile. »

N. « Qu'est ce que tu veux dire par avoir du mal à avoir de l'empathie ? »

S. « C'est paradoxale en fait, une sensation de vouloir les aider et en même temps de ne pas avoir un retour finalement euh...de pas avoir de retour finalement sur la prise en charge. Je ne pense pas que se soit des patients qu'on peut attendre d'avoir un retour positif, en tout cas pas immédiat et euh...et qui demandent énormément d'investissement en terme de temps et puis en terme d'énergie, ils demandent beaucoup. On doit les recadrer. Et c'est pour nous et pour les équipes de soignants que c'est difficile à gérer. On est amené à faire de la sécurité pratiquement dans certain cas. »

N. « Et les autres ? »

J. « C'est vrai, je suis assez d'accord, c'est frustrant d'aider des gens et qui finalement ce qu'on leur apporte ne sert pas grand-chose, parce qu'on sait que dès qu'ils seront rentrés chez eux ils vont recommencer. Et moi j'avais suivi en néphrologie un toxicomane, et qui, on était dans une impasse diagnostique, c'était un monsieur qui avait des troubles de la mémoire immédiate et pour lequel on avait fait des investigations hallucinantes, je me rappelle il avait été pris en charge en neuro, on avait même envoyé des prélèvements aux quatre coins de la France, même en Suisse pour essayer de comprendre qu'est ce qui se passait sur le plan neurologique qui expliquait ses troubles de la mémoire, il avait les hippocampes totalement détruites, et en fait on ne savait pas ce qu'il avait, il était en nephro chez nous pour euh...autre chose, il avait une rhabdomyolyse sur chute, il avait l'insuffisance rénale majeur mais euh...mais là aussi c'était la situation difficile, bah d'essayer de l'aider sans, sans aboutir à grand-chose. Il me posait toujours les mêmes questions, et euh la réponse était très limitée, à part de lui dire qu'il avait le cerveau un peu grillé...Il était attachant mais bon là il était sevré. »

N. « Quand tu dis que c'est frustrant, c'est vis-à-vis de quoi ? »

J. « bah c'est frustrant parce que je sais qu'il va sortir et que bah...on n'a pas de traitement pour lui, que...que sa vie elle est finit. Il a 35ans je crois, sa vie est très limitée, il ne peut même plus travailler. Il est un peu rejeté de partout parce qu'il faisait des bêtises avec ses oublis, ses pertes de mémoire, il laissait sur le feu de l'eau qui bout. Il avait déjà eu des accidents...et c'est une prise en charge qui est quand même...c'est un échec quand même...c'est un échec de prise en charge globale, sur le plan médical, une prise en charge sociale compliquée et un sevrage qui était pas complètement fait. C'est difficile... »

N : « Et qu'est ce que tu regrettes en réalité ? »

J. « Il a été pris en charge tardivement, après peut être pas correctement je ne sais pas. Je ne sais pas moi, je ne l'ai pas pris...je ne l'ai vu que à une période de sa vie à l'hôpital mais...euh...c'est

quand même une échec, puisque...puisque il aurait fallu une meilleure information avant, en aval ou je ne sais pas. »

N : «Toi qui envisage une installation à la campagne, comment est ce que tu penses pouvoir faire ? »

J : « ça ne me fait pas peur, je pense que les patients quand ils en sont arrivés là à part les aider les soutenir dans leur...sur le plan social il n'y a pas grand-chose à faire, je pense que l'essentiel de l'information elle arrive bien avant quand ils sont tout jeune. C'est l'intérêt du médecin généraliste, c'est de pouvoir apporter l'information très jeune euh...enfin ça m'arrive quand on est aux urgences ça m'arrive d'avoir des très jeune et de leur dire tu sais quand même, par exemple quand on fait des certificats de non admission, ça nous arrive de leur dire tu devrais faire attention, on les voit plutôt pour de l'alcool, ça nous arrive déjà de donner des conseils. Il faut commencer plus jeune.

C : « Moi, j'ai rencontré un patient toxicomane euh...donc aux urgences qui avait ..qui s'injectait...euh...et qui avait en fait été pris en charge une première fois dans un service d'orthopédie, il avait fait une cellulite du bras et en fait il n'était pas resté en post opératoire, il était parti...euh...donc il avait fugué...euh et il est revenu aux urgences donc peut être 3 semaines 1 mois après, son bras était complètement nécrosé et il y avait les tendons on voyait l'os enfin...voilà il y avait une ostéite, il y avait des vers des asticots...voilà...en fait euh...c'est un patient qui est venu aux urgences je pense vraiment en tout dernier recours étant donné qu'il y avait déjà eu un échec d'une première prise en charge, je pense chez un patient qui ne voulait pas avoué qu'il ne voulait pas se sevrer. Je pense qu'il était difficile que...euh...de venir à l'hôpital et de dire que voilà il était dépendant et que...en fait moi ce que j'ai ressenti, j'ai eu l'impression que en fait voilà face au corps médical il ne pouvait pas dire autre chose que mais non je vais me sevrer, je vais essayer etc, alors que voilà quoi on sentait bien que un patient qui quand même, enfin voilà qui arrive avec un tel état, enfin dans un tel état c'est que forcément le désir de sevrage soit il est là mais enfin l'addiction est trop forte soit le...le sevrage, enfin au final il est tellement accro au produit que au final il ne veut plus...enfin...moi j'avais l'impression qu'il avait un discours qui était très rodé et que le corps médical lui avait appris et qu'il recrachait...ça sentait un peu le discours très préparé et que en fait il essayait de nous attendrir et de nous convaincre qu'il allait essayer de se sevrer pour nous faire plaisir pour avoir le droit à des soins, alors qu'en fait...enfin du coup ce que j'ai trouvé difficile c'est qu'on était pas dans un...dans un vrai échange de transparence et d'honnêteté...euh...pas manipulateur dans le sens qu'il cherche à mentir pour nous tromper mais c'est juste que c'est quelqu'un qui est tellement mal à l'aise face à sa pathologie et que je pense que c'est quelqu'un qui au final est conscient et qui se rend compte du décalage entre lui et nous, que quelque part c'est humain d'essayer de se...pas de se revaloriser...mais il essaie de montrer que c'est difficile mais voilà, je pense qu'il sent qu'il y a majoritairement des a priori négatif et qu'il essaie quelque part de se revaloriser ou pour nous faire plaisir, et pour attirer un peu d'empathie aussi je pense. »

N : « Tu as eu des échanges avec ce patient ? »

C. « pas après car au final il avait une ostéite et voilà...il est monté rapidement en chir ortho. Sinon c'était des patients plutôt manipulateur, euh...peut être aussi parce qu'ils étaient à un stade de désinhibition par rapport aux substances et euh...pour certains un peu psy donc difficile de faire la part des choses entre les complications liées aux produits qui peuvent interagir sur leur personnalité et le rapport qu'on a avec eux...et puis eux même, leur histoire. Enfin voilà, et en fonction de leur consommation, et du moment qu'on discute avec eux je pense que c'est tellement variable que pour moi c'est difficile de me positionner. »

N : « Qu'est ce qui te donne ce sentiment de ne pas être capable ? »

C. « Je pense que c'est tellement patient dépendant aussi et euh...et euh...après je pense qu'il y a beaucoup de ressenti, enfin peut être que sur le plan des connaissances je ne suis pas encore suffisamment à l'aise, ça je pense oui, euh mais d'un autre côté, euh oui j'ai toujours cette sensation de manipulation et de ne pas être face à quelqu'un de très très honnête soit parce qu'ils ne peuvent pas soit parce qu'ils ne le veulent pas. Je ne sais pas trop. »

B. « Moi je trouve que socialement dans les médias on n'en parle peu, je pense qu'on...sous estime un peu peut être euh...enfin, avant de faire un stage en médecine générale à la campagne je n'imaginai pas qu'il y avait des drogues dures en campagne alors que...en fait il y en a beaucoup, et du coup on ne s'imagine pas, en fait c'est pas mal occulté dans la société c'est assez tabou la toxicomanie. Par rapport à l'hôpital, il n'y a pas vraiment de place dédiée, on a l'impression que pour l'alcool c'est des fois gastro, des fois psy, euh...on ne sait pas trop, en fait euh... on se rend compte que ça embête pas tout le monde parce que tous les patients qui ont des troubles du comportement euh...liés aux substances, ils sont durs à gérer et du coup bah ils sont durs à caser. »

C. « moi là où je suis en médecine interne il y a des lits, enfin il y a des lits réservés pour justement les sevrages...euh...la par exemple je suis un patient qui est venu, son hospitalisation était prévue, organisée, il est venu de sa propre volonté pour être sevré, ça se passe très bien, c'est un patient qui n'est pas difficile non plus, c'était son souhait aussi, d'un côté je pense que ça aide beaucoup, après il vient pour être sevré pour une semaine après il va partir en soins de suite pendant 5 semaines et c'est là pour lui que ça va poser problème, parce que c'est quelqu'un qui a l'habitude d'être seul chez lui, qui est très replié sur lui etc. Il appréhende fâchement. Après je ne sais pas je suis peut être dans un service qui a la chance d'avoir des lits pour le sevrage. »

N : « Si je vous dis le mot toxicomane, quels sont les idées qui vous viennent à l'esprit ? »

J. « difficultés sociales »

C. « isolement »

B. « Désinsertion sociale »

C. « moi j'ai quand même l'impression que ça va aller de pire en pire, enfin j'ai pas l'impression que...enfin j'ai l'impression que si on dit toxicomane on parle énormément des échecs et on ne parle pas suffisamment des gens qui s'en sortent pour moi si je fais..enfin...si je regarde de ce que l'on parle, de ce qu'entends autour de moi, pour moi toxicomane égale échec de prise en charge systématiquement, et j'ai l'impression que des gens toxicomanes que j'ai vu être pris en charge, il y a tellement...enfin...c'est tellement banalisé dans le sens où il est toxicomane ça ne sert à rien de toute façon, on ne peut rien faire que du coup pour moi ça flash sur grave et puis quelque chose qui va s'aggraver pour lesquelles on ne peut pas du tout agir.

N. « Et cet échec tu le lie à quoi ? »

C. « lié au personnel médical. Ce sont des patients...enfin je pense qu'il faut avoir conscience que prendre en charge un patient toxicomane c'est difficile, et que tout le monde ne peut pas le faire et que je pense qu'il faut avouer qu'il y a des personnes qui ont un ressenti négatif par rapport à ces patients et que je pense qu'il vaut mieux, pas ne pas s'en occuper, mais connaître de lieux où ils seront accueillis, où il y a des gens qui sont là pour les prendre en charge, sinon j'ai l'impression qu'il suffit qu'un patient toxicomane rencontre quelqu'un qui a un ressenti négatif par rapport à ce type de patient pour qu'on rentre dans une sorte de spirale où il fuit les soins, il n'est jamais adressé au bon endroit et du coup il fuit de plus en plus et du coup on arrive dans la spirale pour moi d'échec, alors que...enfin je ne suis pas passée dans un service d'addictologie, ni rien, mais j'ai l'impression quand même que dans ses services là, il y a des histoires qui finissent bien, il y a une prise en charge qui est plus adéquate, forcément en plus il y a des gens qui veulent

travailler avec ce genre de patients et voilà qui sont là qui sont présents et qui sont pas entrain de se dire, voilà pour l'équipe médicale ou paramédicale qui n'est pas formée c'est difficile, on a du mal on ne sais pas trop comment les recadrer et tout ça... et je pense que c'est normal parce qu'on n'a pas la formation et qu'il y a des gens qui se sentent dépassés. »

C. « Globalement je pense que c'est un sujet qui est assez tabou dont on ne parle pas beaucoup dans le milieu médical comme dans les autres milieux, du coup je pense qu'effectivement il n'y a pas assez de système pour les sortir de là. Personnellement, je pense que je ne serai pas très à l'aise face à un patient toxicomane parce que... parce que je ne sais pas comment faire, enfin... je n'ai pas eu de cours donc je ne sais pas, il y a peut être des méthodes appropriées pour... me dialoguer avec eux, mais euh... oui non je ne serai pas à l'aise »

N. « Vous avez le même ressenti ? »

J. « Moi je pense que c'est un patient comme un autre, après c'est notre devoir aussi, il faut considérer chaque patient avec sa pathologie qui est complexe dans sa diversité sans avoir d'apriori, c'est noter boulot. En tout cas ceux que j'ai vu ne m'ont pas apporté de crainte particulière, après quand il s'agit de rentrer dans le vif du sujet qui est la toxicomanie là par contre je suis d'accord que l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, mais pour la prise en charge globale je pense qu'on est tout à fait capable de le faire. J'avais un médecin référent pour le VIH donc il en voyait pas mal des toxico et euh... ça me posait pas vraiment de problème, c'est justement il ne faut pas aborder ça comme une question tabou, c'est poser les questions franches et directes, c'est quelles sont vos consommations, comment ça se passe, alors dans le milieu du VIH c'était plu facile d'établir le sujet d'une certaine manière mais euh... justement il ne faut pas se dire olala c'est tabou il ne faut pas parler de ça mais euh... il faut en parler librement, c'est comme quand on est aux urgences et qu'on pose les questions est ce que vous buvez, on les pose toujours de façon assez banale et les patients répondent généralement franchement, c'est rare qu'ils ne répondent pas. »

C. « Moi je ne sais pas, moi je sais que j'ai des patients que ça se voyait clairement qu'il n'était pas dans un état... voilà... et il m'assurait de n'avoir rien pris et qu'il était complètement... voilà... je pense qu'effectivement il y a des moments où ils n'osent pas en parler... c'est comme ce que tu disais tout à l'heure, ils ne sont pas à l'aise, ils veulent nous faire plaisir, ils veulent paraître bien »

C. « Ouai je vois ce que tu veux dire, c'est vrai qu'il y a des gens qui avouent franchement leur consommation parce que, parce que voilà je pense qu'ils ont pas... soit ils ont pas de tabou mais en général on sait qu'ils sous estiment... Mais pourquoi ils sous estiment, c'est que quelque part quand même, c'est que même s'ils avouent 3 litres, l'héroïne ou autres choses et que c'est énorme, quelque part ils ont quand même sous estimé, c'est que quand même inconsciemment ils sentent qu'il y a peut être un tabou et que ils vont être jugé sur leur vraie consommation après ce qui est effectivement un peu déconcertant c'est qu'il avoue des consommations importantes et que pour eux c'est normal.

J. « C'est ça, c'est pourquoi ils vont avoir l'impression d'être jugé, c'est justement c'est qu'on doit leur passer de temps en temps des mauvaises images, justement on est là nous personnel soignant pour leur faire dire la vérité parce qu'on ne doit pas avoir d'apriori, honnêtement c'est ça »

C. « Tu ne peux pas dire qu'on n'a pas d'apriori c'est faux, combien de fois t'entends dans les salles de soins il a bu tant, il a consommé ça, punaise... »

Léger brouhaha de consentement

C. « Je pense que quelque part si même entre nous on en rigole un peu pour évacuer un peu c'est que ça nous choque et je ne vois pas comment on peut... »

J. « Oui mais quand tu arrives devant le patient dans un box... »

C. « Ouai mais je pense que tu laisses transparaître quelque chose...ai niveau du visage, moi je ne pense pas qu'on soit totalement... »

N. « Tu ne peux pas différencier le rôle de médecin de celui d'individu avec ses idées personnelles ? »

C. « oui, oui je pense et euh...enfin je pense que c'est pareil pour d'autre domaine enfin par exemple je pense que...tu parlais du sida tout à l'heure et niveau sexuel et IST il y a un peu une même espère de tabou et euh voilà, et moi je pense que même si on me dit on est médecin on a nos blouses enfin, je pense que ça ne change rien, on reste des personnes et je pense justement que c'est là où on est plus ou moins mauvais on n'arrive pas trop à passer le message qu'on ne juge pas. D'ailleurs quand on leur demande on leur dit qu'il ne faut pas avoir honte, on ne va pas juger vos consommations parce que c'est banal et parce qu'on est habitué. Et déjà rien que le fait de poser la question, on sous entends qu'on sait qu'il consomme, c'est déjà accusateur la question même si pour nous ça paraît banal, je suis sûre qu'il se dit merde il a vu que je consommait, donc...je ne sais pas s'il y a une bonne façon de faire.

N. « dites moi qu'est ce que signifie pour vous le terme prendre en charge un patient toxicomane ? »

C. « Bah déjà essayer de le sevrer et après voir tous ce qu'il consomme. Et puis il faut voir les complications médicales liées à sa consommation, et puis le côté social à gérer, c'est long... »

N. « et tu te sens capable de le gérer ? »

C. « Si je suis avec des réseaux ouai...après si je suis enfin isolée toute seule en cabinet sans adresse à qui me référer ça me paraît compliquer. Si je suis seule en cabinet il me faut vraiment un bon réseau de soin, mais si je suis seule et entre guillemet un peu coupé j'aurai peur.

B. « Je pense que le médecin doit être un des acteurs de la prise en charge du patient toxicomane, je ne pense pas qu'il puisse être le seul acteur, il y a beaucoup de dimensions chez ce patient là, une dimension psychologique, une dimension somatique peut être pas la principale, il y a des substances qui peuvent être prescrites donc pour ça le médecin peut intervenir, on peut aussi avoir un rôle central de coordination des soins, euh...en tout il doit pouvoir orienter le patient vers différents intervenants, sociaux et puis psychologiques pour être le relai auprès du patient, être la personne de confiance euh...et puis être une personne quand même neutre enfin c'est aussi le rôle du médecin justement euh...qu'il n'est pas moralisateur, et euh...Après tout ça je pense que ça s'apprend, s'il y a des structures mises en place...voilà voilà...il faut avoir...

J. « un carnet d'adresse »

B. « Oui il faut avoir un carnet d'adresse, des relais extérieurs »

C. « non non peut pas faire ça toute seule »

N. « Vous avez beaucoup d'idée, mais au final il faut admettre qu'il y a une petite connotation négative qui ressort, qu'est ce qui aurait pu ou pourrait être fait pendant vos études pour que cette prise en charge soit moins problématique ? »

Silence...

J. « Bah que le sujet soit abordé, parce que finalement on voit peut être allez un peu l'alcool et encore...il n'y a pas vraiment d'item pour l'internat, ou si il doit surement y avoir un item des addictions noyés dans les autres items mais euh...voilà on s'en souvient à peine, c'est dans le flou de la psychiatrie qui est un sujet déjà assez compliqué, euh...peut être qu'effectivement comme

c'est quand même on en voit pas mal et surtout dans le cursus de médecine générale, aux urgences, chez le prat, il faudrait que se soit plus abordé dans les cours et dès l'externat puisque c'est là qu'on apprend la théorie, après il faut y passer en stage sinon ça reste de la théorie, il faut les voir ces patients.

C. « Enfin moi je ne sais pas, je suis un peu partagé, c'est juste que... enfin moi j'ai peur que si c'est un stage où on y passe... enfin moi personnellement je n'ai voulu passer en psychiatrie parce que je ne me sens pas capable et pour moi les patients toxicomanes c'est un peu des patients psychiatriques aussi, enfin... on a le côté somatique mais on a aussi le côté psychiatrique et de façon globale je trouve qu'on est très mal formé en psychiatrie, c'est une matière très floue et on est très... on reste sur l'idée qu'il faut sevrer, méthadone, comprimé, ordonnance sécurisée... machin tout ça... et après il reste le psychique etc et bah au final on est très mal formé et d'un autre côté et bah voilà... ce n'est pas n'importe qui peut passer dans ce genre de service et euh... c'est quand même au même titre que passer dans des services, je pensais à l'onco pédiatrie, moi j'y suis passée et je l'ai très mal vécu, et je le vivrai mal d'aller dans un service de psychiatrie-toxico parce que pour moi c'est violent, parce que peut être que l'encadrement n'est pas suffisant et tout enfin, j'ai conscience qu'il faut y passer et que c'est important mais c'est dure psychologiquement, donc ouvrir des stages sans qu'il y ait quelqu'un qui soit là comme dans certain stage où on est livré à nous même non... ça peut même avoir l'effet inverse, ce n'est pas parce qu'on les voit qu'on sera comment s'y prendre.

J. « le problème c'est que tu as plus de chance de voir des toxicomanes que des enfants atteints de leucémie ça c'est clair... c'est justement là que ça ne va pas c'est que... on va être amené à voir des patients toxicomanes qu'on soit à la campagne ou en ville, c'est comme le fait qu'on ne puisse pas forcément y passer qui pose problème, on devrait avoir la possibilité.

C. « C'est clair... après l'alcool c'est un peu plus banalisé que la toxicomanie dans la tête des gens. »

B. « Peut être que la formation n'est pas faite en fonction de la fréquence du trouble en fait, ça représente beaucoup de patient, après en cabinet je ne m'en rends pas compte, mais je pense qu'il y en a pas mal euh... qui en tout cas ne demande pas forcément de l'aide, mais qui ne serait pas contre un conseil... euh... donc clairement il y a une base théorique qui n'est pas conséquence et puis après pendant l'internat 2-3TP de mise en situation avec ce genre de patient.

C. « Ce qui serait parfait c'est que durant la maquette de médecine Gé on ait la possibilité d'être avec un prat qui fasse de la toxico. Il ne faut pas être seul, donc si on a quelqu'un qui est référent et qui nous explique. Je pense en effet qu'on a une formation théorique qui est mauvaise voilà c'est sur le terrain que tout se joue si on peut avoir une formation et d'avoir quelqu'un avec nous. Mais être lâché dans un service non...

C. « la formation entant qu'interne devrait être plus conséquente en fonction des patients qu'on est amené à rencontrer et pour lesquels on a pas eu beaucoup de cours pendant l'externat.

N. « Et supposons qu'il y ait plusieurs séminaires pendant le DES est ce que vous pensez que se serait suffisant ? »

J. Moi je pense qu'il faut se spécialisé, un DU, ce serait pas mal... les cours ne suffisent pas. »

B. « Faut voir, peut être avec un stage chez le généraliste, ça dépend si tu tombes sur un généraliste qui fait de la toxico euh... pendant 6 mois tu vas bénéficier de son expérience, euh... ça pourra largement équivaldre à un DU. Donc puisque tout le monde n'aura pas accès un médecin généraliste qui fait de la toxico, tout le monde de toute façon n'est pas intéressé. Et puis il y a le SASPAS donc du coup...

C. moi j'ai l'impression d'être la plus pessimiste, mais le fait d'être une fille, je ne me sentirais pas forcément à l'aise. Moi j'ai peur de la crise de sevrage, autant voir quelqu'un qui est... qui veut

se sevrer ou qui a son produit, qui n'est pas en manque...ouai moi ce qui me fait peur c'est qu'il soit en manque...

C. »Moi je sais qu'on m'a fait la remarque une fois dans ma famille, mais je n'y ai jamais pensé, fait la remarque. »

N. « Quelle remarque ? »

C. « Le fait d'être seule en cabinet et d'être une femme, mon entourage s'est dit inquiet que je reçoive un toxicomane, ça m'a surprise car je n'y avais jamais pensé. »

N. « Bon très bien, vous n'avez rien d'autre à ajouter, *silence*et bien merci beaucoup ».

ANNEXE 4 : Focus Group n°3

Réalisé le 10/11/2011 au département de Médecine Générale de Bichat.

(Durée : 37 minutes, nombre de participants : 6)

N : Pour commencer on va faire un petit tour de table, vous allez vous présenter à tour de rôle, me dire en quel semestre vous êtes et comment vous envisager votre maquette plus tard.

A : Moi je m'appelle A., je suis en 1^{er} semestre de DES de médecine générale, je suis aux urgences, mais moi j'envisage de faire la maquette de base, puis je veux m'orienter vers un DESC de pharmacologie avec un master 2 de pharmacologie pour avoir en fait...bah faire de la recherche, travailler dans la pharmacovigilance. Et, ou...avec ça partir en Europe, je ne me vois pas du tout rester en France. Mais bon j'ai quand même envie de faire de la clinique.

K : moi c'est K., je suis en premier semestre aux urgences, j'ai toujours eu envie de faire de la médecine générale, mon choix de maquette est encore vague, en tout cas j'ai envie d'avoir une pratique en ville et j'aimerais bien aussi avoir une pratique pourquoi pas à l'hôpital, voir en maison de santé. En tout cas pas l'image du médecin généraliste seul dans son cabinet, voilà...et par rapport à ça pourquoi pas faire un DESC tout en gardant une pratique en ville, euh...je vais me renseigner sur les DU ou DESC d'allergologie clinique ou maladie infectieuse, médecine tropicale. Pour pouvoir faire quelque chose à l'hôpital et en ville aussi.

N : A toi M.

M : Donc moi c'est M, je suis en premier semestre de médecine générale, aux urgences aussi. Donc moi en fait ma pratique pour plus tard ce serait plutôt m'installer en cabinet plutôt en milieu semi rural, pas...pas de médecine de ville, euh voilà...après faire plus ou moins des DU mais pas de DESC. Enfin je ne sais pas encore, je verrai au cours de mon internat. Mais bon pour le cabinet, ce serait plutôt à plusieurs si possible bien sur, mais bon seule ça ne me dérangerait pas plus que ça.

F. Bon moi je m'appelle F., je suis en 1ere année de DES de médecine générale en gériatrie actuellement, moi j'ai plutôt envie de faire un DESC de gériatrie, donc valider rapidement ma maquette et faire une carrière plutôt hospitalo-universitaire.

N : A toi F.

F. moi je suis F., comme mes co-internes je suis en 1ere année en médecine interne, je compte plus tard m'installer en cabinet de groupe et pas forcément faire de DU/DESC.

N : Très bien, et pour finir vas y R.

R : Donc moi c'est R., pour innover je suis en 1ere année de médecine générale, aux urgences, pour plus tard, je ne me projette pas encore, euh...je ne sais pas trop encore ce que je veux faire.

N : Vous êtes tous à l'hôpital, pour une grande majorité aux urgences, c'est votre premier stage d'interne, dites moi comment ça se passe ?

A : Donc moi j'ai commencé mon premier stage depuis une semaine aux urgences et...c'est vrai c'est incroyable, le fait de pouvoir être des médecins et ne pas juste être limité...enfin on doit toujours être guidé dans notre prise en charge, demander aux chefs toujours un peu leur aval, mais...on est dans des situations beaucoup plus concrètes que ce qu'on faisait depuis tellement d'années d'études. Ça me plaît énormément.

N : sinon les autres ?

Grand silence

F : c'est le tout début donc forcément ça se passe bien je pense pour tout le monde après...on verra

Rires général

N : D'accord, sinon dans cette courte période de début de stage, est ce que vous avez déjà été confronté à une situation difficile, que se soit en ce qui concerne la pathologie ou le patient ?

M : c'est vrai ça fait pas longtemps qu'on a commencé.

N : où même avant pendant vos stages d'externe ?

K : moi j'ai eu une situation là pendant mon stage aux urgences, un patient de 31ans qui arrivait avec un syndrome néphrotique pur...euh...qui s'est compliqué de...qui venait avec des gros chiffres d'insuffisance rénale, je ne me souvenais pas de ses chiffres, j'ai été amené à lui poser des questions lors des entretiens, des choses qui n'apparaissait pas dans son dossier, que son médecin ne savait pas. Il m'a dit qu'il avait fumé du cannabis pendant 10ans, 5 joints/jour et d'autres produits, c'était quand même une grosse toxicomanie. Par rapport à ça, j'ai été amené à lui poser des questions sur les conduites à risque, ce qu'il avait à côté et...déjà il fallait faire sortir l'autre...l'autre patient de la chambre, c'était une chambre double ce qui n'est pas forcément évident. Après il y a toujours ce côté pas évident de poser la question avez-vous des rapports sexuels protégés...là il dit oui, des rapports hétérosexuels ou homosexuels là il va dire non mais il faut dire aussi que...c'est c'est dur l'hôpital de créer une relation de confiance. Je pense que pour lui c'est possible qu'il m'ait pas dit toute la vérité mais bon...

N : ça été difficile pour toi d'avoir cet entretien ?

K : Sur ça non parce que en plus il est jeune, je suis jeune aussi euh...ça allait, j'ai essayer de me mettre dans une relation comme ça, on va pas être moralisateur.

N : Les autres est ce que vous avez déjà été amené à rencontrer un patient toxicomane ?

M : Moi en cabinet de médecine générale pendant mon stage chez le prat pendant l'externat, enfin j'avais 3 généralistes, il y en avait un qui clairement avait beaucoup de patients toxicomanes donc en fait en plus il aimait bien me laisser les prendre en charge pour le renouvellement de subutex, donc ça dépendait vraiment, il y avait plusieurs catégories de patients des jeunes qui voulaient vraiment s'en sortir avec qui on pouvait avoir une vraie discussion, euh...un vrai échange et puis il y en a qui était très agressifs, qu'il fallait surtout pas leur baisser leur dose, enfin c'était...nous en tant que jeune fille en plus en face du grand gaillard toxicomane, des fois ce n'était pas évident. Je ne me sentais pas forcément à l'aise. Je ne savais pas quoi faire pour qu'il s'en sorte plutôt que de juste lui prescrire son subutex. Je ne voulais pas faire que du renouvellement d'ordonnance, mais bon...ave ce genre de patients on ne pouvait pas faire autre chose donc bon.. En tant que petite externe, j'appelais souvent mon chef dès que je ne me sentais pas à l'aise. Mais bon ça allait quand même.

N : Vous autres vous avez fait le stage chez le prat en tant qu'externe ?

Non groupé

F : Moi si, euh...en ville...en ville, j'en ai vu à l'hôpital, mais en ville non. Mais j'en ai pas gardé de souvenir de la situation à part qu'ils étaient agressifs, que ça hurlait de partout, on devait être derrière eux pendant des heures, et au final ils partaient sans qu'on est rien pu faire pour eux.

N : Sinon vous deux vous en avez jamais rencontré ?

F : Enfin enfin...de façon sporadique mais ce n'était pas de grosse toxicomanie...

A : Ce sont des prises en charge plus spécialisé je pense, et on est pas passé dans les services je pense que c'est pour ça

N : D'accord, Sinon dites moi quelle image vous vous faites du patient toxicomane, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit si je vous dis toxicomane ?

A : VIH euh...contexte social défavorable

F : dépendance, euh...enfin je pense que c'est plutôt poly toxicomanie en général un toxicomane n'a pas qu'une seule drogue

K : pathologie psychiatrique

M : violent, qui a le SIDA

F : des gens faibles car désinsérés, sans famille, qui ne veut pas s'en sortir, faible d'esprit pas assez fort pour s'en sortir et qui se complaise dans leur situation

A : désinsertion, seul...

F : Bah on a forcément des visions personnelles, mais pour n'importe quelle maladie, on a toujours des aprioris du fait de ce qu'on a vécu ou appris, de nos valeurs qui font qu'on a des idées conçues.

Oui général

A : Le mieux se serait de se détacher de tout pour être le plus objectif possible, ce serait bien mais bon...

N : Et toi M ?

M : bah...désinsertion aussi, contexte psychiatrique et toute les pathologies somatiques associées. En fait ça dépend quand même, car moi je pouvais vraiment les classer en plusieurs catégories et euh...ça dépend vraiment du...du patient toxicomane quoi. Il ya avait des jeunes qui avaient commencé à l'adolescence et qui là essayaient de se réinsérer, après il y avait vraiment els pathologies psychiatriques avec des patients agressifs, et là c'était plus compliqué sur le plan de la relation, et puis euh et après des euh...aussi des milieux aisés qui sont bien insérés et qui ont plus de mal à parler.

K : Ouai...comme le disait M., le patient qui a une pathologie psychiatrique, qui est schizophrène à tendance paranoïaque un peu nerveux agressif, j'aurais forcément une appréhension, car il peut avoir certains comportements violents. Après si on le connaît depuis longtemps ça va...ou si on s'y connaît dans ces pathologies ça va. Mais bon dans ces histoires de dépendances, il y a toujours des histoires d'agression, moi j'ai par exemple le père du...d'une amie qui est médecin généraliste qui faisait des visites euh...dans un quartier difficile, euh...qui raconte que parfois l'ascenseur était en panne et qu'il prenait les escaliers et qu'il était menacé par les toxicomanes pour avoir des ordonnances, donc ça peut arriver, il peut y en avoir des comme ça, comme il peut y avoir celui qui est complètement euh...Dépressif à ce moment là qui ne représenterait pas au niveau du danger physique. On entend parler de patients toxicomanes quand il s'agit d'agression que se soit dans les journaux, ou dans nos expériences personnelles. Donc même si on se dit que même si tous ne seront pas agressifs, euh...ça arrive et ça on l'a tous en tête

A : Moi je pense qu'on peut avoir des appréhensions par rapport aux autres pathologies par exemple la schizophrénie. Ce n'est pas forcément le produit qui me fait peur, même si là actuellement moi je ne saurais même pas faire une ordonnance de renouvellement de subutex, mais c'est les pathologies associées qui me font peur.

F : C'est vrai qu'à l'hôpital il y a une structure, une surveillance mais en ville il rentre chez lui, on ne sait pas ce qu'il devient ce n'est pas facile d'avoir un réseau avec des psychiatres des infirmières qui passent à domicile, enfin je ne sais pas mais c'est plus compliqué en ville et ça prend un temps fou. Car il y a... il y a le côté psy, médical, social... Déjà au début ils ne veulent pas forcément qu'on les aide, donc on n'a pas forcément le temps de leur courir après et voilà donc forcément ça ne finit pas forcément bien.

K : Ouai t'as raison, moi ma première appréhension c'est par rapport aux gestes hétéro agressifs, par rapport à la prise en charge globale je pense qu'il y a toujours moyens de travailler en réseau, on a toujours des correspondants. Tu vois moi j'étais en CMS, et mes prat envoyaient leur patient au CMP du coin, et dehors de ça je pense qu'effectivement il serait intéressant dans la formation des généralistes, c'est quelque chose qui m'intéresserait aussi, c'est d'avoir une formation pour pouvoir un peu les prendre en charge parce qu'on voit qu'il y en a énormément, mais c'est un peu caché dans la société, on les exclut un peu car on a l'image du toxico qui ne fait rien, et donc quand on peut les prendre en charge se serait bien qu'on puisse savoir gérer la psy de base car pour beaucoup voir un psy égal fou et encore plus chez les toxico s'ils ont réussi à voir un médecin ils ont pas envie qu'on les envoie vers quelqu'un d'autres. Effectivement on n'est pas armé pour, il faudrait une formation globale avec les différents versants du patient toxicomane.

Signe de tête général de confirmation.

N : Je vous vois hocher de la tête, qu'est ce que vous envisageriez dans la maquette pour vous aider à mieux prendre en charge les patients toxicomanes ?

K : Bah un stage de psychiatrie et d'avoir la possibilité d'avoir un DESC ou un DU de euh... toxico...

A : ça existe déjà

K : Ah ouai...

N : Vous pensez que tous les généralistes doivent le faire ?

R : non ce n'est pas possible, ce n'est pas tant au niveau de la formation c'est qu'il faut être sûr qu'en aval il y ait des réseaux, en ville pour nous aider parce que nous on est un acteur parmi tant d'autres, ce qui me ferait peur c'est d'être tout seul dans mon cabinet, de ne pas avoir de correspondant. Le plus important c'est un bon carnet d'adresse, on a beau faire des DU à un moment il faudra bien passer la main à quelqu'un. Il vaut mieux avoir un bon réseau que enfin... après c'est avec l'expérience professionnelle.

M : Oui mais de base il faudrait qu'on soit mieux formé, c'est vrai que le réseau c'est important. Mais bon on sera toujours son premier interlocuteur, même si on l'oriente autre part ce n'est pas sur qu'il se laisse orienté, c'est important qu'on soit formé. Et je pense qu'on devrait être formé par la fac où on est, on ne devrait pas devoir aller dans d'autres fac se spécialisé entre guillemets pour une pathologie de médecine générale.

N : De façon plus concrète qu'est ce qui pourrait être fait dans notre fac ?

A : C'est difficile à dire, car chez nous à paris 7 pendant l'externat c'est soit de la psychiatrie soit de la neurologie, les 2 sont hyper importants et n'ont rien à voir... euh enfin voilà moi j'aurai voulu faire les 2.

F : C'est vrai qu'on est le premier relai et on peut n'être jamais passé en psychiatrie et n'avoir jamais vu de patient toxicomane, il y a un problème là... ça devrait être comme les premiers secours, on devrait avoir des bases

A : On devrait avoir des cours, comme santé de l'enfant, mais sur la toxico et la psychiatrie de ville, qu'on est les bases pendant l'internat

M : Oui pas pendant l'externat car tout le monde n'est pas amené à être médecin généraliste non plus, le chir ortho il s'en fou. Il faudrait insister sur la formation pendant les 3 années de DES.

A : Ce qui serait bien c'est de pouvoir passer en psychiatrie pendant l'internat, 6 mois je pense que c'est un peu beaucoup mais genre 2 mois pendant le SASPAS je crois que ça peut se faire, ou dans le cadre de médecine polyvalente à l'hôpital où on ferait 2 mois en psychiatrie puis autre chose les 4 autres mois.

F : Mais bon de toute façon c'est comme dans tout plus on en voit mieux on les prendra en charge, donc il faut nous donner la possibilité de les rencontrer pendant nos stages.

K : mais bon je pense qu'au final il faut être en groupe ou en CMS, car seul déjà un homme c'est compliqué mais alors une femme...

Rires et acquiescements général

N : Bon sur ce consentement générale, est ce que vous avez autre chose à rajouter...Et bien merci beaucoup.

ANNEXE 5 : Focus Group n°4

Réalisé le 01/12/2011 au département de Médecine Générale de Bichat.

(Durée : 40 minutes, nombre de participants : 6)

N : « Bonjour, je m'appelle Patricia, je suis interne en Médecine Générale à Bichat, en semestre supplémentaire, et j'ai décidé de vous réunir aujourd'hui pour discuter d'un thème qui est celui de la prise en charge des patients toxicomanes. Donc on va d'abord commencer par faire un petit tour de table, vous allez chacune vous présenter à tour de rôle, me décrire votre maquette par exemple. A toi M. »

M ; « d'accord, alors euh...moi je suis actuellement en 5^{ème} semestre en SAPSAS, comme stage j'ai fait urgences gynéco, euh... urgences adultes, médecine euh...polyvalente, euh en niveau 1 j'ai été chez le Dr B. à Nanterre. Alors il se trouve qu'en niveau 1, moi j'ai vu des toxicomanes. »

N : « A toi E. »

E : « Alors moi c'est E., je suis en 5^{ème} semestre en SASPAS, euh...j'ai fait donc comme stage euh...gériatrie, puis ensuite urgences médico-chirurgicaux adultes, ensuite j'ai refait un stage de gériatrie et onco-gériatrie et euh...j'ai fait le niveau chez euh...à St Denis chez Dr M. et Dr. F. qui ne suivaient aucun patient toxicomane. Mais par contre en SASPAS j'en vois »

N : «Ensuite à toi C. »

C : «Euh moi c'est C., euh donc moi je suis en 5^{ème} semestre et j'ai fais comme stage les urgences de Meaux, euh...euh...qu'est ce que j'ai fais d'autre...euh...les maladies infectieuses à Garches, Gastro à Bichat et euh...en niveau 1 j'étais chez le Dr G. à Drancy et euh...je fais le DESC de nutrition. Et au niveau toxicomanie, j'en ai pas vu en niveau 1 et euh...là j'en ai un petit peu, j'en ai 1 ou 2. »

N : «Ensuite à toi L. »

L : «Donc moi c'est L. je suis en 5^{ème} semestre, donc moi comme stage j'ai fait la gériatrie aigue, les urgences adultes, la pédiatrie, en niveau 1 j'étais chez le Dr A. dans le 95 à Soissy sous Montmorency euh...j'ai pas suivi de toxicomane en niveau 1 et là en niveau 2 pour l'instant non plus. »

N : «D'accord à toi D. »

D : « moi c'est D., pareil je suis en 5^{ème} semestre, euh...donc j'ai fait un stage de médecine polyvalente, euh...urgences adultes et pédiatrie, j'ai fait mon mon niveau 1 chez le Dr W. où je suis actuellement en SASPAS et euh donc euh M. W. ne prends pas du tout en charge de patient toxicomane et donc là je n'en ai pas encore vu en SASPAS. »

N : «D'accord à toi L. »

L. « Ah...donc moi je suis en 5^{ème} semestre, j'ai fait d'abord les urgences adultes à St Denis, après j'ai fait médecine interne à Poissy, après j'ai fais mon niveau 1 chez le Dr S. à Barbès dans le 18^{ème}, euh...après *silence* euh...non en fait euh...j'ai fait encore urgences adultes à l'hôtel Dieu euh après j'ai fait un surnombre en HTA médecine vasculaire à Pompidou pendant 2 mois, après j'ai pris une dispo j'ai remplacé et maintenant je suis en SASPAS ».

N. « Donc en fait mon sujet de thèse est venu de mon expérience personnelle durant mon stage de niveau 1, où un de mes prat prenait en charge beaucoup de patients toxicomanes ce qui m'a permis de les prendre en charge assez facilement, et en discutant avec mes co internes j'ai pu réaliser que

cette prise en charge n'était pas aussi aisée pour tout le monde. Dites moi est-ce que vous avez déjà pris en charge des patients toxicomanes, à quelle occasion et comment ça c'est passé ? »

L. « Moi pendant l'externat et l'internat j'en ai rencontré aux urgences, en crise de manque, mais euh...sans vraiment, sans voir ce que je faisais, est ce que les médecins faisaient bien ou pas. J'en ai croisé quoi c'est tout. Je ne sais pas trop ce qu'ils prescrivait, je ne savais pas vraiment ce qui était fait, je ne savais pas ce que c'était que la prise en charge, j'ai pas appris, enfin personne ne m'a dit comment faire et de toute façon le sentiment général c'était vite il faut les faire sortir. J'en ai vu, mais je n'ai pas appris comment les prendre en charge. Et actuellement je ne sais pas encore comment les prendre en charge, je ne me suis pas posée sur la question. J'en ai croisé un...en niveau 1, un patient toxicomane substitué, et euh...voilà.

N. « Comment as-tu vécu cette prise en charge aux urgences ? »

L. « Aux urgences...Oh mais ça été horrible, je ne sais pas le patient toxico typique des urgences...*pires* bah celui qui braille, un peu débraillé, euh...qui hurle il me faut ma méthadone, il me faut...mais qui refuse qu'on le soigne, euh... qui n'était pas bien, qui était agressif. »

N. « D'accord les autres ? »

M. « Alors moi j'ai vu des gens en niveau 1 quasi que là en fait, enfin...en SASPAS plutôt pardon et c'était...que des gens substitués donc ils venaient pour leur suivi, leur renouvellement de leur méthadone et euh... et à chaque fois c'était plutôt des gens qui étaient réglo qui venaient à l'heure à leur rendez-vous parce que ma prat leur imposait cette rigueur là, et ils arrivaient vraiment à rentrer dans le cadre, on essayait de débriefer un peu, comment ça va, euh...on parlait un peu des doses etc. Par contre j'en avais un qui reprenait de l'héroïne, voilà. »

N. « Et dis moi tu as été confronté à des difficultés ? »

M. « de communications non, parce que ça se passait plutôt bien, bon après ils sont substitués les miens, je n'ai jamais eu affaire à quelqu'un chez qui il fallait débiter un traitement de substitution. Je ne sais pas le faire ça c'est clair. Franchement par ce que pour commencer, je ne sais pas, moi ma prat elle avait l'habitude de me dire que...ils venaient pour une demande de substitution ils avaient déjà fait une démarche un peu seule, ils avaient déjà commencer à en prendre seul, un traitement de substitution eux-mêmes, ils en trouvaient sur le marché et eux même avaient déjà fixé une certaine dose, du coup ils venaient et pour elle s'était beaucoup plus simple, elle savait d'où elle partait et puis au fur et à mesure...Instaurer moi toute seule, je ne sais pas pas...si quelqu'un se présente chez moi, voilà je suis à 12mg peut être que je pourrai tenter comme ça mais euh...toute seule le faire je ne sais pas si je saurais faire. J'ai pas les connaissances pour le faire. Quand ma prat me l'a présenté ça semblait facile effectivement mais voilà...Au niveau contact ça allait, car moi je posais des questions assez directe à tous les patients : alcool, tabac, drogues, sexe. *Rires*. Mais c'est vrai que mes patients toxico étaient plutôt calme j'ai de la chance, mais je pense que c'est parce qu'ils étaient substitués. Il y en a que ça faisait des années qu'il était substitué, celui qui avait repris l'héroïne alors calme également mais déprimé...par contre beaucoup plus psy que les autres. Moi je les trouve touchant plutôt car aucun n'a été agressif avec moi, j'ai surtout peur de mal faire pour eux et de leur créer des problèmes, ils ont l'air fragile. »

N. « Tu sembles étonnée, donc tes craintes venaient d'où vue tes entre guillemets bonnes expériences ? »

M. « Avant j'avais des aprioris, c'est-à-dire que euh...voilà je pensais que c'était des gens marginaux, qui venaient au cabinet n'importe quand, qui ne consultaient pas, qui pouvaient être agressif, euh...qui pouvaient ne pas suivre une prescription, euh...etc. Donc ceux à qui j'ai eu affaire, rentrent très bien dans les clous. Donc oui mes craintes venaient des idées que j'avais avant sans avoir vu par contre. C'est ce qu'on s'imagine tous... »

N. « Les autres dites moi, vos expériences sont comme celle de M. ? »

C. ne semble pas d'accord

C. « Moi en fait ça me revient, en gastro on avait un patient toxico qui n'étais pas là pour ça, euh... il était là pour un bilan de cancer œsophagien et qui était alcool tabagique et puis substitué à la méthadone, il avait je crois 60mg de méthadone par jour, et euh... il était ingérable. Il nous à fait...euh... on avait fait out le bilan pré thérapeutique pour son cancer, euh...franchement je euh... je pense que la prise en charge, ce n'était pas moi qui devait m'en occuper c'était un de mes co internes, la prise en charge elle a été quasiment optimale, on avait tout mis en place pour l'aider et ça avait pris un temps fou, tous les examens qui devaient être fait à jeun il refusait, enfin c'était...tous les examens ont été reportés maintes et maintes fois euh...on l'a retrouvé plusieurs fois avec sa perf euh... dans le métró enfin c'était ingérable car il devait agressif dès qu'on s'opposait à lui. Après on ne peut pas lui en vouloir qu'il soit enfin...qu'il soit toxico. Il était tellement ingérable que je me souviens que le chef de service lui a dit que s'il recommençait à faire n'importe quoi avant les examens il ne voulait plus le prendre en charge... et du coup on ne l'a plus pris en charge, tout le monde a perdu patience et il a été pris en charge à Rouen, donc voilà c'est allé très loin. Et après je me souviens d'un autre patient qui était là pour une pancréatite aiguë substitué également, et qui était très demandeur de morphine alors qu'il n'avait pas si mal que ça, c'est assez...pénible. Parce que tout ce qu'il voulait c'était sa morphine sous cut, il s'en fichait de nos conseils, ce qu'il voulait c'était sa morphine et rien d'autre donc c'est assez désagréable d'avoir un patient manipulateur. Sinon en SAPSAS j'en ai 2...substitué depuis assez longtemps je pense...il y en a un justement, il venait, il était à genre 5mg, ce qui me semble pas beaucoup, enfin je ne suis pas experte, et euh...il voulait que j'augmente, vu que j'étais toute seule, je lui ai dis que c'était peut être un peu rapide...rire car je ne savais du tout comment me sortir de cette situation, en espérant que son prochain rendez vous sera avec mon prat. Non mais franchement je trouvais que son historique de posologie de subutex était louche, mais bon je ne suis pas une experte dans ce domaine.

D. « Oh moi j'aurai fait pareil »

Rires général

C. « Mais c'est vrai je ne sais pas...je ne sais pas comment on instaure un traitement, comment on augment, comment on diminue les doses, donc voilà...il me semblait très bien ce monsieur, il avait l'air...euh...serein dans son truc mais bon je trouvais ça louche. »

N. « Les autres dites moi est ce que vous avez d'autres craintes concernant la prise en charge des patients toxicomanes ? »

L. « Moi du coup avec ma prat, en n'en n'ayant pas vu ni en niveau 1 ni en SASPAS, donc du coup si un jour j'ai un patient toxicomane qui vient à mon cabinet pour le prendre en charge j'ai peur de ne pas savoir le faire, on a eu un peu de cours théorique, mais bon qu'est ce qu'on fait s'il arrive au cabinet.

N. « Aucun de tes prat n'en prenait en charge ? »

L. « En niveau 1 non, et en niveau 2 j'ai carrément un de mes prat qui refusait de les prendre en charge et si quelqu'un venait pour ça il lui demandait de sortir du cabinet. »

L. « Moi quand j'ai remplacé c'était pareil, le médecin que je remplaçais m'a dit oui surtout refuse de prendre en charge des patients sous subutex car sinon tu ne t'en sorts pas avec ces patients là, tu ne sais jamais comment ça peut dégénérer et ça te prend un temps fou et tu sais pour vivre sa vie en médecine générale il faut un patient toutes les 15minutes.

Rires général

E. « Bah moi c'était les 2 prat de niveau 1 qui m'avaient dit qu'ils refusaient, ils étaient clairs dès la première consult, donc après ils se sont passés le message et il n'y a aucun patient toxicomane qui vient au cabinet. Et là pendant le SASPAS, du coup moi je ne savais pas qu'il faisait un suivi de patient toxicomane, et j'ai été surprise quand le patient est venu et il m'a dit je viens pour un renouvellement d'ordonnance de Subutex, en fait...il était stable et tout, c'est lui qui m'a expliqué qu'on avait déjà diminué sa dose, en fait je l'écoutait et je prescrivait ce qu'il me disait c'est même lui qui connaissait mieux que moi comment faire l'ordonnance, c'est un peu gênant je trouve pour nous. En fait on a eu des cours théoriques moi je trouvais qu'il était bien le cours mais euh...j'avais très bien compris sur le coup mais sauf que pendant le niveau 1 puisque quand je leur ai dit à mes prat ils m'ont dit ah mais non, non nous on n'en prends surtout pas en charge, fait pas ça ça à l'air simple, mais tu verras dans la vie réelle ce n'est pas aussi simple, ils sont pas si gentils que ça, les histoires de braquages qu'on entend c'est souvent eux les responsables. Au début c'est super compliqué, ça te prend un temps de folie, c'est après quand ils arrivent à être stabilisé que ça devient plus simple et bah du coup moi j'ai oublié tous mes cours, voilà franchement je ne me sens pas capable.

N. « vos craintes essentielles se situent à quel niveau alors au final ? »

« *Les connaissances* » de façon générale

D. « Mais c'est vrai, moi mon prat en niveau 1 n'en prenait pas du tout en charge, et après c'est du bouche à oreille entre eux et soit on en a pas soit on a que des patients toxicomanes je crois aussi. Et moi aussi je suis allée au cours, c'était clair sur le coup, enfin ça faisait pas mal d'information en une fois, car on en avait jamais parlé avant, sur le coup on arrive à tout retenir et après euh...quand on pratique pas moi j'en ai jamais vu en niveau 1, et en niveau 2 j'ai un prat qui voit des patients toxicomanes, mais moi je ne les ai jamais vu, mais moi c'est pareil ma principale crainte c'est si jamais un patient toxicomane arrive comment prescrire, quelles sont les doses, comment commencer, ce n'est même pas l'aspect relationnel, c'est vraiment les connaissances théoriques quoi...

M. « moi ceux que j'avais vu aux urgences c'est des patients qui venaient dans un sale état, je me souviens d'un qui venait pour un abcès de l'avant bras post injection d'héroïne alors qu'il était substitué par son médecin traitant, donc bon le médecin se faisait bien avoir, et après ce qu'il voulait c'est qu'on le soulage de son bras et rien d'autre, après il voulait repartir...

Mais sinon, moi c'est pas...C'est au niveau des connaissances aussi mais après euh... en tout cas moi personnellement je ne me sentirais pas capable d'instaurer un traitement mais au niveau relationnel, j'ai trop peu de ne pas pouvoir le cadrer »

L. « Mais le truc c'est que si tu as un patient qui vient parce qu'il ne va pas bien, et qu'il a besoin qu'on lui instaure un traitement, je ne me vois pas lui refuser parce que moi en tant que médecin je ne sais pas faire. Mais en même temps ce sont des patients avec lesquels on ne peut pas faire d'erreur car soit ils peuvent être agressif soit ils peuvent rechuter avec toutes les conséquences que ça peut avoir. Donc si j'ai un patient toxicomane qui me demande un sevrage ça va être une consultation hyper longue parce que je vais taper google

Rires général

L. « Et je ne me vois pas lui dire revenez, revenez quand le Dr D. sera là. Parce que je me dis que si ce jour là il y a une fenêtre il faut la saisir même si on ne fait pas super bien, je pense que c'est mieux.

N. Vous êtes plusieurs à me dire que les premières consultations sont très longues, en quoi cela peut être contraignant dans votre activité de futur médecin généraliste?

Silence

M. « Pour l'instant on ne s'en rend pas forcément compte, car on s'en fiche on est en retard ou on voit moins de patient mais c'est vrai que mon prat aimerait que je vois toujours plus de patients donc c'est clair c'est une question d'argent mais moi là je m'en fiche l'argent il n'est pas pour moi, donc je préfère voir peu et bien. Mais bon quand on sera à notre compte, on deviendra sûrement comme nos prat...

Rires général

L. « Moi je me rend compte que c'est un obstacle, car moi j'ai des patients quand je remplaçais qui avaient l'habitude que ça aille vite, et dès que je prenais un peu de retard ils me le faisait sentir, et si en plus j'ai du retard à cause d'un patient toxicomane vue la population un peu chic qu'il y a habituellement ça risque de ne pas passer.

Rires général.

E. « Moi aussi je pense que ça peut être un obstacle car dès que je ne respecte pas les 15 minutes, les gens ils ne sont pas contents, mais ils ne se rendent pas compte que je ne prends pas que 15 minutes avec eux aussi. »

L. « Moi aussi, je me disais qu'on doit s'adapter au cabinet où on est et que quand je serai dans mon cabinet je ferai des consult toutes les 20-30 minutes, mais j'ai un de mes prat qui m'a dit qu'on commence tous comme ça mais qu'au bout d'un moment ce n'est pas gérable euh... financièrement que tu es obligé de faire toutes les 15 minutes si tu veux vivre.

L. « C'est pas vrai... tu lui a demandé ce que ça voulait dire vivre pour lui ? »

C. « Non mais pour le patient toxicomane c'est la première consultation qui est longue, surtout si on ne sait pas ce qu'on fait, après ça va »

L. « C'est vrai au final ce sont des consult assez courtes »

N. « Très bien nous avons abordés différents aspects du patient toxicomane, est-ce que vous avez d'autres idées ou mots clés qui vous viennent à l'esprit si je vous dis toxicomane ?

M. « Moi avant d'avoir débuté médecine, c'était des gens instables, aucun respect, toujours agressifs et tout... mais bon ceux que j'ai croisé en consultation si je l'avais croisé dans la rue j'avais je n'aurai dit qu'il était toxicomane, je ne sais pas si c'est que moi qui avait cette mauvaise image mais... mais je ne sais pas mais avec l'alcool, le tabac ça va, mais la toxicomane je ne sais pas je suis bloquée. Mais c'est un peu la pensée de tout le monde en tout cas dans mon entourage. Et même si j'ai eu de bonnes expériences ça ne suffit pas pour changer mes préjugés, peut être parce que je n'en ai pas vu assez. J'ai trop de peur pour les prendre en charge seule dans mon cabinet. J'aurai toujours peur qu'il vienne m'agresser le soir à la sortie du cabinet.

L. « Oui il y a aussi problème social, problèmes psychiatriques »

L. « Problèmes de prise en charge, car on a quand même toutes beaucoup de prat qui refusent de les prendre en charge c'est que ça doit quand même poser problème

D. « Moi ce que j'ai trop peur, c'est qu'ils se passent le message, et que je me retrouve à passer mon temps à faire des ordo de subutex, méthadone ou d'autres médicaments qu'ils voudraient. Car on a cette image de personne agressive au début et je ne me vois pas leur refuser. »

C. « C'est vrai qu'ils sont quand même manipulateur, on a cette idée qui reste un peu. Après si on les prend au cas par cas, il ne faut pas faire de généralité, mais il y en a plein qui sont agressif, manipulateur, qui n'ont pas du tout envie qu'on les aide, ils sont bien comme ils sont. Moi j'ai du mal à leur faire confiance. »

M. Ouai c'est dommage qu'ils soient comme ça, car il y a plein de chose à prendre en charge avec ces patients, il y a les autres dépendances, les sérologies VIH hépatite B C, les pathologies psy, les problèmes sociaux. »

C. »Je me sentirais plus capables de prendre en charge tout ce qu'il y a autour que la toxicomanie à proprement parler »

Oui général rires

L. « Je pense que si on connaît un bon réseau de santé qui peut nous aider ça irait beaucoup mieux »

D. « Oui il faut de bon correspondants car on ne peut pas tout faire toute seule »

L. « On a un rôle de coordinations, il ne faut pas croire qu'on peut tout faire toutes seule dans son cabinet »

M. « Non mais tu as raison de parler des réseaux de santé, c'est ce qu'il faut avoir. C'est important de ne pas être seule...seul au cabinet mais aussi seul dans la prise en charge, car c'est la toxicomanie c'est avant tout une pathologie avec pleins de choses à prendre en charge, ce n'est pas juste... une infection pulmonaire voilà quoi.

N. « D'accord mais sinon dites moi est ce que vous auriez des idées sur ce qui pourrait être fait dans le cursus universitaire pour que cette prise en charge soit moins problématiques ? »

L. « Je parle pour moi...mais tant que je n'ai pas vu j'ai du mal »

C. « Ouai c'est clair »

L. « Donc ils auront beau faire plus de cours etc. ça ne changera rien pour moi il faut que l'en vois, donc euh...que je vois un maitre de stage qui s'en occupe qui m'apprenne face à une situation et pas dans le flou, et là je me sentirai à l'aise...car les cours théoriques je peux les regarder oui...mais c'est pas comme ça que je me sentirai à l'aise »

D. oui je suis d'accord, il faut avoir des prat qui nous explique en niveau 1, car celui que j'avais il insistait beaucoup sur le relationnel mais jamais comment faire pour instaurer un traitement donc bon, renouveler une ordonnance ça va ça quand on le fait souvent où sinon on recopie l'ordonnance précédente.

C. « Oui c'est vrai concrètement qu'est ce qu'on fait, on ne sait pas..on ne nous le dit pas...on a besoin de mise en situation, les cours théoriques ça va quoi...

D. « Oui c'est claire tant qu'on ne le vit pas on n'arrive pas à s'en souvenir »

N. Comment vous voyez vos stages ? »

C. « Oui il faudrait des stages où il y aurait de la pratique »

L. « On nous le propose en SASPAS, mais après il faut faire un choix, ce serait bien si on pouvait tous faire un peu de tout mais bon »

C. « Mais sinon c'est vrai que pendant l'externat il y avait peut être un item, que j'ai zappé d'ailleurs, et je n'ai pas l'impression que se soit un truc comme...il devrait y avoir un module comme la douleur par exemple, un petit module quoi pour qu'on prennent conscience que ce n'est pas que le produit le problème et qu'il y a plein de choses à gérer. »

L. « Je pense que ce serait bien de faire un séminaire pour les externes assez tôt pour casser les préjugés mais pas forcément quelque chose pour les former vraiment car je pense que les

traitements de substitution ça n'a pas d'intérêt pour l'ECN, ça se serait plus pour nous et un séminaire avec séances retour pour qu'on fasse nos recherches de notre côté et donc qu'on trouve des problèmes qu'on pourrait résoudre à la séance retour, car là les 6 heures qu'on a c'est trop lourd on s'en souvient sur le coup mais après... voilà quoi... On pourrait faire un groupe de parole ce qui jouerait plus sur le côté relationnel je crois.

C. « pour autant je compare ça à l'instauration d'une titration morphinique enfin on nous l'a bien appris à un moment de l'internat, on a parlé concrètement de dose et ça pour la substitution on ne l'a pas, moi je n'ai pas cette notion, donc ça reste totalement abstrait, alors que la titration morphinique on l'a bien appris comment ça se passe, et ça ne pose pas de problème. J'ai de prat qui ne prescrivent jamais de morphine parce qu'ils ne savent pas comment faire et je pense que c'est pareil pour la substitution, finalement je pense que si on rentrait dans le détail dans la technique peut être que ça ne poserait pas de problèmes. »

M. « Est-ce que tu peux nous faire une plaquette. »

Rires général

M. « Une plaquette avec des cases à remplir, je ne sais pas mais comment faire face à un syndrome de sevrage c'est telle dose de ça, au bout de tant de temps ou si on n'a pas ces signes on peut réduire de tant et voilà ce serait concret »

D. Il faudrait aussi sensibiliser les externes.

N. « Sensibiliser ? »

D. « Ouai il faudrait sensibiliser les externes mais aussi la population générale, je ne sais pas mais rompre ce tabou sur les patients toxicomanes, casser un peu l'image négative, montrer qu'on peut s'en sortir avoir une vie bien insérée alors qu'on est sous substitution. Et ça on est beaucoup à penser le contraire et ce qui est fou c'est qu'on peut finir l'internat et garder cette image si on en n'a jamais rencontré ou si on a eu des prat qui ne voulaient pas les prendre en charge Moi personnellement j'ai commencé à entendre parler des patients toxicomanes lors du séminaire de toxico, alors que bon si on en parlait un peu plus j'aurai peut être plus approfondi certains dossiers à l'hôpital avant, j'aurai fait des recherches sur les traitements j'aurai discuter avec les addicto... et euh... et je ne serai pas rester sur cette image négative du patient agressif des urgences.

L. « C'est clair cette image du patient agressif on l'a toute des patients rencontrés aux urgences, mais avant on l'avait déjà »

N. « Oui vous l'aviez déjà, mais elle venait d'où alors ? »

L. « Des films... »

Rires général

C. « Oui c'est vrai en plus, aux infos aussi »

D. « Mais le truc c'est qu'on entend plus parler de ceux qui sont un peu plus marginaux, qui sont agressifs, mais bon ceux qui sont totalement insérés socialement on n'entend pas parler d'eux, on ne s'imagine pas qu'ils sont toxico. On a tous l'image du patient dans certains quartiers de Paris où il y a des aiguilles partout, des toxico qui errent qui n'inspirent pas du tout confiance, du coup ça alimente l'imaginaire »

L. « Dans les médias, toxicomane c'est toujours liés à délinquance »

D. « Moi autour de moi on me dit bien que si tu prends en charge des toxicomanes il y a le risque qu'il y en ai un qui débarque le soir, violent. Bah j'ai une co interne qui a déjà vécu ça, j'ai un

maitre de stage qui me la raconté, donc finalement tout ceux avec qui j'ai discuté on une expérience négative et quand je raconte ça autour de moi, c'est clair que ma famille ne veut pas que je m'en occupe car on e sait jamais. »

L. « Moi on m'a toujours dit ne t'installe pas seule car il y a toujours un risque d'agression »

N. « Très bien vous n'avez rien d'autre à ajouter...*Silence*. Et bien merci beaucoup de votre participation. »

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de Thèse

Médecine

Université :

Le Professeur *Mahé*

Date *20/04/2012*



VU :

Le Doyen de la faculté de

Université Paris Diderot-Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot-Paris 7

et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER



FICHE DE THESE

<i>Etudiant:</i> Dias moura da costa gomes Patricia	
<i>Tuteur:</i> Docteur Eddi Alain	
<i>Directrice de thèse:</i> Docteur Katell MIGNOTTE	
Date de la soumission du projet	15/03/2010
Remarque de la commission	C'est un bon projet, et une très bonne idée de le cibler sur les internes. Nous proposons que ce projet aboutisse à des objectifs d'enseignement qui pourraient être intégrés dans les enseignements du DMG.
Décision de la commission	agréé
Thème	Prise en charge globale du patient toxicomane au cabinet en ville : Obstacles et solutions.
Justification	La France a été un des premiers pays à promouvoir la Buprénorphine haut dosage (BHD) dans le traitement de substitution aux opiacés. Depuis 1996, tous les médecins généralistes sont autorisés à prescrire ce traitement dans leur cabinet. Selon l'OFDT, en 2007, 83 174 patients toxicomanes prenaient de la BHD, dont la plus grande part (soit 80%) était prescrite par leur médecin généraliste, et 28 665 étaient sous méthadone prescrite dans les CSST. Le médecin généraliste en ville est le premier professionnel de santé que le

	<p>patient toxicomane va solliciter.</p> <p>La prise en charge ne serait se résumer à la seule prescription des traitements de substitution aux opiacés. Il a une place centrale dans la gestion des comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales ce qui exige un haut savoir faire de la part du généraliste. La question des hépatites B et C fréquente chez les patients toxicomanes constitue un réel enjeu de santé publique mettant là encore le médecin généraliste en première ligne du dépistage et depuis peu du traitement en ce qui concerne le VHC.</p> <p>Face à ces enjeux, la part des médecins généralistes prenant en charge ces patients reste pourtant insuffisante contrairement à la prise en charge des autres addictions (90% des médecins généralistes questionnés disent prendre en charge les addictions pour le tabac, 85% pour l'alcool, 70% pour les médicaments psychotropes, 55% pour les comportements addictifs en dehors des drogues et seulement 23% pour les drogues illicites).</p> <p>Il faut noter par ailleurs que la plupart des médecins généralistes investis sur cette question ont fait la démarche d'une formation complémentaire post-universitaire.</p>
Objectif	<p>Actualiser et identifier les freins des internes de médecine générale de paris 7 pouvant justifier une éventuelle réticence de leur part à prendre en charge des patients toxicomanes dans leur futur exercice.</p> <p>Repérer les leviers sur lesquels il est possible d'intervenir afin d'améliorer leur implication.</p>
Hypothèse	<p>La réticence des futurs médecins généralistes à prendre en charge des patients toxicomanes est probablement liée à la représentation souvent caricaturale qu'ils ont de ces patients.</p>

	Cependant, il doit exister d'autres freins à leur prise en charge non encore explorés.
Question	Quels sont, selon les internes de médecine générale de paris 7, les freins à la prise en charge globale du patient toxicomane en ville ?
Méthode	<p>Etude qualitative :</p> <p>utilisation de la méthode des Focus Group, réunissant entre 6 et 8 internes de médecine générale de paris 7.</p> <p>Un guide d'entretien sera élaboré au préalable.</p> <p>Le nombre de Focus group n'est pas pré définit, il faudra aboutir à une saturation des données.</p>
Bibliographie	<p>-Canarelli T, Coquelin A, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, Tendances n°65, OFDT, Mai 2009, 6p</p> <p>-Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. Drug and alcohol dependence,65,197-204</p>