

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2016

N° : 118

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. Médecine générale

PAR
BURGMEIER Charlotte
Née le 22 Juin 1986 à Strasbourg (67)

CONSOMMATEURS EXTREMES DE MEDICAMENTS A VISEE
PSYCHOTROPE :
Enquête auprès de médecins généralistes et entretiens avec des patients

Président de thèse : Professeur Emmanuel ANDRES

Directeur de thèse : Docteur Claude BRONNER

Table des matières

I. Introduction.....	22
II. Généralités.....	24
1. Épidémiologie.....	24
a. Consommation de médicaments en France.....	24
b. Le cas particulier des psychotropes.....	25
2. Mésusages, abus et patients hyper-consommateurs.....	27
a. Définitions.....	27
b. Évaluation du mésusage et de l'abus des médicaments psychotropes en France.....	29
c. Causes et motivations de l'hyper-consommation.....	31
III. Prise en charge du problème par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.....	34
1. Les données du Service Médical du Bas Rhin.....	34
2. Comment se font les contrôles ?.....	36
3. Définition de la surconsommation médicamenteuse utilisée par le Service Médical.....	37
4. Mesures entreprises par le Service Médical de la CPAM.....	37
5. Difficultés rapportées.....	39
IV. Enquête auprès de généralistes français.....	41
1. Introduction.....	41
2. Matériel et méthodes.....	41
3. Résultats.....	42
a. Caractéristiques de la population.....	42
b. Fréquence du problème étudié.....	42
c. Différentes situations décrites.....	43
d. Médicaments impliqués.....	45
e. Réactions des médecins.....	47
4. Discussion.....	49

V. Interviews de patients hyper-consommateurs.....	55
1.Introduction.....	55
2.Matériel et méthodes.....	55
3.Résultats.....	56
a. Caractéristiques des participants.....	56
b. Histoire personnelle et terrain familial.....	56
c. Produits consommés et doses.....	57
d. Circonstances de début de la consommation.....	58
e. Evolution de la consommation médicamenteuse.....	59
f. But de l'hyper-consommation.....	60
g. Conséquences de l'hyper-consommation.....	64
h. Vision de l'avenir et messages personnels.....	65
4.Pistes de solutions.....	67
a. Écoute des patients sans jugement.....	67
b. Suivi conjoint entre médecin prescripteur et médecin du contrôle médical.....	68
c. Prise en charge globale tenant compte des difficultés psychologiques et sociales.....	69
5.Discussion.....	72
VI. Conclusion.....	77
VII. Bibliographie.....	81
VIII. Annexes.....	86
Tableau 1 : Substances actives les plus vendues en ville en 2013.....	86
Figure 1 : Niveaux de consommation de certains médicaments psychotropes en France et en Europe.....	87
Figure 2 : Niveaux de consommation de 8 médicaments stupéfiants sur la période 2007-2009 en France et en Europe.....	88
Annexe 1 : Questionnaire informatique utilisé pour l'enquête.....	89
Tableau 2 : Répartition régionale des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête.....	91

Tableau 3 : Médicaments et classes thérapeutiques cités dans un contexte de surconsommation, en ordre décroissant d'importance.....	92
Tableau 4 : Médicaments et classes thérapeutiques cités dans le contexte précis de consommation extrême à visée psychotrope en ordre décroissant d'importance.....	97
Annexe 2 : Interviews de patients : entretiens retranscrits et anonymisés.....	101
Entretien n°1.....	101
Entretien n°2	104
Entretien n°3.....	109
Entretien n°4.....	116
Entretien n°5.....	120
Entretien n°6.....	125
Entretien n° 7.....	133

I. Introduction

Les français sont depuis de nombreuses années parmi les plus grands consommateurs de médicaments en Europe, et tiennent régulièrement la première position en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes, avec une augmentation constante depuis plusieurs années [1-4].

En pratique ambulatoire de médecine générale, on rencontre de façon fréquente des patients consommateurs de médicaments en excès par rapport aux quantités et/ou durées recommandées par l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Parmi eux se trouvent en particulier des consommateurs extrêmes de médicaments, mésusant ou abusant des produits dans un but psychotrope.

La consommation abusive de médicaments, sur ordonnance ou non, dans un but psychotrope, est déjà bien décrite en Amérique du Nord [5-11] où elle est considérée comme une réelle épidémie et un problème majeur de santé publique, ainsi que dans divers pays européens [12], mais est encore assez peu étudiée en France. D'autre part, même si l'épidémiologie et les produits impliqués dans cette hyperconsommation semblent à présent bien connus au travers des différentes études qui en traitent, les causes du phénomène et les motivations des patients restent encore peu identifiées.

La fréquence relativement importante du problème rencontré en consultation, comparée au peu de données retrouvées concernant la situation sur le territoire français, ainsi qu'au manque d'information sur le sujet durant notre formation professionnelle, ont éveillé mon intérêt quant à ce phénomène, ses causes, et quant aux motivations des patients.

Ce travail de thèse a donc pour but de mieux l'identifier et de mieux le connaître, au travers notamment du vécu de médecins généralistes français et de patients concernés par le problème. Ceci pourrait permettre une meilleure prévention et une meilleure prise en charge du problème en consultation de médecine générale.

II. Généralités

1. Épidémiologie

a. Consommation de médicaments en France

Même si la tendance s'infléchit depuis 2012, la France reste depuis plusieurs années le premier consommateur européen de médicaments sur l'ensemble des classes thérapeutiques. En effet, la consommation française en unités standardisées par habitant est 40 % supérieure à la moyenne observée dans sept pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse) [2]. En 2013, en moyenne, chaque habitant a consommé 48 boîtes de médicaments [1].

Les trente substances actives les plus vendues en ville (en quantité) sont représentées dans le tableau 1. La première place est tenue par le paracétamol. On note en troisième place la codéine en association, suivie du tramadol en association. Le zolpidem est le premier hypnotique du classement en quatorzième place, l'alprazolam est le premier anxiolytique en dix-huitième place, la zopiclone est vingtième, suivie de la méthadone, et la paroxétine est le premier antidépresseur vendu en 2013 en vingt-neuvième place.

Mais toutes ces données ne reflètent que la consommation globale au niveau de la population générale et ne permettent pas d'identifier la part de surconsommation ou d'abus médicamenteux.

b. Le cas particulier des psychotropes

La publication de 2012 de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) sur les psychotropes et les pharmacodépendances [3] regroupe les dernières statistiques mondiales, européennes et françaises sur le sujet et toutes semblent confirmer l'importance de la consommation médicamenteuse, et plus particulièrement de psychotropes, en France. En effet, notre pays tient la deuxième place européenne en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes.

Les derniers rapports annuels de l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants, appartenant à l'Organisation des Nations Unies) [4] montrent que la France est le quatrième pays avec la consommation la plus élevée de benzodiazépines anxiolytiques en Europe, et le deuxième pour les hypnotiques en général (la Belgique tenant la tête du classement dans ces deux catégories) : cf. figure 1. Concernant les opiacés et les stupéfiants, la France se positionne en quatorzième position au niveau européen (l'Allemagne étant en tête) : cf. figure 2.

Les données des études épidémiologiques complètent les données de l'OICS, issues d'informations transmises par les gouvernements et déterminées à partir des données économiques liées aux ventes des médicaments.

L'étude européenne ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), réalisée entre 2001 et 2003 a mesuré la prévalence de l'usage de médicaments psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, autres anxiolytiques, thymorégulateurs et neuroleptiques) au cours des 12 derniers mois. Par rapport aux 5 autres pays européens étudiés (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie et Pays-Bas), la prévalence d'usage sur 12 mois et sur le mois précédent est la plus élevée en France pour toutes les classes de médicaments psychotropes. [13-14]

En 2010, l'enquête Baromètre santé conduite par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a analysé la consommation de substances psychoactives licites et illicites (dont les médicaments psychotropes) par tranche d'âge et classe thérapeutique [15].

Le nombre de français consommant des substances psychoactives en 2010 est important, les médicaments psychotropes tenant la troisième place du classement (seize millions de personnes soit environ 30% de la population de 11 à 75 ans) après l'alcool et le tabac, avec un phénomène de polyconsommation mis en évidence. Les benzodiazépines et les antidépresseurs sont les psychotropes les plus consommés en France, et quelque soit la classe médicamenteuse considérée ce sont les femmes qui en consomment le plus et de façon large. L'usage augmente progressivement avec l'âge puis diminue au delà de la tranche d'âge 55-64 ans. Au niveau de la catégorie socio-professionnelle, l'étude ne met pas en évidence de différence significative entre les individus (sauf pour les cadres et les professions intellectuelles supérieures qui seraient moins consommateurs que les autres); par contre l'isolement et le fait de vivre seul seraient des facteurs favorisant.

S'intéressant au cas particulier des benzodiazépines, le rapport de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) de 2013 sur l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, confirme l'importante consommation de cette classe de psychotrope par les français [16]. Elles représentent en 2012 près de 4 % de la consommation totale de médicaments, l'alprazolam étant la molécule la plus consommée suivie par le zolpidem et le bromazépam. Elles sont consommées en moyenne 4 à 5 mois par an, ce qui est largement au dessus des recommandations de l'AMM, une proportion importante de patients les utilisant en continu sur plusieurs années.

Toutes ces études concordent et tendent à montrer que notre pays, comparé aux autres pays européens du moins, est l'un des plus gros consommateurs de médicaments psychotropes.

Cependant, aucune de ces études ne rend réellement compte des phénomènes d'abus, de mésusage ou de dépendance. Il est particulièrement difficile d'évaluer ces phénomènes et de trouver des informations sur le sujet, les sources de données étant variées et assez disparates : données de vente par les laboratoires pharmaceutiques, données à partir des délivrances par les pharmacies ou données statistiques issues des paiements par les systèmes nationaux d'assurance maladie, le tout sous-estimant certainement la consommation réelle car ignorant les chiffres issus des marchés illégaux.

2. Mésusages, abus et patients hyper-consommateurs

a. Définitions

- Mésusage et abus :

La définition du mésusage et de l'abus médicamenteux n'est pas consensuelle, et varie selon les auteurs et les études, ce qui pose problème pour étudier les phénomènes en rapport.

D'après l'ANSM et le Centre National de Pharmacovigilance :

- Un mésusage est une utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques.
- Un abus correspond à un usage excessif intentionnel, persistant ou sporadique, de médicaments ou de produits, accompagné de réactions physiques ou psychologiques nocives.

Phillips J. [5] propose lui en 2013 une classification différente, selon deux situations :

- Le mésusage est défini comme la consommation d'un médicament à des doses ou d'une façon non recommandées par le prescripteur,
- l'abus est défini comme une consommation détournée d'un médicament dans un but récréatif, à la recherche de sensations agréables.

On voit déjà bien là à quel point les limites entre ces deux situations sont floues, elles se recoupent et se complètent, recouvrant des phénomènes allant d'une simple consommation hors AMM de par la durée de traitement, à une consommation extrême de par la quantité dans un but non détourné, en passant par une consommation à des posologies normales mais dans un but détourné ou une réelle consommation extrême de médicaments dans un but psychotrope.

- Patients hyper-consommateurs :

Nous nous sommes intéressés dans le cadre de cette thèse à une catégorie bien particulière de patients, concernés à la fois par des phénomènes de mésusage et d'abus médicamenteux : les patients hyper-consommateurs de médicaments dans un but psychotrope. Cette hyper-consommation a été définie comme la prise régulière de médicaments, pouvant être obtenus avec ou sans ordonnance, par voie légale ou illégale, dans des quantités importantes, largement hors AMM, et ce dans le but d'obtenir des effets psychoactifs.

Le mésusage et l'abus concernent alors dans ces cas les doses absorbées, la fréquence des prises, le mode d'administration pouvant être détourné mais également la finalité de la prise du médicament : récréative ou dans le cadre d'une toxicomanie. Souvent, le mésusage se retrouve également dans la façon d'obtenir les médicaments, lorsque ceux-ci sont délivrés uniquement sur ordonnance : nomadisme médical, marché noir,

pharmacies sur internet ou encore falsifications d'ordonnances.

b. Évaluation du mésusage et de l'abus des médicaments psychotropes en France

La France possède un système national d'évaluation de la pharmacodépendance à travers les CEIP-A (Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Addictovigilance), créés en 1990 et coordonnés par l'ANSM. Ces centres recueillent par région les cas de pharmacodépendance et d'abus signalés par les professionnels de santé (notifications spontanées dans le cadre des NOT'S) et coordonnent diverses enquêtes nationales sur le sujet.

L'enquête OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible), organisée tous les ans par le réseau des CEIP-A, a pour but d'identifier les médicaments détournés à partir d'ordonnances falsifiées, signalées par des pharmaciens d'officines sentinelles. Le rapport entre le nombre de citations de chaque médicament et le nombre de ventes correspondantes sur la même période (fournies par l'ANSM), donne une indication du taux de détournement de chaque médicament, susceptible de refléter le risque d'abus lié à celui-ci. En 2014, le zolpidem est, comme depuis plusieurs années, le médicament le plus largement cité (37,4% des citations). Il est suivi du bromazépam, de la zopiclone, de l'alprazolam et de la morphine. En ce qui concerne les taux de détournement, le clonazépam est, de façon stable, la substance la plus détournée, suivi de la morphine puis de la buprénorphine. [17]

L'étude OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) réalisée annuellement également, est aussi intéressante. Il s'agit d'un programme garantissant l'anonymat, qui recueille des informations concernant l'usage de substances psychoactives auprès de sujets hospitalisés dans des structures de soins ou en ambulatoire. On y trouve divers

indicateurs de détournement des médicaments : dose supérieure à deux fois celle recommandée par l'AMM, souffrance à l'arrêt du médicament, obtention illégale, abus/dépendance, consommation d'alcool concomitante. En 2014, 65% des substances psychoactives consommées par les sujets inclus dans ce programme sont des médicaments. Parmi les produits injectés, la proportion des médicaments est supérieure à celle des substances illicites (51,5%), avec une diminution de la buprénorphine et une augmentation d'autres médicaments comme la morphine, le méthylphénidate ou le zolpidem. Les benzodiazépines les plus consommées sont l'oxazépam, le diazépam et la zopiclone, et la plus détournée est, comme dans l'enquête OSIAP, le clonazépam. La consommation d'antalgiques opiacés est également en augmentation. [18]

L'étude OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) est complémentaire, et particulièrement intéressante pour nous, car elle concerne uniquement les cas en médecine ambulatoire. Les données sont recueillies auprès de médecins généralistes, avec pour objectif principal d'obtenir des informations socio-démographiques, sur les consommations de substances psychoactives licites ou illicites et l'état de santé des patients suivis en ville. En 2012, concernant les psychotropes non opiacés, les patients consomment surtout des benzodiazépines et apparentés (26,0%). Le bromazépam et le zolpidem sont en tête, le flunitrazépam (13ème benzodiazépine la plus consommée) est par contre toujours au 1er rang pour le risque de détournement. En 2012, 9% des médicaments avec une posologie renseignée sont consommés à une dose supérieure à celle recommandée par l'AMM. En ce qui concerne les détournements de mode d'administration, on peut noter que 4,6% des sujets sont injecteurs, avec comme médicaments utilisés le méthylphénidate en tête, suivi de la morphine, la buprénorphine et le diazépam. La voie nasale est signalée par 9,4% des sujets en utilisant surtout la morphine puis par ordre décroissant la buprénorphine, le

diazépam et la méthadone. La voie inhalée est signalée dans 3% des cas, les médicaments fumés étant le lorazépam, puis la buprénorphine. [19]

Depuis maintenant plusieurs années, ces enquêtes mettent en évidence, en France, des phénomènes de mésusage et d'abus médicamenteux, par des patients qui recherchent à travers une hyper consommation ou un détournement du produit un effet psychotrope. Ce problème semble relativement fréquent dans notre pays, malgré le peu de communication et d'informations disponibles sur le sujet.

c. Causes et motivations de l'hyper-consommation

- Causes neurobiologiques et génétiques

L'étude de l'INSERM concernant les médicaments psychotropes publiée en 2012 [3] s'intéresse aux causes neurobiologiques de la dépendance à ces produits, entraînant leur hyper-consommation. Les mécanismes des addictions au niveau du système méso-cortico-limbique sont bien connus et cette publication fait le lien entre ceux-ci et les médicaments psychotropes hyper-consommés.

Certains médicaments psychostimulants comme le méthylphénydate partagent ainsi les récepteurs de la cocaïne, en bloquant les systèmes de recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Associé aux IRS (Inhibiteurs de Recapture de la Sérotonine) qui bloquent les systèmes de recapture de la sérotonine, il produit un effet similaire à celui de la cocaïne (qui pour sa part bloque l'ensemble de ces trois systèmes). Les médicaments antalgiques opioïdes quant à eux, ont un effet addictif avec un effet de tolérance nécessitant une augmentation progressive des doses, par leur action bloquant les récepteurs mu. Les benzodiazépines et les hypnotiques, en modulant la réponse GABAergique, entraînent indirectement une libération de dopamine dans le noyau

accubens. Ce mécanisme est tout à fait comparable à celui observé avec les opioïdes et les cannabinoïdes.

Cette publication met en évidence le potentiel addictif des différents médicaments psychotropes par leur action sur le système neurobiologique impliqué dans les dépendances, ainsi que les effets des associations de divers médicaments entre eux, entraînant parfois une potentialisation de leurs effets.

Sont également décrits des facteurs génétiques (avec une prédisposition familiale retrouvée dans certaines études) et épigénétiques (notamment des modifications de l'expression de gènes chez les bébés souris séparés précocement de leur mère entraînant une plus grande sensibilité aux addictions) pouvant favoriser le développement d'une dépendance à différents produits chez certains individus. Ces études n'en sont qu'à leurs balbutiements mais semblent une piste prometteuse pour mieux comprendre les mécanismes des addictions, notamment médicamenteuses.

- Origines de la consommation et motivations des patients

Malgré l'importance des études américaines sur le sujet et l'augmentation du nombre de celles-ci en Europe et en France en particulier, il est extrêmement difficile de trouver des informations sur les motivations des patients et l'origine de leur consommation.

Concernant les origines/le début de l'hyper-consommation de médicaments dans un but psychotrope chez les patients, aucune étude n'a été retrouvée concernant le sujet.

Concernant les motivations des patients, quelques rares études en font une description assez succincte, permettant de retrouver parmi les principales raisons évoquées, la recherche d'un effet psychostimulant notamment pour certains

antidépresseurs comme la tianéptine [22], pour le méthylphénydate qui permet par l'augmentation de l'attention une amélioration des performances professionnelles ou scolaires [25] ou pour les benzodiazépines [26,28,40]. Le but récréatif est également évoqué par l'intermédiaire de l'effet hallucinatoire et de l'euphorie induite pour le trihexyphenydil par exemple [24], et par l'intermédiaire de l'augmentation de la vigilance pour le méthylphénydate par exemple [25]. A l'opposé, les antalgiques opioïdes semblent plutôt utilisés dans un but calmant et anxiolytique [32].

Toutes ces données expliquent en partie les causes de l'hyper-consommation médicamenteuse et semblent montrer des susceptibilités différentes selon les individus par rapport à l'apparition d'une addiction aux différents produits impliqués. Cependant, malgré la description de plus en plus précise du phénomène, notamment du point de vue épidémiologique, les origines de la consommation et les motivations personnelles des patients hyper-consommateurs restent pour l'instant encore peu étudiées.

III. Prise en charge du problème par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie

La consommation extrême de médicaments dans un but psychotrope est bien connue des médecins du Service Médical de l'Assurance Maladie. En effet, ce mode de consommation implique en général une situation d'illégalité et de fraude par rapport aux établissements d'assurance maladie. Leurs services sont donc fréquemment confrontés au problème et, par l'intermédiaire des médecins du Service Médical, pratiquent régulièrement des contrôles afin d'identifier les assurés concernés. Dans le but de mieux connaître les moyens employés et les actions mises en œuvre par la CPAM face à ces situations, un entretien a été réalisé en Février 2016 avec un médecin du Service Médical du Bas-Rhin.

1. Les données du Service Médical du Bas Rhin

Des requêtes informatiques sont réalisées par le logiciel de contrôle du Service Médical pour chaque département, de façon systématique, à partir des données de remboursement des médicaments communiquées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), afin d'identifier les assurés concernés par une surconsommation médicamenteuse. Des requêtes mensuelles sont réalisées concernant la buprénorphine (Subutex) seule, et des requêtes semestrielles sont effectuées pour tous les médicaments susceptibles d'être détournés (médicaments de substitution aux opiacés, codéinés,

morphiniques, ritaline etc...). En cas de signalement de situations à problème par des tiers (médecins ou pharmaciens notamment), des requêtes supplémentaires sont lancées au cas par cas, pour un ou plusieurs patient(s) identifié(s).

Concernant les patients sous traitements de substitution aux opiacés, l'Alsace-Lorraine est au dessus de la moyenne nationale concernant les remboursements de ces médicaments, en grande partie en raison du caractère frontalier de la région. En prenant l'exemple du Subutex pour le premier semestre 2016 : 2931 patients étaient pris en charge pour leur traitement à la CPAM du Bas-Rhin, 2265 avaient une posologie journalière inférieure ou égale à 16 mg/j (dose maximale définie par l'AMM), 666 patients (22,7 %) étaient au-dessus de la dose maximale recommandée par l'AMM. Ces chiffres sont globalement comparables à ceux retrouvés pour le dernier semestre 2015. La dose maximale identifiée était de 300 mg/j lors du dernier semestre 2015 (5 patients concernés pour 2953 patients remboursés pour leur traitement par Subutex, soit un peu moins de 0,2 %). Les phénomènes de surconsommation sont plus difficiles à évaluer pour les patients sous Méthadone, notamment en raison d'une absence de limite supérieure définie par l'AMM. Dans ces cas, une dose maximale a été définie au-dessus de laquelle le logiciel sélectionne les patients, et c'est un critère mixte tenant compte à la fois du niveau de consommation et du nomadisme médical qui est utilisé.

Chaque semestre, à la CPAM du Bas-Rhin, environ 30 à 35 suspensions de remboursement sont appliquées, ce qui correspond à très peu de patients (en 2014 par exemple, le nombre total d'assurés à la CPAM du Bas Rhin était de 1.056.000 (Rapport d'activité 2014 de la CPAM du Bas-Rhin publié en Mai 2015)), le nombre d'assurés étant actuellement toujours de plus d'un million. Ces suspensions ne sont réalisées qu'en cas de non respect du protocole de soins proposé ou déjà mis en place.

Pour l'instant, aucune donnée statistique précise calculée par le Service Médical ou la CPAM n'est accessible concernant les hyper-consommateurs de médicaments dans un but psychotrope.

2. Comment se font les contrôles ?

Les requêtes informatiques sont lancées de façon systématique pour chaque catégorie de médicament remboursé par la CPAM, notamment pour les psychotropes susceptibles d'être détournés et les traitements de substitution aux opiacés. Elles sont mensuelles pour la buprénorphine (Subutex), et semestrielles pour les autres traitements susceptibles d'être détournés, dont la Méthadone.

- A partir des données issues des remboursements effectués par la CPAM, le logiciel calcule les posologies journalières moyennes à partir du nombre de boîtes délivrées et de la durée de traitement prescrit. A partir de ces chiffres, les patients dépassant une certaine dose maximale journalière (fixée en fonction de la posologie maximale autorisée par l'AMM) sont identifiés en fonction de leur niveau de consommation.
- Un autre critère utilisé pour repérer les patients posant problème dans les données informatiques est l'identification de l'utilisation d'associations de médicaments contre-indiquées (association Subutex et Méthadone par exemple).
- Le nomadisme médical est aussi pris en compte pour identifier les patients fraudeurs, par le calcul du nombre de médecins prescripteurs et de pharmacies délivrant les traitements.

D'autre part, des signalements de cas sont effectués par les médecins ou les pharmaciens de ville concernant un ou des patients en particulier, entraînant alors des requêtes informatiques ciblées.

Les patients identifiés sont alors informés de leur situation par courrier. Ils sont invités à désigner un médecin traitant référent, et à mettre en place avec lui un protocole de soins adapté pour encadrer leur consommation. Après un délai de trois semaines environ, si cet objectif n'est pas atteint, le remboursement du médicament impliqué est suspendu.

3. Définition de la surconsommation médicamenteuse utilisée par le Service Médical

La surconsommation médicamenteuse est définie par une dose journalière consommée supérieure à la dose maximale journalière indiquée par l'AMM. Cette dose maximale indiquée par l'AMM a une valeur réglementaire et est opposable, c'est à dire qu'elle « ne peut être méconnue par les tiers, lesquels doivent en subir les effets et la respecter » (glossaire www.service-public.fr).

4. Mesures entreprises par le Service Médical de la CPAM

Tous les patients identifiés par le logiciel du Service Médical sont informés par courrier recommandé du problème identifié (quantité consommée, association déconseillée, nomadisme...), et de la nécessité de déclarer un médecin traitant référent et de mettre en place un protocole de soins adapté afin d'encadrer leur

consommation.

Dans un premier temps, le but est toujours de formaliser un traitement bien conduit, par l'établissement d'un protocole de soins en accord et en coopération avec le médecin traitant. Il s'agit alors d'une ALD (Affection de longue durée) non exonérante pour soins de longue durée (supérieurs à 6 mois), définie par l'article L. 324-1 du Code de la Sécurité Sociale et renouvelable tous les 3 ans maximum. Cet accord de soins tripartite entre la CPAM, le médecin référent et le patient permet alors d'encadrer les posologies journalières. Si cela n'est pas fait dans un délai de trois semaines environ, le remboursement des médicaments impliqués est suspendu (les autres médicaments prescrits ne sont évidemment pas concernés par cette mesure).

Si les patients identifiés bénéficient déjà d'un protocole de soins de ce type, il n'est donc pas respecté et leur récurrence équivaut à une rupture de contrat. La conséquence est alors un déremboursement immédiat.

Les patients ne sont pas systématiquement convoqués par le Service Médical, mais sont reçus par les médecins conseils s'ils en font la demande, ce qui arrive le plus souvent suite à la réception du courrier les avisant de la suspension des remboursements. Il est cependant exceptionnel qu'une levée de suspension soit réalisée après un entretien. Dans de rares cas, si le dossier nécessite une enquête plus poussée ou l'éclaircissement de certains points avec le patient, certains assurés peuvent être convoqués en entretien avant suspension. Malheureusement, moins de 10% des patients se présentent aux convocations.

En cas de suspension des remboursements, les patients sont informés de la décision du Service Médical par un nouveau courrier. Une lettre d'information est également adressée par le médecin conseil au(x) médecin(s) prescripteurs et par la CPAM au(x) pharmacien(s) ayant délivré les médicaments.

La durée de suspension du remboursement du médicament impliqué, correspond à l'avance théorique par rapport à la posologie journalière maximale autorisée par l'AMM (par exemple la dose journalière maximale remboursée sera de 16 mg/j pour le Subutex).

Une fois la suspension écoulée, les patients sont à nouveau remboursés normalement mais sont toujours sujets aux requêtes systématiques du Service Médical. La très grande majorité des patients hyper-consommateurs identifiés récidivent.

En cas de suspicion de falsification d'ordonnance ou d'un autre délit pénalement répréhensible, le dossier est transféré au service juridique de la CPAM pour entamer une procédure judiciaire.

5. Difficultés rapportées

L'identification des patients hyper-consommateurs par le logiciel est très efficace. A partir du moment où ceux-ci utilisent leur carte vitale et bénéficient du remboursement de leur traitement par la CPAM, ils sont inclus dans les requêtes systématiques et les consommations problématiques sont repérées.

Ce repérage et l'information des patients concernés ne suffit cependant pas à induire une prise en charge et un encadrement de leur consommation, car un certain nombre d'entre eux n'entreprennent pas les démarches nécessaires après réception du courrier du Service Médical, et subissent alors un déremboursement. D'autre part, dans les rares cas de convocation par les médecins conseils, moins de 10% des patients se présentent au rendez-vous.

Les patients demandant un entretien avec un médecin conseil posent également problème, en raison d'un fréquent déni de la situation, qui rend impossible toute discussion à propos du problème identifié et donc toute action efficace sur une éventuelle dépendance ou consommation à problème. Les patients présentent le plus souvent au médecin conseil des excuses variées et peu crédibles pour justifier leur consommation excessive, et sont fréquemment en situation de désinsertion sociale, ce qui ne permet pas un suivi optimal ou une compréhension du problème par les personnes concernées.

D'autre part, les contrats de soins signés ne sont pas toujours respectés et de nombreux cas identifiés débouchent sur une suspension des remboursements. A la fin d'une période de suspension, la majorité des patients concernés récidivent jusqu'à la fois suivante, et cela de façon itérative quasi illimitée.

Le principal problème décrit est donc un manque de moyens à disposition du Service Médical et de ses médecins conseils, notamment pour l'encadrement et le suivi des patients suspendus, avec peu de moyens pour éviter les récurrences après reprise des remboursements.

Le seul mode d'action qu'ils aient à leur disposition sont les courriers d'information, les convocations et les suspensions. Cela est très loin de régler le problème au vu du fort taux d'absentéisme aux convocations, du manque de réaction aux courriers envoyés et des récurrences fréquentes à l'arrêt de la suspension des remboursements.

La prévention idéale nécessiterait un encadrement et un suivi à long terme de ces patients, en coordination avec les médecins traitants référents, reposant principalement sur des entretiens et un suivi régulier par ceux-ci.

IV. Enquête auprès de généralistes français

1. Introduction

Les témoignages de généralistes français ayant été ou non confrontés à cette problématique ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire informatique. Le but de cette enquête était d'évaluer l'ampleur de la consommation extrême de médicaments à visée psychotrope constatée en consultation de médecine générale en France, et d'identifier, au travers des différentes situations rencontrées par les praticiens, leurs réactions face à ces patients demandeurs de sur-prescription et les difficultés de prise en charge et de prescription qui en découlent.

2. Matériel et méthodes

Une méthode qualitative a été utilisée, sous forme d'un questionnaire informatique adressé via internet à 25548 médecins généralistes français, répartis sur tout le territoire et ayant des modes d'exercice variés.

La première partie de l'enquête consistait en des questions fermées, pour pouvoir évaluer d'une part les caractéristiques de la population répondant au questionnaire (mode d'exercice : installé ou remplaçant; rural, semi-rural ou urbain; région d'exercice) et d'autre part la fréquence des médecins ayant déjà été confrontés au problème au cours de leur exercice.

La deuxième partie de l'enquête consistait en des questions ouvertes : la première sur le nombre de patients concernés par le problème, la seconde sur les différents produits

utilisés et leur quantité, et la troisième sur les situations rencontrées par les praticiens avec la possibilité de relater jusqu'à trois expériences.

Ces questions libres avaient pour but d'identifier les différents traitements utilisés par les patients consommateurs abusifs, et de permettre aux praticiens de s'exprimer sur les expériences rencontrées en lien avec le sujet afin d'identifier leurs réactions et les divers problèmes qui en découlaient.

Le questionnaire utilisé est présenté en annexe 1.

3. Résultats

a. Caractéristiques de la population

Au total, sur les 25548 questionnaires envoyés nous avons reçu 872 réponses (soit 3,4 %). La population de généralistes ayant répondu au questionnaire était composée de 834 médecins installés (95,64 %) et de 38 médecins remplaçants (4,36 %). Concernant le mode d'exercice, 302 n'ont pas répondu (34,63 %), 272 exerçaient en milieu urbain (31,19 %), 187 en milieu rural (21,44 %) et 111 en milieu semi-rural (12,73 %).

Presque tout le territoire français était représenté (cf. tableau 2 en annexe) en dehors des DOM (Départements d'outre mer) de la Guadeloupe, de la Guyane et de Mayotte. Vingt-neuf praticiens n'ont pas précisé leur département d'exercice (3,33 %).

b. Fréquence du problème étudié

Au total, 697 médecins disent avoir déjà rencontré des patients

consommateurs extrêmes de médicaments dans un but psychotrope au cours de leur exercice (79,93 %), contre 175 déclarant n'en avoir jamais rencontré (20,07 %).

Parmi les médecins ayant déjà rencontré des patients concernés par le problème, 608 ont détaillé leurs réponses (87,2 %), avec au total 4198 patients concernés par une surconsommation médicamenteuse. Selon les praticiens, chaque patientèle comportait de 0 à 100 individu(s) concernés, avec en moyenne 6,9 patients par médecin.

Une étude plus détaillée des réponses permettait de mettre en évidence que la définition du problème allait d'une consommation hors AMM uniquement de par la durée de traitement (pour les benzodiazépines et les hypnotiques surtout) jusqu'à une consommation extrême de par la quantité consommée, quel qu'en soit le but.

En conséquence, en considérant strictement les patients consommateurs extrêmes de médicaments dans un but psychotrope, il ne restait que 108 médecins confrontés au problème sur les 872 répondants, soit 12,4 %.

c. Différentes situations décrites

Les réponses des médecins interrogés recouvraient une définition très large du problème, allant d'une consommation hors AMM uniquement de par la durée de traitement (pour les benzodiazépines et les hypnotiques surtout) à une consommation extrême de par la quantité consommée, quel qu'en soit le but.

Au total, chaque médecin pouvait relater jusqu'à trois expériences, et 1414 témoignages ont été recueillis. Parmi eux, on pouvait donc distinguer plusieurs situations :

- 61 étaient totalement hors sujet (commentaires personnels, absence de situations cliniques en lien avec le problème étudié).
- 466 étaient non exploitables car trop peu détaillés (absence de citation du produit

utilisé ou des quantités consommées, ne permettant pas d'évaluer le type de consommation).

- 272 étaient relatifs à une consommation hors AMM de par la durée d'utilisation (plus de 4 semaines pour les hypnotiques ou plus de 12 semaines pour les benzodiazépines), ou par les conditions d'utilisations (association non conseillée de plusieurs hypnotiques, benzodiazépines ou neuroleptiques par exemple...) mais à des posologies normales.
- 144 étaient relatifs à une consommation à des doses importantes hors AMM mais sans détournement du produit dans un but psychotrope (hypnotiques à 3 fois la dose maximale pour dormir ou antalgiques de palier II en surdosage à visée antalgique par exemple...).
- 35 étaient relatifs à un détournement du médicament dans un but psychotrope mais à des posologies normales.
- 295 étaient relatifs à une consommation extrême au niveau des doses mais sans connaissance exacte du but de la consommation.

Parmi eux étaient décrits 95 cas de signalement de patients aux médecins par la CPAM ou par des pharmaciens, sans indication du but de la consommation du produit.

- Enfin, 141 cas correspondaient clairement à une consommation extrême de médicaments dans un but psychotrope.

d. Médicaments impliqués

Les principales classes médicamenteuses décrites dans les problèmes de surconsommation médicamenteuse sont présentées ci-dessous par ordre décroissant d'importance (en fonction du nombre de citations par les médecins). Les résultats détaillés avec l'ensemble des médicaments cités sont présentés en annexe dans le tableau 3.

Classe thérapeutique	Nombre de citations
Anxiolytiques	650
Benzodiazépines et dérivés	553
Antihistaminiques	32
Carbamates	1
Somnifères	467
Hypnotiques	
Antalgiques de palier II	275
Codéine et dérivés	125
Tramadol et associations	67
Autres	43
Opioides forts/traitement de substitution aux opioïdes	67
Antidépresseurs	65
Neuroleptiques	22
Antiépileptiques	8
Amphétamines et dérivés	6

En première position se situaient les anxiolytiques notamment de la classe des benzodiazépines, avec le bromazépam (Lexomil) en tête. Les hypnotiques arrivaient en seconde position, avec le Zolpidem (Stilnox) en tête. Suivaient les antalgiques de palier II (dérivés codéinés puis tramadol dans l'ordre), les opioïdes forts et traitements de substitution de la dépendance aux opiacés (buprénorphine (Subutex) en tête), les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antiépileptiques, les amphétamines puis diverses classes médicamenteuses notamment les triptans.

Si on tenait compte uniquement des cas précis de consommation extrême à visée psychotrope, les produits consommés étaient moins nombreux et cités dans un autre ordre d'importance. Les principales classes thérapeutiques impliquées sont présentées par nombre de citations décroissant dans le tableau ci-dessous, et les résultats détaillés pour chaque médicament en annexe dans le tableau 4.

Classe thérapeutique	Nombre de citations
Antalgiques de palier II	52
Codéine et dérivés	34
Tramadol et associations	15
Autres	3
Anxiolytiques	47
Benzodiazépines et dérivés	45
Carbamates	2
Somnifères/hypnotiques	29
Opiïdes forts	14
Antidépresseurs	7
Neuroleptiques	6
Amphétamines et dérivés	4
Antiépileptiques	1

Cette fois, la première position était tenue par les antalgiques de palier II (dérivés codéinés puis tramadol). Suivaient les anxiolytiques, notamment de la classe des benzodiazépines (le bromazépam (Lexomil) arrivant toujours en tête, suivi de l'oxazépam (Seresta)). Les hypnotiques arrivaient en troisième position, avec le Zolpidem (Stilnox) en tête. Suivaient les opioïdes forts, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les amphétamines puis diverses classes médicamenteuses dont les antiparkinsoniens anticholinergiques avec le trihexyphénidyle notamment (Artane).

e. Réactions des médecins

Concernant le vécu et les réactions des médecins face à ces patients sur-consommateurs, différents types de témoignages étaient retrouvés.

Tout d'abord, de nombreuses réponses concernaient les consommations hors AMM de par leur durée (pour les somnifères et les benzodiazépines notamment) et décrivaient l'impuissance du médecin à sevrer les patients consommant ces produits au long cours malgré toute leur volonté, avec des renouvellements d'ordonnance systématique sur des années bien au-delà de la limite fixée par l'AMM. Certains praticiens décrivaient une forme de résignation face au problème, d'autres craignaient que les patients concernés ne les quittent en cas de refus ou de prescription en mention « hors AMM ».

Ensuite, concernant les prescriptions d'associations déconseillées (voire contre-indiquées) de multiples anxiolytiques, neuroleptiques et somnifères, les médecins décrivaient fréquemment l'impossibilité de contrôler les prescriptions faites par les psychiatres avec des difficultés de communication entre confrères, et des patients considérant avant tout la parole du spécialiste. Dans ces cas était souvent décrite une escalade des doses et du nombre de traitements sur la durée, malgré des efforts de diminution par le médecin traitant.

De nombreux témoignages soulevaient également le problème de l'automédication par des produits accessibles sans ordonnance, que ce soit dans des cas d'utilisation à des doses largement hors AMM mais sans détournement du produit (antalgiques dans un contexte de douleurs par exemple) ou à des doses normales à excessives mais dans un but détourné (détournement à visée psychotrope de sirops codéinés par exemple). Cette consommation excessive, dans un but thérapeutique ou détourné, se retrouvait aussi dans certains témoignages avec des médicaments sur

ordonnance, les patients ne respectant pas les posologies prescrites en augmentant les doses d'eux-mêmes et les médecins se retrouvant devant le fait accompli.

Une autre situation était souvent décrite par les médecins interrogés et concernait les signalements de consommation extrême ou de nomadisme médical par la CPAM ou les pharmaciens du secteur. Dans ces situations, les réactions des médecins étaient souvent fermes et définitives avec refus de continuer à soigner le patient, sauf si celui-ci acceptait un suivi exclusivement par le médecin traitant dans le cadre d'un protocole de soins. Les médecins décrivaient également fréquemment une rupture de confiance avec le patient, rendant toute relation de soins impossible par la suite.

Les médecins concernés par les cas avérés de consommation extrême dans un but psychotrope avaient diverses réactions. Certains affirmaient leur volonté de soigner le patient en mettant en place une relation de confiance et en passant par un encadrement légal de la consommation avec mise en place de protocoles en concertation avec les médecins conseil de la CPAM ; d'autres décrivaient leur sentiment de ne pas être compétents dans le domaine et préféraient adresser le patient à un spécialiste ou à un centre d'addictologie en coopération. D'autres encore admettaient simplement refuser de soigner les patients concernés, avec la sensation d'être dépassés et parfois trompés, notamment lorsque le patient avait mis à mal une relation de confiance établie. Dans tous les cas, de nombreux témoignages évoquaient une mise en difficulté du praticien face à ce type de patient.

4. Discussion

Le but de cette enquête était d'évaluer, par un questionnaire adressé à des médecins généralistes français, l'ampleur d'un phénomène bien particulier : la consommation extrême de médicaments à visée psychotrope. Nous souhaitons également identifier les réactions des praticiens face à ces situations et les difficultés de prise en charge et de prescription qui pouvaient en découler.

Les témoignages recueillis reflétaient un phénomène relativement fréquent (12,4 % des participants à l'étude ayant rencontré cette situation particulière), parmi une population de médecins ayant des modes d'exercice variés et répartis sur quasiment tout le territoire français (excepté certains DOM). Un biais de participation pouvait cependant être supposé, les médecins ayant pris le temps de répondre à l'enquête étant certainement plus sensibilisés au sujet que ceux n'ayant pas participé, et au vu du taux relativement faible de réponse au questionnaire.

Cependant, ces phénomènes, bien qu'encore peu décrits en France, ont été étudiés de façon régulière aux États-Unis [5-11] et dans d'autres pays européens [12]. Selon les pays, ils y ont été décrits comme un phénomène fréquent, voire comme de réelles épidémies. On peut alors supposer que les patients français soient effectivement touchés de la même façon par le problème que dans d'autres pays de même catégorie socio-économique et où les mêmes traitements sont commercialisés.

Les médicaments cités dans les phénomènes de surconsommation médicamenteuse, et plus particulièrement dans les consommations extrêmes à visée psychotrope, appartenaient à des classes médicamenteuses variées. Certains cependant

revenaient plus fréquemment que d'autres, notamment les antalgiques de niveau II, les anxiolytiques surtout représentés par les benzodiazépines, les hypnotiques, les opioïdes forts, les antiépileptiques et les neuroleptiques. Ces mêmes classes thérapeutiques étaient retrouvées au niveau des études françaises et étrangères réalisées sur le sujet [20-32], dans des proportions parfois différentes selon les pays.

Dans le cas des benzodiazépines, on retrouve dans notre enquête les cinq mêmes molécules principalement impliquées dans ces phénomènes que dans l'enquête OPEMA réalisée en 2012 [19] à savoir le bromazépam, le zolpidem, l'oxazépam, l'alprazolam, et le diazépam.

Le point commun entre tous ces traitements est leur fort potentiel addictogène, et les effets psychotropes qui peuvent leur être attribués. On constate d'ailleurs dans les études une corrélation entre le potentiel addictogène des différentes molécules, y compris au sein d'une même classe, et la proportion de détournement et d'abus par les patients [26, 29, 30, 36, 39].

Divers obstacles ont pu être identifiés lors de l'analyse des réponses à l'enquête. Le principal consistait en un problème de définition du phénomène étudié, les médecins décrivant des situations très variées : simple consommation hors AMM de par la durée de traitement, consommation extrême de par la quantité mais pas dans un but psychotrope, consommation à des posologies normales mais dans un but détourné, réelle consommation extrême de médicaments à visée psychotrope...

De plus, certains témoignages décrivaient une consommation extrême mais sans connaître le but de celle-ci, ou étaient trop imprécis sur les produits utilisés et leur quantité pour permettre de trancher entre une consommation normale ou extrême et le but de la consommation.

Le même problème de définition se pose dans différentes études traitant du sujet, en raison d'une absence de consensus sur la terminologie [33]. Phillips [5] propose ainsi une classification selon deux situations : le mésusage (consommation d'un médicament dans des doses ou d'une façon non recommandée par le prescripteur) et l'abus (consommation détournée d'un médicament dans un but récréatif, à la recherche de sensations agréables).

Cette classification simple ne pouvait cependant pas s'appliquer à l'analyse des résultats recueillis dans notre étude, les réponses étant beaucoup trop variées et diverses du point de vue du phénomène décrit.

Du fait de l'évidente subjectivité des réponses, et de l'absence de définition précise du problème étudié, on ne pouvait donc exclure des biais d'observation.

La classification des résultats en différentes catégories, les plus précises possible, a donc été compliquée. Afin de réduire au maximum les biais d'interprétation, les réponses trop floues ne permettant pas de trancher clairement entre les différentes catégories de phénomènes décrits ont été classées comme « non interprétables ».

Ces différents éléments mettaient en évidence des faiblesses au niveau de notre questionnaire avec un manque de précision dans la définition du sujet étudié, laissant place à une interprétation large de la problématique et par conséquent à des réponses variées et parfois imprécises. Si l'on devait refaire une étude sur ce sujet, une redéfinition plus précise du phénomène étudié serait à entreprendre.

Cependant, malgré ces inconvénients, le choix d'utiliser des questions ouvertes avait été fait dans le but de permettre l'expression la plus libre possible des médecins interrogés, et d'éviter un trop grand nombre de questions qui aurait pu décourager certains participants.

Ce but a bien été atteint et nous avons tout de même pu extraire les informations utiles des réponses obtenues.

D'autre part se posaient des questions quant à la définition des posologies «normales» par l'AMM. En effet, la limite entre consommations normale et pathologique selon l'AMM est parfois ténue, et certains patients sont considérés comme surconsommateurs sans qu'il y ait pour autant de détournement du médicament. D'autre part, certains patients développent une addiction et détournent des produits dans un but psychotrope en les utilisant dans des doses comprises dans les limites de l'AMM.

Le cas particulier des benzodiazépines et des hypnotiques, limités respectivement à 12 et 4 semaines d'utilisation par l'AMM, est intéressant. Le rapport de décembre 2013 de l'ANSM sur l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [16] montre un temps d'utilisation annuel des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques proche de 5 et 3,9 mois respectivement, avec environ 16 % des consommateurs d'anxiolytiques et 17 % des consommateurs d'hypnotiques consommant leur traitement sans interruption. La proportion d'utilisateurs de doses supérieures à celles recommandées dans l'AMM est de 35 % pour les benzodiazépines hypnotiques et 5 % pour les benzodiazépines anxiolytiques.

Ces médicaments sont donc souvent prescrits au long cours et dans des doses supérieures à celles recommandées par l'AMM, générant des problèmes éthiques et juridiques pour les prescripteurs.

La question de l'encadrement des limites de prescription par l'AMM, référence juridique et base de définition des fraudes et abus pour la sécurité sociale, peut donc se poser.

Une étude plus précise des réponses des omnipraticiens concernés par le sujet a montré que beaucoup d'entre eux éprouvaient des difficultés face à ces patients, et étaient en conséquence soumis à divers questionnements éthiques et juridiques.

Le sentiment d'avoir été trompé, pouvant aller jusqu'à une rupture forte de la relation de confiance médecin-patient était décrit, notamment lors de la découverte de la situation à travers des signalements de consommation abusive par la CPAM ou de condamnations de patients.

Les principaux questionnements soulevés par ces témoignages concernaient les cas de détournement des prescriptions dans un but de toxicomanie avec parfois la suspicion de revente. D'un point de vue éthique, le principal questionnement concernait l'atteinte au principe de «*primum non nocere*¹» par l'induction de risques pour les patients surconsommateurs, la pathologie étant induite par le soin via un médicament. D'un point de vue juridique, si les médecins décidaient de suivre et traiter le patient, ils s'exposaient à des sanctions par des prescriptions hors AMM, et à une éventuelle participation à un trafic illégal en cas de revente. S'ils ne le suivaient pas, ils mettaient indirectement le patient hors la loi de par les moyens d'obtention illégale du produit (marché noir, nomadisme médical) qu'il pourrait utiliser.

Ressortait également souvent une sensation d'incompétence ou de lassitude par rapport aux soins, au suivi et aux fréquentes ruptures du lien de confiance, les patients récidivant fréquemment avant d'arriver à stabiliser leur consommation.

Toutes ces difficultés sont retrouvées dans les études étrangères réalisées sur le sujet [34-41].

Un autre élément constaté était que de nombreux médecins généralistes émettaient des commentaires personnels sans rapport avec le sujet lorsqu'on leur donnait la possibilité de s'exprimer dans le cadre de questions ouvertes, se servant de l'étude pour donner des conseils ou avis sur l'exercice de la médecine générale libérale, ou exprimer leurs opinions sur divers sujets comme la politique de santé française ou le

1 « D'abord, ne pas nuire »

fonctionnement de l'assurance maladie. Sans être exploitable dans notre étude, cette pratique est cependant intéressante car elle laisse transparaître une certaine inclination des généralistes interrogés à parler et donner leur avis, ainsi que, dans certains commentaires, un réel mal-être concernant l'exercice libéral et le système de santé actuels en France.

En conclusion et malgré de nombreux biais, cette étude laisse transparaître l'importance du phénomène de consommation extrême de médicaments dans un but psychotrope parmi la patientèle de médecins généralistes français de tout mode d'exercice et répartis sur tout le territoire. Elle permet d'identifier les principales classes médicamenteuses impliquées, à savoir principalement les hypnotiques, les benzodiazépines et les antalgiques de classe II et III, à fort potentiel addictogène. Les difficultés des médecins prescripteurs face à ces patients sont nombreuses, et soulèvent plusieurs questions éthiques et juridiques.

Le phénomène d'hyper-consommation médicamenteuse à but psychotrope est relativement fréquent, et a donc certainement des motivations et raisons communes aux patients concernés, que ce questionnaire ne permet pas d'identifier. Des entretiens ont donc été réalisées avec des patients consommateurs extrêmes de médicaments à visée psychotrope, afin d'identifier les raisons de leur consommation extrême et les mécanismes y ayant mené.

V. Interviews de patients hyper-consommateurs

1. Introduction

Il ressort, à travers les différentes études épidémiologiques, le discours des médecins conseils de la sécurité sociale et des différents généralistes ayant participé à l'étude informatique, l'impression d'une fréquence relativement importante du problème parmi les patients suivis en médecine générale. Cependant, les causes et les motivations des patients par rapport à ce phénomène restent assez peu évoquées. Afin de mieux comprendre cette hyper-consommation médicamenteuse, nous avons donc également voulu connaître le vécu et les motivations des patients eux-mêmes. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens libres auprès de patients volontaires, recrutés au sein des cabinets des médecins généralistes ayant participé à l'étude précédemment décrite.

2. Matériel et méthodes

Nous avons là encore employé une approche qualitative. Sept patients ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin généraliste traitant, médecin ayant participé à l'enquête informatique sus-citée. Des entretiens libres durant lesquels les patients devaient décrire l'histoire de leur consommation et leur ressenti ont été réalisés, par téléphone ou en face à face, après obtention de leur accord explicite et sous condition d'anonymat. Les entretiens anonymisés peuvent être retrouvés dans leur intégralité en annexe.

3. Résultats

a. Caractéristiques des participants

Sept patients ont été volontaires pour participer aux entretiens, issus de 4 cabinets de médecine générale différents, et parmi eux se trouvait un médecin généraliste, non suivi en tant que patient au sein d'un cabinet médical.

On dénombrait trois hommes et quatre femmes, de 29 à 53 ans, issus de catégories sociales et professionnelles variées.

Cinq d'entre eux étaient sans emploi au moment de l'entretien, deux travaillaient; six étaient célibataires et vivaient seuls, un seul patient vivait en couple et quatre patients parmi les sept avaient un ou plusieurs enfants.

Trois sur sept étaient issus de milieu médical ou paramédical, un quatrième était issu d'une famille travaillant dans le milieu paramédical.

b. Histoire personnelle et terrain familial

Parmi les sept patients recrutés, des caractéristiques communes sont retrouvées au niveau de leur histoire personnelle et familiale.

Des antécédents d'abus sexuels et de violences physiques sont relatés par trois d'entre eux. De façon plus précise, ils décrivent respectivement de la maltraitance physique et psychologique par la mère dans l'enfance, des abus sexuels incestueux par deux membres de la famille à l'adolescence et des violences conjugales en tant que jeune adulte.

De même, chez cinq de ces patients ressort un antécédent d'abandon par un proche ou d'une absence relative d'entourage parental : abandon brutal par le conjoint avec pour conséquence la charge totale des enfants, père ou parents peu présent(s) chez deux

d'entre eux, et abandon maternel à l'âge de deux ans et demi chez un autre patient.

Au niveau des antécédents psychiatriques, on note une anorexie chez trois patients sur sept.

D'autre part, deux d'entre eux présentent des antécédents familiaux de dépendance à l'alcool.

c. Produits consommés et doses

Les sept patients interviewés ont tous, ou ont tous eu à un moment donné, une polyconsommation : consommation extrême de plusieurs médicaments à la fois, certains sur un terrain d'addiction à d'autres produits type alcool, tabac, etc...

Au niveau médicamenteux, les produits respectivement utilisés par chacun d'entre eux dans le contexte d'hyper-consommation avec leurs doses maximales sont :

- Alprazolam : 15 comprimés de 0,5 mg / jour et Zopiclone 6 comprimés / jour
- Subutex : 56 mg / jour (deux boîtes de 8 mg / jour) y compris par voie nasale en sniff, puis relais par Méthadone 400 mg / jour + Zopiclone 14 comprimés / jour
- Stilnox : deux boîtes soit 28 comprimés / jour avec Méthadone 200 mg / jour et 10 ampoules d'Acupan / jour
- Valium : 10 comprimés de 10 mg / jour
- Zopiclone : 5 comprimés / jour
- Stilnox : 3 boîtes soit 42 comprimés / jour et Codoliprane : 3 boîtes / jour
- Stilnox : 1 boîte soit 14 comprimés / jour et Diantalvic : 10 comprimés / jour

On trouve donc deux patients hyper-consommateurs de benzodiazépines anxiolytiques

(Alprazolam et Valium), six de somnifères (Zopiclone/Imovane et Zolpidem/Stilnox), trois d'antalgiques (Acupan, Codéine en association, Diantalvic), deux de médicaments de substitution aux opiacés (un de Subutex relayé par de la Méthadone, un de Méthadone seule). A noter que trois autres patients sont traités par Méthadone et un autre par Subutex à doses normales, sans qu'il n'y ait jamais eu d'hyper-consommation ou de perte de contrôle de celle-ci.

Au niveau de la polyconsommation avec d'autres produits non médicamenteux, on note cinq patients qui présentent une dépendance à l'alcool, dont trois sont actuellement sevrés. Cinq d'entre eux fument du tabac, et un du cannabis de façon régulière.

Dans leur histoire personnelle on retrouve une consommation d'héroïne, de cocaïne et d'autres drogues type LSD, ecstasy, etc...chez trois d'entre eux, un seul est encore consommateur de cocaïne, par voie intraveineuse notamment.

Un seul des patients participants n'a jamais eu d'autre addiction que médicamenteuse.

d. Circonstances de début de la consommation

Cinq patients ont débuté un des traitements hyper-consommés par une prescription dans le cadre d'un suivi médical (psychiatrique ou par un médecin généraliste) :

- Benzodiazépines et somnifères prescrits dans le cadre d'une dépression/burn-out par un psychiatre pour l'un des patients
- Somnifères prescrits par le médecin traitant dans un contexte d'insomnies pour l'un d'eux, par un psychiatre dans les suites d'un sevrage d'alcool pour un autre
- Codéine et Diantalvic prescrits par le médecin traitant pour des douleurs gynécologiques (endométriose et dysménorrhées) pour deux patientes

Six ont débuté la consommation d'un médicament sans suivi médical et donc sans ordonnance :

- Deux achetaient des médicaments au marché noir sur conseil d'amis dans un but de toxicomanie : Subutex et Valium respectivement
- Deux se procuraient des traitements en auto-médication : somnifères pour un problème d'insomnies achetés à l'étranger sans ordonnance pour l'un et associations contenant de la codéine achetées en pharmacie dans un but antalgique sans ordonnance pour l'autre.
- Deux se procuraient des somnifères dans un cadre familial en auto-médication pour des insomnies.

On constate ici qu'au départ seulement deux des sept patients ont débuté leur consommation d'emblée dans un contexte de toxicomanie.

D'autre part, parmi les six hyper-consommateurs de somnifères, trois cherchaient à se traiter pour des insomnies dans un contexte de travail de nuit ou en horaires décalés.

e. Evolution de la consommation médicamenteuse.

Un seul patient hyper-consommateur décrit une augmentation lente et progressive des doses, et ce pour une consommation d'Imovane, avec une habitude qui s'est faite lentement sur plusieurs années.

Les six autres décrivent une augmentation des doses de façon rapide, avec une habitude physique rapide et une perte de contrôle de la consommation sur quelques mois seulement. Ce phénomène est décrit par les patients quel que soit le produit utilisé par ceux-ci (benzodiazépines, somnifères, médicaments de substitution aux opiacés, antalgiques type Acupan, Diantalvic ou codéine en association) mais également chez un

même patient pour les différents médicaments qu'il a pu consommer dans sa vie : « Les médicaments il m'en faut toujours plus, toujours plus, c'est toujours pareil quel que soit le truc » décrit l'un d'entre eux.

Il semblerait donc qu'on retrouve chez ces patients une tendance à l'habitué rapide et à la nécessité de monter progressivement les doses de médicaments pour obtenir un effet.

Concernant leur situation actuelle, trois d'entre eux ont réussi à stabiliser leur consommation à des doses « normales » après une décroissance, avec cependant toujours des écarts occasionnels en situation de stress. L'un d'eux a réussi à stabiliser sa consommation mais à des doses toujours largement supérieures à celles préconisées par l'AMM. Les trois autres ne contrôlent toujours pas leur consommation et n'arrivent pas à la stabiliser.

f. But de l'hyper-consommation

Pour tous les patients interviewés, le médicament hyper-consommé ne l'était plus dans son but initial, mais pour divers effets secondaires, parfois même paradoxaux et totalement imprévisibles au départ.

Pour six patients sur sept, on trouvait la recherche d'un effet stimulant, notamment par un effet paradoxal des somnifères type Stilnox et Imovane (pour cinq d'entre eux), décrit par un autre patient pour le Subutex.

Le patient hyper-consommateur de Subutex raconte : « je le prenais pour me doper, pour être performant au boulot, pour tenir sur mes jambes », « l'effet était instantané en snif »

Pour le zopiclone/Imovane, deux patients décrivent ainsi cet effet stimulant : « le zopiclone j'en avais besoin de plus en plus, ça me faisait l'effet inverse, l'effet stimulant », « l'Imovane ça a un effet stimulant » « ces trucs moi ça me fait pas dormir, ça me file la

pêche au contraire »

De même pour le zolpidem/Stilnox, avec pour un des patients une notion de désinhibition et de bien être associé : « le Stilnox ça m'a accroché : au début je l'avais pris et ça me faisait dormir, mais un jour je l'ai pris et je ne me suis pas couché tout de suite, et au fait quand on le prend et qu'on ne se couche pas tout de suite, au bout d'un quart d'heure – vingt minutes maximum on a un effet...on n'a aucune inhibition, on se sent libre, on est bien [...], c'est vraiment un truc qui booste , ça donne envie de faire des choses qu'on n'osait pas faire, ça me faisait parler aux gens sans problème, [...], vraiment aucune inhibition, aucune peur. ». Une autre patiente concernée décrit « une espèce d'explosion d'euphorie », elle raconte « le Stilnox au lieu de me faire dormir, comme je ne suis pas allée me coucher tout de suite, ça a fait une espèce d'explosion d'euphorie sur moi », « avec le Stilnox on a cette montée le matin qui nous donne une raison d'être content », « moi c'est vraiment pour être plus performante dans mon travail, me booster mentalement et physiquement que je pense que je suis tombée là dedans, que je continuais à augmenter les doses pour rester dans la course, pour tenir le rythme ». De même, la troisième patiente hyper-consommatrice de Stilnox décrit un effet identique : « Le Stilnox j'ai compris que plus j'en prends, plus je suis réveillée, ça me fait l'effet inverse. »

Trois patients décrivent la recherche d'un état de déconnexion par rapport au monde alentour et aux soucis du quotidien. Une patiente décrit ainsi pour l'alprazolam et la zopiclone cette recherche de déconnexion : « au départ c'était pour calmer les attaques de panique, mais après c'était pour me déconnecter en fait, j'avais des idées suicidaires très importantes et donc j'ai résolu le problème du passage à l'acte en prenant des doses importantes de benzos », « avoir surdosé ça m'a sauvé la vie parce que [...] si j'avais pas réussi à me déconnecter je me suicidais ». Un patient hyper-

consommateur de Valium le prend entre autres raisons pour « oublier [...] les soucis, les mensonges comme je cachais à mes parents que je m'étais fait virer », « ça donnait l'impression d'être en dehors de son corps ». Idem pour une patiente consommant de la codéine : « j'ai tout de suite senti qu'avec la codéine c'était pas si grave les soucis au boulot, c'est un état second où tout est relatif, le monde est beau, ça glisse et on oublie ».

Deux patientes décrivent la recherche d'un effet apaisant et calmant par rapport à des angoisses importantes. Pour l'Imovane, une patiente décrit : « ça a un pouvoir décontractant par rapport à mes angoisses, je suis relaxée après [...] Comme avec [ma maladie] les angoisses et le stress ça m'apporte beaucoup de douleurs, je gère avec ça. »

De même, en prenant du Stilnox et du Diantalvic en grande quantité, une autre patiente dit qu'elle « cherche à [se] soulager, à calmer [ses] angoisses, [son] mal-être », « le Diantalvic, sans vraiment qu'il y ait une montée phénoménale, ça m'apaisait »

Quatre patients cherchent un effet calmant d'un point de vue physique et mental par la consommation du produit, un effet détente. L'un d'eux décrit ainsi la recherche d'un effet « défonce » initialement pour la méthadone, avec secondairement la nécessité d'en prendre pour apaiser le manque physique : « la Métha ça me casse bien, y'a un effet défonce, et après j'en prends toujours plus sinon je me sens mal, ça calme aussi l'effet de manque, les courbatures, les sueurs tout ça ». Un autre évoque aussi cet effet de détente avec la méthadone : « au début ça me faisait un petit effet sympathique, c'était de la détente. Je la prenais et pendant une petite heure je me sentais bien, détendu ». Ce même patient consomme également de l'Acupan dans un but de détente : « il agit assez vite, cinq minutes, il a un petit effet sympathique pendant une heure, c'est relaxant ».

Le patient hyper-consommateur de Valium le prend comme calmant physique pour

compenser les effets stimulants de la cocaïne intraveineuse, et pour dormir : « comme je prends beaucoup de cocaïne ça me permet de m'endormir, ça calme »

Une autre patiente cherche l'effet décontractant de l'Imovane : « ça a un pouvoir décontractant sur moi mais pas ramollissant, [...] je suis relaxée »

En associant les médicaments hyper-consommés à d'autres produits, les cinq patients concernés ont deux buts :

- Compenser les effets négatifs d'autres produits : un des patients associe la zopiclone comme stimulant pour équilibrer et contrer l'effet calmant de la méthadone, un autre utilise le Valium pour contrebalancer l'effet stimulant de la cocaïne et ainsi pouvoir dormir, une troisième s'alcoolise pour calmer à la fois l'effet stimulant du Stilnox (et ainsi pouvoir dormir) et le manque physique et psychique de Stilnox.
- Majorer les effets d'autres produits par un effet de synergie : majoration de l'effet stimulant dans un but festif en associant Stilnox, alcool et Diantalvic, ou en associant Subutex et alcool. Majoration de l'effet apaisant et calmant en associant alcool et Stilnox ou Méthadone et Acupan.

Au final, on retrouve dans les motivations de l'hyper-consommation médicamenteuse la recherche d'un effet stimulant, d'un effet de détente et de relaxation, d'un effet apaisant par rapport à des angoisses, ou la recherche d'une déconnexion psychique dans un contexte de difficultés quotidiennes. Les associations à d'autres produits permettent d'amplifier ces effets, ou de contrebalancer un excès de ces effets.

g. Conséquences de l'hyper-consommation

- Sur la santé :

Cinq patients sur sept ont déjà eu des problèmes de santé liés à leur poly et hyper-consommation : atteinte des fosses nasales et céphalées chroniques suite au sniff de Subutex, neuropathie des membres inférieurs liée à la consommation de Stilnox acheté sur internet (toxicité lié à un mélange de produits impurs ?), hospitalisation suite à des crises de manque sévères lors de sevrage involontaire de Stilnox, pancréatite aiguë alcoolique, hépatite aiguë et ulcères d'estomac dus au surdosage en paracétamol/associations de codéinés ou aux consommations concomitantes d'alcool, accident de voiture avec traumatisme crânien mineur et plaie de l'arcade sourcilière sous Valium, crises d'épilepsie avec pour une patiente des luxations-fractures de l'épaule.

- Judiciaires :

Une patiente a déjà été condamnée au tribunal pénal pour des falsifications d'ordonnances à huit mois de prison avec sursis et à une amende. Deux autres patients n'ont jamais été inquiétés mais sont dans l'illégalité en ayant également déjà falsifié des ordonnances. De même deux patients achètent des médicaments au marché noir mais ne sont pas revendeurs.

- Au niveau de la sécurité sociale :

Quatre patients ont eu recours au nomadisme médical pour se procurer leurs doses de médicaments, et ils ont tous été déremboursés transitoirement et convoqués chez le médecin conseil. Deux autres patients pratiquaient le nomadisme dont un falsifiait des ordonnances mais ceux-ci n'ont pas été repérés par la sécurité sociale car ils payaient leurs traitements et ne donnaient pas leur carte vitale à la pharmacie.

- Familiales ou avec l'entourage proche :

Un des patients a vécu un divorce directement lié à sa consommation, un autre pense que

ce problème l'empêche de trouver une compagne, et un troisième s'est brouillé transitoirement avec sa famille. Cependant, la plupart sont globalement bien entourés par leurs proches (amis ou famille), et aucun n'est isolé socialement.

- Au travail :

Cinq patients sur sept ne travaillent pas ou plus, d'où des problèmes financiers pour la majorité.

Une patiente est en arrêt maladie de longue durée, une autre est en invalidité et ne travaille plus depuis plusieurs années. Une patiente travaille par intermittence dans des emplois précaires, deux patients ont été licenciés et un reclassé à un autre poste (dont deux en raison de leur consommation), une dernière patiente travaille mais est en cours de reconversion.

Au final, on constate que l'hyper-consommation médicamenteuse a eu des conséquences sur la vie personnelle, professionnelle, ainsi que sur la santé de quasiment tous les patients.

h. Vision de l'avenir et messages personnels

Cinq des sept patients souhaitent mener à bien un sevrage progressif de leur hyper-consommation dans un avenir relativement proche, l'un d'eux l'envisage dans un plus long terme après un travail psychologique sur lui-même qu'il estime nécessaire dans un premier temps, deux ne l'envisagent pas pour l'instant.

Trois patients souhaitent faire passer un message important afin de faire évoluer les choses : une patiente insiste sur le fait que cette hyper-consommation médicamenteuse doit être considérée comme un symptôme et non la maladie en soi, elle doit être un signal d'alarme pour débiter une prise en charge psychologique nécessaire

avant tout. Une autre aimerait qu'il y ait plus d'information et de formation des médecins et des professionnels de santé sur l'addiction médicamenteuse, afin qu'il y ait plus de professionnels sensibilisés qui puissent prendre en charge les patients concernés. Un dernier patient insiste sur la nécessité d'un suivi et celle de prendre les médicaments de substitution comme prescrits et non par des voies détournées.

4. Pistes de solutions

Si tous ces témoignages mettent en évidence les nombreuses difficultés rencontrées, ils permettent également d'identifier des pistes de solutions pour la prise en charge des patients.

a. Écoute des patients sans jugement

Les patients concernés qui sont parvenus à sortir de leur hyperconsommation décrivent l'importance fondamentale de tisser un lien de confiance avec leur médecin, mais également avec les autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens et psychologues qui les suivent. Pour cela, une écoute sans jugement de leur part semble indispensable.

Certains patients décrivent parfaitement cette relation particulière à leur médecin : « c'est là que je suis allée le voir [...] pour moi c'était vraiment une bénédiction parce que c'est super rare les médecins qui s'occupent de ça. [...] et en plus on se sent jugé, c'est horrible, enfin, jamais j'aurais osé en parler à un médecin et là en fait il était tellement léger dans sa façon d'en parler, décomplexant, c'était pour nous, malades, [...] une révolution de pouvoir en parler à quelqu'un. ». Cette même patiente analyse l'importance de ce lien par rapport au nomadisme médical : « moi je fonctionne un peu à la honte, déjà le fait de savoir que je devais aller chez le même médecin et d'être franche avec lui ça m'empêchait de le faire. Et j'ai toujours été honnête avec lui, j'ai tout de suite arrêté d'aller voir les autres médecins. »

Un autre patient décrit bien l'importance de ce même lien avec ses pharmaciens référents : « je vous cache pas que moi je suis dans une pharmacie aussi où

elle me connaît depuis très longtemps, elle sait, on en a déjà parlé plusieurs fois, [...] je ne vais que chez les même gens, ça fait 15 ans que je dois les connaître, je vais tout le temps chez eux, je ne leur ai jamais menti [...]. Je sais qu'il me font confiance et je pense que je peux avoir confiance aussi. J'ai de très bonnes relations avec tous les professionnels de santé, et ça j'y tiens. ». Cet autre témoignage va dans le même sens : « C'est important aussi la pharmacie [...] qu'on choisit parce que pour moi ça a été très dur au début d'y aller, de donner mon ordonnance de Méthadone, le regard des gens c'est très important pour moi et j'ai été super bien accueillie, des professionnels très compétents, sans préjugés, ça c'est très important. Et vraiment il y a une relation de confiance qui s'est établie. »

Cette écoute impartiale, sans jugement ni a priori, et l'établissement de ce lien de confiance, permettent au patient d'adhérer à sa prise en charge et d'entrer dans une démarche de suivi.

b. Suivi conjoint entre médecin prescripteur et médecin du contrôle médical

Plusieurs patients ont entamé un suivi suite à la réception d'un courrier de la part du médecin conseil de leur caisse d'assurance maladie. Dans ces cas, la suspension de remboursement a été l'occasion de mettre en place un protocole de soins tripartite entre le patient, le médecin traitant référent et la caisse de sécurité sociale.

Pour certains d'entre eux, ceci a été un moment clé de leur prise en charge et a permis à la fois un arrêt du nomadisme médical qu'ils pratiquaient et un encadrement de leur consommation : « [...] je faisais ça pendant des mois et des mois jusqu'au jour où ils m'ont envoyé un courrier », « au bout d'un moment [...] j'ai été convoqué par une des personnes de la caisse, [...] et après elle m'a sorti toutes les délivrances que j'ai eu...[...] Les remboursements, tant que ça reste dans le cadre d'un

suivi, c'est OK ».

Une autre patiente décrit bien ce processus qui a mené à la baisse puis à la stabilisation de sa consommation : « J'ai été convoquée chez le médecin conseil de la sécu, [...] puis du coup il m'a fait ce protocole, il m'a affecté à une pharmacie, en fait la solution qu'on a trouvé c'était que j'aille tous les jours à la même pharmacie et qu'ils me donnent [...] mes Stilnox, et puis bien sûr c'était hors de question de continuer à en prendre quatorze par jour. Donc au début il m'en prescrivait et il fallait que j'aille le voir quand j'en avais plus donc ça me responsabilisait. », « Après on a trouvé ce système d'aller tous les jours à la même pharmacie et qu'ils me donnent ma dose...Et puis déjà rien que parce que ça m'embêtait d'aller tous les jours à la pharmacie, je me suis dit j'en ai marre.. ».

Cette patiente insiste également sur la nécessité d'encadrer les doses dès le départ de la prescription : « C'est sûr que la spirale elle était infernale mais je pense qu'en fait les médicaments, si ça avait été plus cadré dès le départ, j'aurais peut être pu avoir juste les bénéfices sans cette spirale infernale, je pense qu'il ne faut pas non plus complètement les diaboliser mais faut vraiment que ce soit bien encadré. »

Cette prise en charge conjointe avec le médecin conseil, au travers d'un protocole de soins, permet parfois le début d'une prise en charge et une maîtrise négociée de la consommation du patient.

c. Prise en charge globale tenant compte des difficultés psychologiques et sociales

Les patients qui ont accepté de témoigner décrivent de nombreuses difficultés psychologiques et sociales, faisant partie intégrante ou découlant de leur hyperconsommation, et qui ne sont pas toujours prises en compte par les soignants qui les suivent.

La plupart des patients rencontrent des difficultés à garder une activité professionnelle ou une vie familiale du fait de leur consommation excessive : « je n'avais personne, [...] j'ai vécu des choses : un divorce, un mari violent, le surendettement, aucun soutien familial, [...] que des choses comme ça », « j'ai perdu ma femme, on a vendu l'appart, j'ai perdu mon boulot, et puis là je me retrouve chez mes parents », « là je suis vachement bloqué en offres d'emploi. [...] J'étais deux ans et demi en arrêt de travail. [...] Le seul problème c'est juste pour le travail ». Certains n'ont même jamais pu reprendre d'activité professionnelle, nécessitant la mise en invalidité : « En rentrant de la première cure, [...] j'ai vu un médecin et en fait depuis je suis invalide. »

Ceci entraîne évidemment des difficultés financières pour nombre d'entre eux, en raison de la perte de leur emploi ou de la nécessité de rembourser les traitements suite à une suspension des remboursements par la sécurité sociale : « tout ça ça m'a un peu foutu financièrement dans la merde ! J'ai du faire un prêt de 5000 euros pour pouvoir rembourser mes conneries. », « financièrement c'était pas évident parce qu'il y avait toutes ces dettes..., [...] le contexte économique pour les personnes qui ont des dépendances quelles qu'elles soient c'est encore plus difficile : quand il y a des problèmes financiers, familiaux qu'on n'arrive pas à résoudre. »

La nécessité d'un suivi psychologique dans la prise en charge de leur problème est souvent décrite : «cette surconsommation elle n'arrive jamais sur un terrain neutre, du coup je ne pense pas que ce soit la surconsommation en elle même qui soit un problème, [...] sans psychothérapie c'est difficile de s'en sortir », « Une prise excessive de psychotropes comme ça ça doit être [...] considéré comme un symptôme. Malheureusement il y a de moins en moins de psychothérapeutes/psychiatres. », « Je vois [...] mon psychothérapeute toutes les semaines, je vais faire un travail sur moi d'abord, pour repartir, [...] je ne me sens pas de repartir maintenant, je pense que je ressemblerais

dans les mauvaises choses », « le problème c'est un travail sur moi pour essayer de penser autrement. ». En témoignant de ses difficultés à l'arrêt des médicaments, un des patients dit également avoir besoin de ce travail psychologique préalable : « je ne me sens pas de m'en défaire maintenant. J'ai vraiment besoin de gérer certaines choses avant. »

Une des patientes interviewée décrit bien l'aspect indispensable de la prise en charge psychologique : « j'ai fait deux sevrages à l'hôpital qui n'ont servi à rien du tout parce que dès que je sortais de l'hôpital, je retrouvais mes problèmes donc ça servait à rien », elle est maintenant suivie uniquement par son médecin traitant : « il me [sert] de psychologue, enfin de psychiatre, [...] parce qu'au moins lui il [sait] quoi répondre, [...] et ça me [réconforte] de lui parler et qu'il me réponde...il [sait] me réconforter, me déculpabiliser aussi ».

Elle décrit également la difficulté à trouver un médecin compétent dans le domaine, et qui soit prêt à débiter un suivi adapté à cette problématique : « Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne se font pas soigner parce qu'il y a un manque de médecins, il y a un manque de spécialisation à ce niveau là, [...] en fait il faudrait qu'il y ait plus de médecins qui s'en occupent, et surtout plus de médecins qui ne prescrivent pas n'importe quoi à n'importe qui. »

Ces patients, par leurs témoignages, mettent en évidence la complexité de leur situation tant psychologique que sociale et professionnelle, et la difficulté à trouver des aides adaptées. Afin de mieux les prendre en charge, il semble donc nécessaire de les considérer dans leur globalité, en tenant compte de ces différents aspects.

5. Discussion

Le but de ces entretiens avec des patients hyper-consommateurs de médicaments psychotropes était de mieux comprendre les causes et les motivations de leur consommation, et ainsi d'identifier des facteurs de risque et des pistes de prise en charge.

Les médicaments impliqués dans ces phénomènes, retrouvés dans ces entretiens, sont maintenant bien identifiés, et ont en commun leur potentiel addictogène et leurs effets psychotropes pouvant mener à une toxicomanie. Cependant, tous les patients ne seront pas sensibles de la même façon à ces traitements, et à travers ces interviews, on peut identifier des caractéristiques communes susceptibles d'attirer l'attention des prescripteurs afin qu'ils soient plus particulièrement vigilants quant au suivi de ces patients.

On note chez plusieurs d'entre eux des antécédents d'abus physiques ou psychologiques, ou une notion d'abandon par un proche, parfois à un très jeune âge. De même, beaucoup présentent des antécédents d'addiction à d'autres produits (drogues, alcool, tabac etc...) ainsi que des addictions au niveau familial. La consommation a débuté à l'adolescence pour la plupart d'entre eux.

L'addiction médicamenteuse arrive en général sur un terrain de poly-addiction antérieure, que ce soit au tabac, à l'alcool, ou à des drogues illégales. De même ces patients présentent toujours un terrain de faiblesse ou de stress psychologique au moment du début de leur consommation, qui semble favoriser l'apparition d'une addiction.

Toutes ces données incitent à prescrire avec plus de prudence et plus de vigilance, c'est à

dire sur des périodes courtes et avec un suivi plus rapproché et régulier, les médicaments à fort potentiel addictogène et ayant des effets secondaires psychotropes chez les patients présentant ces facteurs de risque : antécédent personnel ou familial d'addiction, antécédent de maladie psychiatrique ou de traumatisme psychologique du type abus ou abandon, début de la prescription à l'adolescence, perte de contrôle rapide des doses quel que soit le médicament...

L'aspect du terrain psychologique, avec les antécédents d'abandon notamment, semble être une piste intéressante pour expliquer une fragilité individuelle par rapport au développement d'une addiction : des facteurs épigénétiques favorisant le développement des addictions médicamenteuses chez le rat sont décrits dans l'étude de l'INSERM publiée en 2012 [3], avec des modifications de l'expression des gènes en lien avec la séparation précoce du petit rat de sa mère, on retrouve chez les individus « abandonnés » une tendance à l'addiction aux médicaments. Ces études sur les facteurs épigénétiques n'en sont qu'à leurs débuts mais semblent ouvrir une piste intéressante afin d'expliquer certaines sensibilités personnelles au développement des addictions.

Les circonstances de début de la consommation sont en général initialement une prescription médicale ou une utilisation en auto-médication d'un traitement utilisé dans son but premier, avec une dérive progressive du but de la consommation (par l'apparition d'un effet d'habitude puis de manque avec une nécessité d'augmenter les doses ou par la découverte d'autres effets psychotropes imprévus au départ) et une perte de contrôle survenant progressivement mais souvent rapidement.

Un autre facteur fréquemment retrouvé parmi les patients est un travail ou un lien direct avec un proche travaillant dans le milieu médical ou paramédical, cette dépendance médicamenteuse étant alors facilitée par un accès simplifié aux médicaments et une meilleure connaissance des effets de ceux-ci.

Au final, les buts de l'hyper-consommation deviennent la recherche d'effets psychotropes positifs tels une stimulation, une détente, une déconnexion du quotidien ou une anxiolyse.

Mais tout ceci a également des conséquences néfastes. En effet ce qui ressort également de ces entretiens est une difficulté pour quasiment tous les patients à garder un emploi, d'où la survenue de problèmes financiers pour la majorité, et à construire une situation familiale stable.

De même, presque tous ont eu des complications de leur hyper-consommation, du point de vue de leur vie personnelle et professionnelle mais également du point de vue de leur santé.

Ceci met en évidence la nécessité d'améliorer les aides à disposition de ces patients, de mieux les encadrer d'un point de vue social mais aussi, lorsqu'on a connaissance de leur situation, d'être plus vigilant concernant leur suivi médical, ces patients étant plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé, parfois sévères.

La nécessité d'un suivi psychologique, pouvant être réalisé par le médecin traitant, au regard des difficultés quotidiennes plus importantes mais aussi du terrain psychologique souvent fragile, ressort également de ces témoignages. Celui-ci doit alors être rapproché, à l'occasion de prescriptions courtes nécessitant de revoir les patients concernés en consultation régulièrement par exemple.

Les patients interviewés qui s'en sortent ont souvent bénéficié de plusieurs cures de sevrage en général inefficaces au départ, mais disent surtout avoir bénéficié d'un encadrement de leurs consommations, au travers des protocoles avec la CPAM et d'un suivi médical et psychologique régulier par leur médecin traitant. Le lien de confiance avec le soignant, passant par une écoute attentive sans jugement et la possibilité d'entretiens en toute franchise, semble être une des clés de la prise en charge.

Même si certaines caractéristiques communes semblent ressortir de ces interviews, la puissance de l'analyse reste malheureusement très faible en raison du petit nombre d'individus interrogés, et ne nous permet pas de généraliser à une plus grande échelle.

Dans un premier temps, peu de médecins généralistes avaient participé à la première étude informatique par rapport au nombre d'invitations envoyées, ce qui avait entraîné un premier biais de sélection, en obtenant le point de vue de médecins se sentant plus particulièrement concernés par le sujet que d'autres confrères. Dans un deuxième temps, très peu de médecins participants ont accepté de demander à leurs patients concernés de participer, et ceux qui l'ont fait sont également à l'origine d'un biais de sélection, en étant certainement plus impliqués dans le soin de ces patients particuliers et plus à l'aise avec leur prise en charge.

Il a ensuite été très difficile d'obtenir des entretiens avec les patients présentant ce problème d'hyper-consommation médicamenteuse, qui ont souvent exprimé leur refus de participer aux entretiens. En effet, ces patients étaient très méfiants lorsqu'il s'agissait de parler de leur addiction, d'une part par les implications illégales ou frauduleuses qu'elle impliquait par rapport à la sécurité sociale (participation au marché noir, nomadisme etc...), entraînant la peur d'être dénoncés ou reconnus, d'autre part par un manque de confiance envers un autre médecin que leur généraliste traitant, avec qui ils ont tissé un fort lien de confiance. Ceci biaise à nouveau les résultats, car les patients qui ont accepté de témoigner sont certainement à un stade plus équilibré de leur addiction, et en cours de suivi donc plus conscients de leur problème. Effectivement, les patients dans une phase difficile, déséquilibrée ou ne se faisant simplement pas suivre et soigner ne pouvaient pas témoigner si facilement. Ceux qui ont accepté de participer l'ont bien sûr fait sous couvert

d'anonymat.

En dépit de ces biais évidents, il ressort tout de même de ces entretiens des caractéristiques communes intéressantes chez les patients, qui peuvent servir de point de départ pour les médecins généralistes en consultation ambulatoire, pour prescrire avec plus d'attention et organiser un suivi plus régulier chez les patients présentant ces facteurs favorisants. De même, par leurs expériences, les patients nous permettent également de mieux comprendre le développement de leur hyper-consommation et de ce fait, de mieux les prendre en charge et de mieux les suivre en consultation de médecine générale.

VI. Conclusion

Le phénomène d'hyper-consommation de médicaments dans un but psychotrope est relativement fréquent parmi les patients se présentant en consultation de médecine générale, que ce soit dans le cadre d'un suivi régulier ou de façon occasionnelle. La formation et les informations disponibles sur le sujet sont paradoxalement peu nombreuses, et le prescripteur se retrouve face à de nombreuses difficultés lorsqu'il y est confronté.

Les différentes études existantes concernant ce problème nous permettent surtout d'identifier les médicaments impliqués, à fort potentiel addictogène et présentant des effets secondaires psychotropes pouvant favoriser le développement d'une dépendance. Il s'agit principalement des antalgiques comme les dérivés codéinés ou les associations contenant du tramadol, des benzodiazépines anxiolytiques et des hypnotiques, ainsi que des traitements de substitution aux opiacés. Ces médicaments doivent donc faire l'objet d'une vigilance et d'un suivi particulier par le prescripteur. La plupart des médecins sont évidemment sensibilisés à cela, mais il est difficile de prévenir et de détecter la survenue d'une dépendance et d'une hyper-consommation chez un patient qui a en général débuté son traitement dans des doses et dans une indication recommandées par l'AMM, voire en auto-médication. Ce d'autant plus que la perte de contrôle de la consommation se fait en général de façon rapide, et souvent à l'insu du prescripteur, le patient pouvant pratiquer le nomadisme médical ou acheter ses produits au marché noir.

Outre le colloque singulier à l'écoute du patient en consultation, une des occasions pour le médecin de détecter ce phénomène d'hyper-consommation est le signalement d'un patient par la CPAM, suite à une convocation chez le médecin conseil et à une suspension de remboursement. Cette situation offre la possibilité d'avoir un entretien avec le patient et de débiter un suivi afin d'encadrer sa consommation par un protocole de soins par exemple. Selon les éléments recueillis en entretien auprès du service du contrôle médical, ceci arrive malheureusement souvent tardivement dans l'histoire de la consommation du patient, et les sanctions de la CPAM sont la plupart du temps inefficaces, les patients ne se présentant en majorité pas au rendez-vous ou récidivant dès la fin du déremboursement. Le système actuel de contrôle semble donc peu efficace et peu utile à la prévention du phénomène ou à la prise en charge des patients concernés.

Les témoignages des médecins généralistes interrogés, malgré un biais de sélection, reflètent un phénomène relativement fréquent parmi leur patientèle, et ce quelque soit leur mode ou leur région d'exercice. On y trouve citées les mêmes classes médicamenteuses impliquées que dans les différentes études nationales réalisées sur le sujet, ainsi que l'expression de nombreuses difficultés rencontrées en tant que prescripteur par rapport à la prise en charge de ces patients. Celles qui ressortent de façon régulière sont la difficulté à maintenir un lien de confiance médecin-malade durable, une sensation d'incompétence et de lassitude pour certains, face à ces patients difficiles à prendre en charge et rechutant fréquemment.

Les entretiens avec les patients semblent confirmer toutes ces difficultés de prise en charge, la plupart ayant mis du temps à trouver un médecin disposé à s'impliquer, et à débiter un suivi régulier. De même, leur situation sociale et professionnelle est pour la plupart compliquée, et il transparaît dans leurs témoignages

des difficultés à trouver des aides adaptées.

Par ailleurs, malgré des biais importants, ces interviews nous permettent d'identifier certaines caractéristiques communes à ces patients : antécédent personnel ou familial d'addiction, antécédent de maladie psychiatrique ou de traumatisme psychologique de type abus ou abandon, début de la prescription à l'adolescence, perte de contrôle rapide des doses de façon systématique quelque soit le médicament. Elle doivent, lorsqu'elles sont présentes, rendre plus vigilant le prescripteur quant à la possibilité de survenue d'une dépendance et d'une hyper-consommation, et entraîner un suivi plus régulier.

Les témoignages, tant des patients que des médecins interrogés, soulignent les difficultés de cette prise en charge. C'est pourquoi l'hyper-consommation médicamenteuse dans un but psychotrope, par sa fréquence et les conséquences qu'elle entraîne pour les patients, nécessiterait d'être mieux étudiée notamment par des études scientifiques validées. Nos entretiens donnent néanmoins des pistes de solutions pour la prise en charge de ces patients singuliers : écoute du patient sans jugement permettant l'établissement d'un lien de confiance indispensable, suivi rapproché et conjoint entre médecin prescripteur et médecin du contrôle médical afin d'encadrer la consommation et prise en charge globale du patient en tenant compte des difficultés psychologiques et sociales auxquelles il est confronté.

VU

Strasbourg, le 06 juillet 2016

Le président du Jury de Thèse

Professeur E. ANDRES

VU et approuvé

Strasbourg, le 11 JUL 2016

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



VII. Bibliographie

1. Cavalier P, Djeraba A. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 [Internet]. ANSM; 2014 Jun. Available from:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf
2. Fenina Annie, Le Garrec Marie-Anne, Koubi Malik. Comptes nationaux de la santé 2010, Séries statistiques numéro 161 [Internet]. DREES; 2011 Sep. Available from:
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161.pdf>
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. INSERM; 2012. (Les éditions INSERM). Available from: <http://hdl.handle.net/10608/2072>
4. Nations Unies, Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2010 [Internet]. Nations Unies; 2011 Jan. Available from :
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/AR_2010_French.pdf
5. Phillips J. Prescription drug abuse: problem, policies, and implications. Nurs Outlook. 2013 Apr;61(2):78–84.
6. OAS. Appendix C : Key definitions, 2007 National Survey on Drug Use and Health : National Results. MD : US Department of Health and Human Services. Office on Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA);2008.
7. Hernandez SH, Nelson LS. Prescription Drug Abuse: Insight Into the Epidemic. Clin Pharmacol Ther. 2010 Sep;88(3):307–17.

8. Cohen JR. Prescription drug misuse: are we really making progress against this health epidemic? *MLO Med Lab Obs.* 2012 Sep;44(9):48–9.
9. Yu H-YE. The prescription drug abuse epidemic. *Clin Lab Med.* 2012 Sep;32(3):361–77.
10. Tapscott BE, Schepis TS. Nonmedical use of prescription medications in young adults. *Adolesc Med State Art Rev.* 2013 Dec;24(3):597–610.
11. Melot D. Prescription drug abuse. *J Mich Dent Assoc.* 2014 Mar;96(3):36–40.
12. Casati A, Sedefov R, Pfeiffer-Gerschel T. Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res.* 2012;18(5):228–45.
13. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al., ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004 ; 420 / 21-7.
14. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, et al. : Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale - *Encéphale* 2005 ; 31(2) : 195-206 .
15. INPES, Baromètre santé 2010. Available from : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp> .
16. Rapport de l'ANSM sur l'État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Décembre 2013. Available from : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655dee103a.pdf
17. Lapeyre-Mestre M, Dupui M, Jouanjus E, CEIP-A de Toulouse. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2014. Available from : <http://www.addictovigilance.fr/osiap> .

18. Micaillef J, CEIP-Centre d'Addictovigilance PACA-Corse. Principaux résultats de l'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) 2014. Available from : <http://www.addictovigilance.fr/OPPIDUM> .
19. ANSM, Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP). Résultats de l'enquête OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) 4. Available from : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c67f6ab3530d0be93235bb31d1c5d097.pdf
20. Orriols L, Gaillard J, Lapeyre-Mestre M, Roussin A. Evaluation of abuse and dependence on drugs used for self-medication: a pharmacoepidemiological pilot study based on community pharmacies in France. *Drug Saf.* 2009;32(10):859-73.
21. Wood D. Drug diversion. *Aust Prescr.* 2015 Oct;38(5):164–6.
22. Leterme L, Singlan YS, Auclair V, Le Boisselier R, Frimas V. Misuse of tianeptine: five cases of abuse. *Ann Med Interne (Paris)*. 2003 Nov;154 Spec No 2:S58-63.
23. Rouby F, Pradel V, Frauger E, Pauly V, Natali F, Reggio P, et al. Assessment of abuse of tianeptine from a reimbursement database using “doctor-shopping” as an indicator. *Fundam Clin Pharmacol.* 2012 Apr;26(2):286–94.
24. Frauger E1, Thirion X, Chanut C, Natali F, Debruyne D, Saillard C, Pradel V, Reggio P, Micalllef J. Misuse of trihexyphenidyl (Artane, Parkinane): recent trends. *Thérapie.* 2003 Nov-Dec;58(6):541-7.
25. Clemow DB. Misuse of Methylphenidate. *Curr Top Behav Neurosci.* 2015 Dec 23;
26. Pauly V, Frauger E, Pradel V, Nordmann S, Pourcel L, Natali F, Sciortino V, Lapeyre-Mestre M, Micalllef J, Thirion X. Monitoring of benzodiazepine diversion using a multi-indicator approach. *Int Clin Psychopharmacol.* 2011 Sep;26(5):268-77.

27. Okumura Y, Shimizu S, Matsumoto T. Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multiple prescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 2016 Jan 1;158:118–25.
28. Lu T-H, Lee Y-Y, Lee H-C, Lin Y-M. Doctor Shopping Behavior for Zolpidem Among Insomnia Patients in Taiwan: A Nationwide Population-Based Study. *Sleep.* 2015 Jul 1;38(7):1039–44.
29. Pradel V, Delga C, Rouby F, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Assessment of abuse potential of benzodiazepines from a prescription database using Doctor Shopping as an indicator. *CNS Drugs.* 2010 Jul 1 ;24(7):611-20.
30. Peyriere H, Eiden C, Micallef J, Lapeyre-Mestre M, Faillie JL, Blayac JP, réseau des CEIP. Slow-Release Oral Morphine Sulfate Abuse : Results of the Postmarketing Surveillance Systems for Psychoactive Prescription Drug Abuse in France. *Eur Addict Res* 2013 Feb 15 ;19(5):235-244.
31. Nordmann S, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Frauger E, Pauly V, Thirion X, et al. Doctor shopping reveals geographical variations in opioid abuse. *Pain Physician.* 2013 Jan;16(1):89–100.
32. Tetrault JM, Butner JL. Non-Medical Prescription Opioid Use and Prescription Opioid Use Disorder: A Review. *Yale J Biol Med.* 2015 Sep 3;88(3):227–33.
33. Barret SP, Meisner JR, Stewart SH. What constitutes prescription drug misuse ? Problems and pitfalls of current conceptualizations. *Curr Drug Abuse Rev* 2008;1:255-262.
34. Rastegar DA, Kunins HV, Tetrault JM, Walley AY, Gordon AJ. 2012 Update in addiction medicine for the generalist. *Addict Sci Clin Pract.* 2013;8(1):6.
35. Longo LP, Parran T, Johnson B, Kinsey W. Part II. Identification and Management of the Drug-Seeking Patient. *Am Fam Physician.* 2000 Apr 15;(61(8)):2401–8.

36. Bali V, Raisch DW, Moffett ML, Khan N. Determinants of nonmedical use, abuse or dependence on prescription drugs, and use of substance abuse treatment. *Res Social Adm Pharm.* 2013 Jun;9(3):276–87.
37. Bettinardi-Angres K, Bickelhaupt E, Bologeorges S. Non-medical use of prescription drugs: implications for NPs. *Nurse Pract.* 2012 Jul 10;37(7):38–45.
38. Peirce GL, Smith MJ, Abate MA, Halverson J. Doctor and pharmacy shopping for controlled substances. *Med Care.* 2012 Jun;50(6):494–500.
39. Nielsen S, Bruno R, Degenhardt L, Stooze MA, Fischer JA, Carruthers SJ, et al. The sources of pharmaceuticals for problematic users of benzodiazepines and prescription opioids. *Med J Aust.* 2013 Nov 18;199(10):696–9.
40. Kemp A, Clark M, Sherman J, Dahl-Smith J. Prescription drug abuse: when the treatment becomes the problem. *J Miss State Med Assoc.* 2013 May;54(5):134, 139–40.
41. Brown ME, Swiggart WH, Dewey CM, Ghulyan MV. Searching for answers: proper prescribing of controlled prescription drugs. *J Psychoactive Drugs.* 2012 Mar;44(1):79–85.

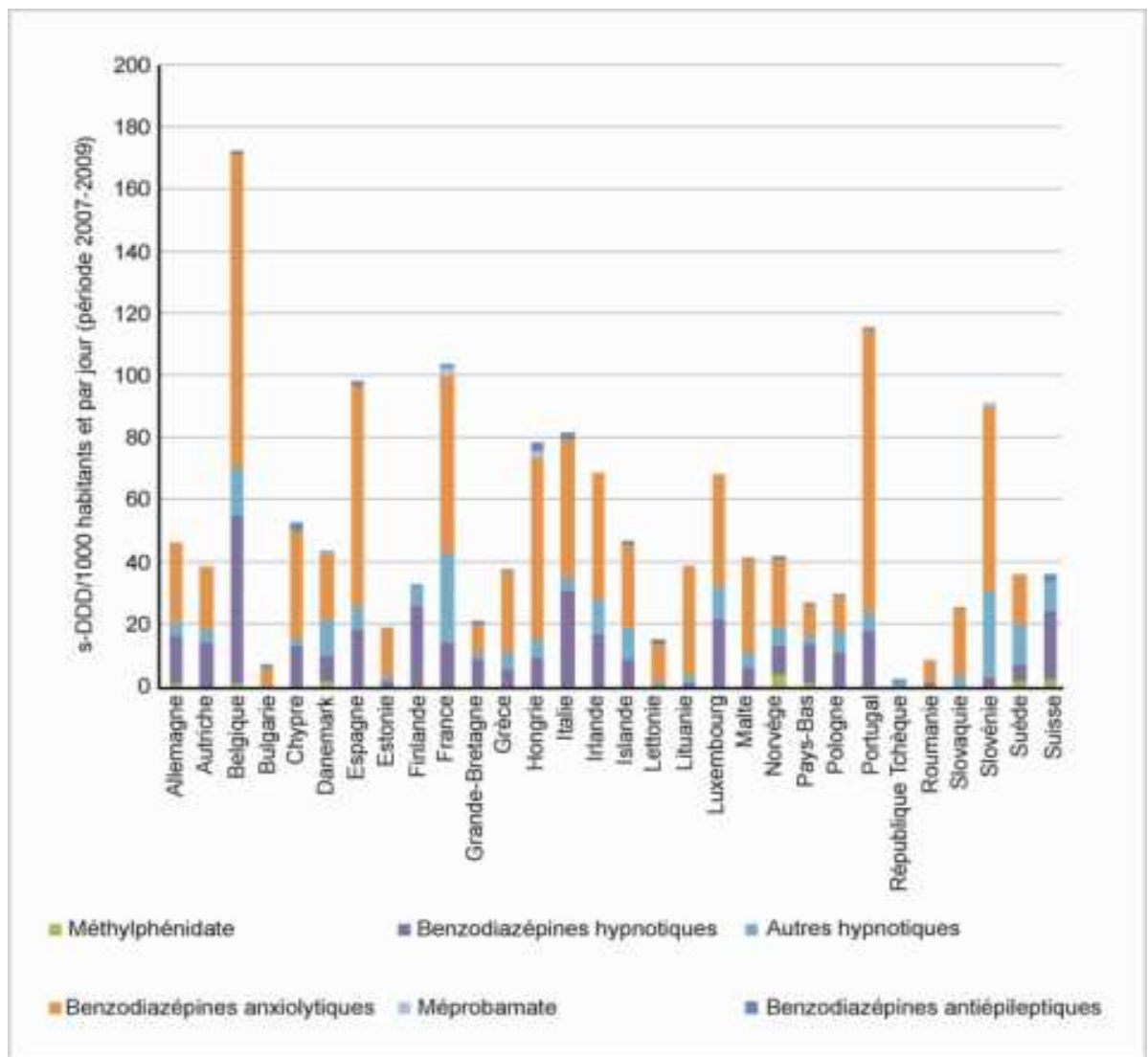
VIII. Annexes

Tableau 1 : Substances actives les plus vendues en ville en 2013

Rang	Substance active	Classe RTC	Statut	Part du marché 2013 cumulée
1	Paracétamol	Antalgique	PMF	Les 3 premières: 20,1%
2	Ibuprofène	Antalgique – Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
3	Codéine en association	Antalgique	PMO/PMF	
4	Tramadol en association	Antalgique	PMO	Les 6 premières: 24,1%
5	Amoxicilline	Antibiotique	PMO	
6	Colécalciférol (vitamine D3)	Vitamine D	PMO/PMF	
7	Acétylsalicylique acide	Antithrombotique	PMF	Les 9 premières: 27,5%
8	Lévothyroxine sodique	Médicament de la thyroïde	PMO	
9	Phloroglucinol	Antispasmodique	PMF	
10	Paracétamol en association	Antalgique	PMO/PMF	Les 12 premières: 30,0%
11	Metformine	Antidiabétique	PMO	
12	Diclofénac	Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
13	Esomeprazole	Anti-ulcéreux	PMO	Les 15 premières: 32,2%
14	Zolpidem	Hypnotique	PMO	
15	Oméprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	
16	Macrogol	Laxatif	PMF	Les 18 premières: 34,2%
17	Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme	Antibiotique	PMO	
18	Alprazolam	Anxiolytique	PMO	
19	Furosémide	Diurétique de l'anse	PMO	Les 21 premières: 36,0%
20	Zopiclone	Hypnotique	PMO	
21	Méthadone	Traitement substitutif des pharmacodépendances	PMO	
22	Prednisolone	Anti-inflammatoire	PMO	Les 24 premières: 37,6%
23	Bisoprolol	Bêta-bloquant	PMO	
24	Chlorhexidine en association	Antiseptique local	PMF	
25	Larmes artificielles et autres préparations	Médicament ophtalmologique	PMF	Les 27 premières: 39,1%
26	Atorvastatine	Hypolipémiant	PMO	
27	Lidocaïne/Prilocaine	Anesthésique local	PMO	
28	Lévonorgestrel et éthinylestradiol	Contraceptif hormonal	PMO	Les 30 premières: 40,4%
29	Paroxétine	Antidépresseur	PMO	
30	Pantoprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	

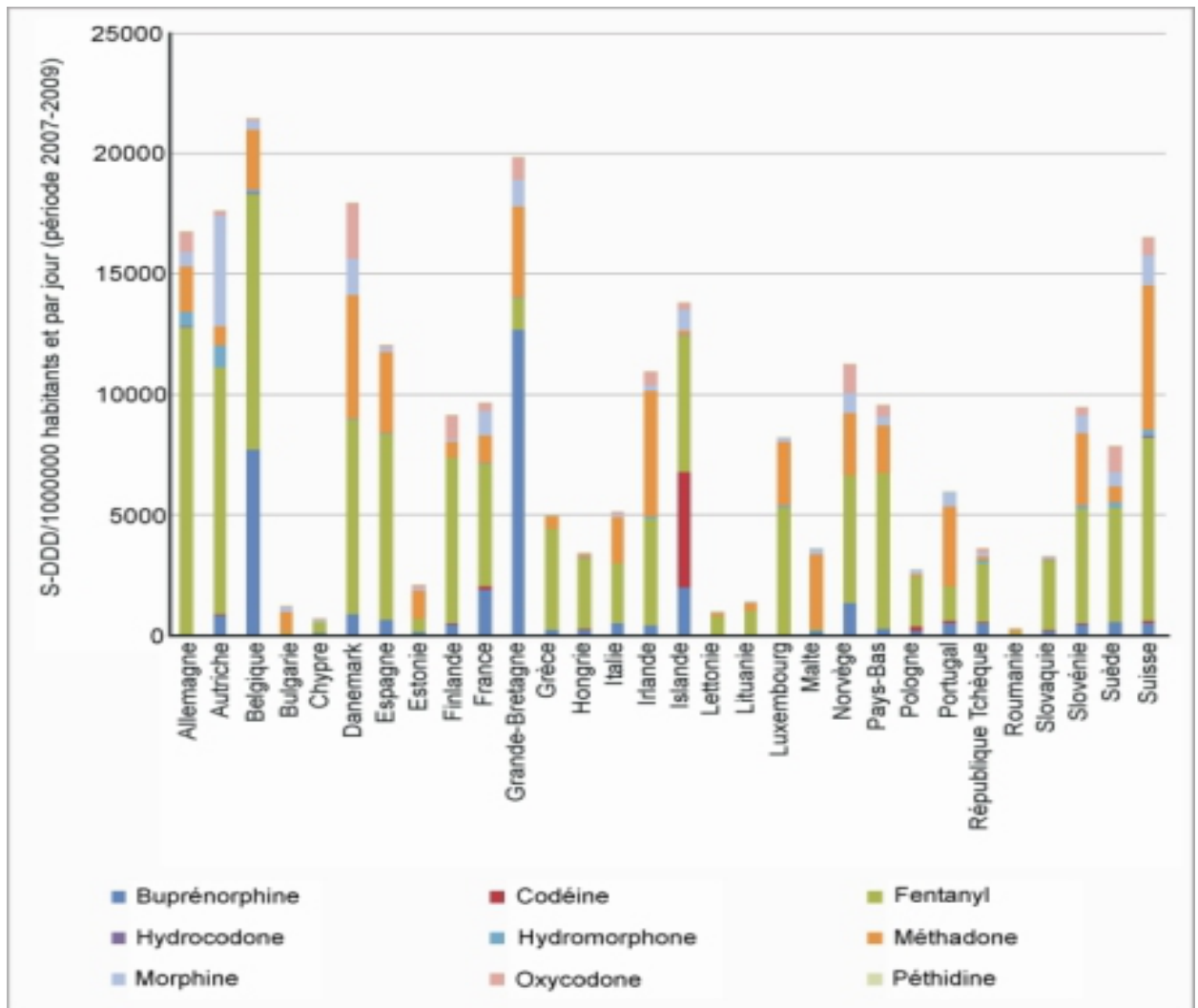
Source : Rapport ANSM Juin 2014 - Analyse des ventes de médicaments en France en 2013

Figure 1 : Niveaux de consommation de certains médicaments psychotropes en France et en Europe



s-DDD : statistical – defined daily dose, unité correspondant à la posologie journalière théorique d'une substance médicamenteuse utilisée dans son indication principale pour un adulte de 70 kg

Figure 2 : Niveaux de consommation de 8 médicaments stupéfiants sur la période 2007-2009 en France et en Europe



s-DDD : statistical – defined daily dose, unité correspondant à la posologie journalière théorique d'une substance médicamenteuse utilisée dans son indication principale pour un adulte de 70 kg

Annexe 1 : Questionnaire informatique utilisé pour l'enquête.

Enquête sur les consommateurs extrêmes de médicaments à visée psychotrope en médecine générale.

Quel est votre mode d'exercice ?

- ☐ Installé
- ☐ Remplaçant
- ☐ Urbain
- ☐ Semi-rural
- ☐ Rural

Dans quelle région exercez-vous ?

**Avez-vous au cours de votre exercice déjà été confronté à des patients
consommateurs extrêmes de médicaments (type tranquillisants, somnifères,
antalgiques) dans un but psychotrope ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, combien de vos patients sont concernés par ce problème ?

Quels médicaments consomment-ils et en quelle quantité ?

Nous vous proposons de citer au maximum 3 situations concrètes correspondant à ces situations

Situations 1, 2 et 3 :

Tableau 2 : Répartition régionale des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête.

Région	Nombre de réponses	Pourcentage des réponses totales
Alsace	60	6,88%
Aquitaine	37	4,24%
Auvergne	7	0,80%
Basse Normandie	20	2,29%
Bourgogne	16	1,83%
Bretagne	59	6,77%
Centre	41	4,70%
Champagne-Ardenne	14	1,61%
Corse	5	0,57%
Franche Comté	15	1,72%
Guadeloupe	0	0,00%
Guyane	0	0,00%
Haute Normandie	17	1,95%
Île de France	97	11,12%
La Réunion	6	0,69%
Languedoc Roussillon	46	5,28%
Limousin	2	0,23%
Lorraine	24	2,75%
Martinique	6	0,69%
Mayotte	0	0,00%
Midi Pyrénées	55	6,31%
Nord Pas De Calais	70	8,03%
Pays de Loire	42	4,82%
Picardie	28	3,21%
Poitou Charentes	13	1,49%
Provence Alpes Côte d'Azur	75	8,60%
Rhône Alpes	86	9,86%
Exercice dans plusieurs régions	2	0,23%
Non répondu	29	3,33%

Tableau 3 : Médicaments et classes thérapeutiques cités dans un contexte de surconsommation, en ordre décroissant d'importance.

Classe thérapeutique	Principe actif / DCI	Nom commercial	Nombre de citations	Posologie maximale selon l'AMM (adulte)	Autres précisions de l'AMM
Anxiolytiques			650		
Citation de la classe seule			88		
<i>Benzodiazépines et dérivés</i>			553		12 semaines maximum
Citation de la classe seule			154		
	Bromazépam	Lexomil	157	18 mg/j en ambulatoire 36 mg/j en hospitalisation	
	Alprazolam	Xanax	67	4 mg/j	
	Oxazépam	Seresta	53	150 mg/j	
	Diazépam	Valium	36	40 mg/j	
	Clorazépate dipotassique	Tranxène	24	90 mg/j	Gél 5-10 mg : 12 semaines maximum Gél 20 mg : par 28 jours maximum
	Prazépam	Lysanxia	16	60 mg/j	
	Lorazépam	Temesta	14	7,5 mg/j	
	Clonazépam	Rivotril	14	0,1 mg/kg/j	
	Flunitrazépam	Rohypnol	9	1 mg/j	Plus commercialisé
	Tétrazépam	Myolastan	9	100 mg/j	Plus commercialisé

<i>Antihistaminiques</i>			32		
	Alimémazine	Théralène	19	40 mg/j	
	Hydroxyzine	Atarax	12	300 mg/j	12 semaines maximum
	Oxomémazine	Toplexil sirop	1	13,2 mg/j	
<i>Carbamates</i>			1		
	Méprobamate	Equanil	1	1600 mg/j	12 semaines maximum
Somnifères			467		4 semaines maximum
Hypnotiques					
Citation de la classe seule			161		
	Zolpidem	Stilnox	206	10 mg/j	
	Zopiclone	Imovane	66	7,5 mg/j	
	Lormétazépam	Noctamide	25	2 mg/j	
	Méprobamate/acépro métazine	Mépronizine	2	800/20 mg/j	
	Nitrazépam	Mogadon	2	5 mg/j	
	Loprazolam	Havlane	2	1 mg/j	
	Clorazépate dipotassique/acépro mazine/acéprométazi ne	Noctran	2	10 mg/j de clorazépate dipotassique	
	Estazolam	Nuctalon	1	2 mg/j	
Antalgiques de palier II			275		
Citation de la classe seule			42		
<i>Codéine et dérivés</i>			125		
	Codéine citée seule		59		
	Codéine/Paracétamol	Codoliprane Dafalgan codéiné	61	4 g/j de paracétamol	

	Codéine camphosulfonate/sulf ogaïacol/grindélia	Néocodion	3	120 mg/j de codéine	
	Pholcodine	Respilène sirop	2	48 mg/j	
<i>Tramadol et associations</i>			67		
	Tramadol/Paracétam ol	Ixprim	50	4 g/j de paracétamol	
	Tramadol	Contramal Monocrioxo Biodalgic	17	400 mg/j	
<i>Autres</i>			43		
	Paracétamol/Opium/ Caféine	Lamaline	21	10 gél/j 6 supp/j	
	Nefopam	Acupan	20	120 mg/j 6 ampoules	IV ou IM PO = hors AMM
	Paracétamol/dextropr opoxyphène	Diantalvic	2	6 gél/j soit 2400/180 mg/j	Plus commercialisé
Opioides forts/traitement de substitution aux opioïdes			67		Par 28 jours maximum
	Buprénorphine	Subutex Temgésic	29	16 mg/j	
	Fentanyl	Actiq Durogesic	14	Pas de dose maximale	
	Sulfate de morphine	Actiskénan Skénan	12	Pas de dose maximale	
	Oxycodone	Oxycontin Oxynorm	8	Pas de dose maximale	
	Méthadone chlorhydrate	Méthadone	3	100 mg/j, > dans certains cas	Par 14 jours pour la forme sirop

	Atropine sulfate/morphine chlorhydrate trihydrate/papavérine	Spasmalgine	1	Pas de dose maximale	Plus commercialisé
Antidépresseurs			65		
Citation de la classe des tricycliques seule			15		
Citation de la classe des IRS seule			7		
	Tianeptine	Stablon	8	37,5 mg/j	
	Amitriptyline	Laroxyl	7	150 mg/j	
	Escitalopram	Seroplex	7	20 mg/j	
	Fluoxétine	Prozac	6	60 mg/j	
	Venlafaxine	Effexor	6	375 mg/j	
	Clomipramine	Anafranil	3	150 mg/j	
	Miansérine	Athymil	3	90 mg/j	
	Paroxétine	Deroxat	2	50 mg/j	
	Agomélatine	Valdoxan	1	50 mg/j	
Neuroleptiques			22		
Citation de la classe seule			3		
	Cyamémazine	Tercian	15	300 mg/j 600 mg/j cas exceptionnels	
	Loxapine	Loxapac	2	600 mg/j PO 300 mg/j IM	
	Olanzapine	Zyprexa	1	20 mg/j	
	Lévomépromazine	Nozinan	1	200 mg/j 400 mg/j cas exceptionnels	
Antiépileptiques			8		
	Prégabaline	Lyrica	5	600 mg/j	
	Gabapentine	Neurontin	2	3600 mg/j	

	Divalproate de sodium	Depakote	1	2500 mg/j	
Amphétamines et dérivés			6		
	Amineptine chlorhydrate	Survector	5	100 mg/j	Plus commercialisé
	Fénétylline chlorhydrate	Captagon	1	150 mg/j	En ATU
Autres			12		
Triptans cités seuls			4		
AINS	Ibuprofène		1	1200 mg/j	
Anorexigène	Benfluorex	Mediator	1	450 mg/j	Plus commercialisé
Antiparkinsonien anticholinergique	Trihexyphénidyle	Artane	1	15 mg/j PO 30 mg/j IM	
Antiasthmatique dérivé xanthique	Théophylline		1	800 mg/j	
Corticoïdes/béta-2-mimétiques de longue durée d'action inhalés	Budésonide/Formotérol	Symbicort Turbuhaler	1	1600/48 µg/j	
Décongestionnant sympathomimétique	Pseudoéphédrine	Sudafed sirop	1	240 mg/j	
Myorelaxant d'action centrale	Baclofène	Lioréal	1	75 mg/j en ambulatoire 120 mg/j en milieu hospitalier	
Substituts nicotiniques	Nicotine gommes		1	60 mg/j	

Tableau 4 : Médicaments et classes thérapeutiques cités dans le contexte précis de consommation extrême à visée psychotrope en ordre décroissant d'importance.

Classe thérapeutique	Principe actif / DCI	Nom commercial	Nombre de citations	Posologie maximale selon l'AMM (adulte)	Autres précisions de l'AMM
Antalgiques de palier II			52		
<i>Codéine et dérivés</i>			34		
	Codéine citée seule		8		
	Codéine/Paracétamol	Codoliprane Dafalgan codéiné	19	4 g/j de paracétamol	
	Codéine camphosulfonate/sulf ogaïacol/grindélia	Néocodion	4	120 mg/j de codéine	
	Pholcodine	Respilène sirop	3	48 mg/j	
<i>Tramadol et associations</i>			15		
	Tramadol	Contramal Monocrixo Biodalgic	10	400 mg/j	
	Tramadol/Paracétamol	Ixprim	5	4 g/j de paracétamol	
<i>Autres</i>			3		
	Paracétamol/Opium/ Caféine	Lamaline	1	10 gél/j 6 supp/j	
	Nefopam	Acupan	1	120 mg/j 6 ampoules	IV ou IM PO = hors AMM

	Paracétamol/dextropropoxyphène	Diantalvic	1	6 gél/j soit 2400/180 mg/j	Plus commercialisé
Anxiolytiques			47		
<i>Benzodiazépines et dérivés</i>			45		12 semaines maximum
Citation de la classe seule			8		
	Bromazépam	Lexomil	12	18 mg/j en ambulatoire 36 mg/j en hospitalisation	
	Oxazépam	Seresta	8	150 mg/j	
	Alprazolam	Xanax	4	4 mg/j	
	Flunitrazépam	Rohypnol	4	1 mg/j	Plus commercialisé
	Diazépam	Valium	3	40 mg/j	
	Clonazépam	Rivotril	2	0,1 mg/kg/j	
	Tétrazépam	Myolastan	2	100 mg/j	Plus commercialisé
	Clorazépate dipotassique	Tranxène	1	90 mg/j	Gél 5-10mg : 12 semaines maximum Gél 20mg : par 28 jours maximum
	Lorazépam	Temesta	1	7,5 mg/j	
<i>Carbamates</i>			2		
	Méprobamate	Equanil	2	1600 mg/j	12 semaines maximum
Somnifères/hypnotiques			29		4 semaines maximum
Citation de la classe seule			3		
Barbituriques cités seuls			1		
	Zolpidem	Stilnox	19	10 mg/j	

	Zopiclone	Imovane	5	7,5 mg/j	
	Lormétazépam	Noctamide	1	2 mg/j	
Opioides forts			14		Par 28 jours maximum
	Sulfate de morphine	Actiskénan Skénan	10	Pas de dose maximale	
	Fentanyl	Actiq Durogesic	3	Pas de dose maximale	
	Atropine sulfate/morphine chlorhydrate trihydrate/papavérine	Spasmalgine	1	Pas de dose maximale	Plus commercialisé
Antidépresseurs			7		
	Tianeptine	Stablon	3	37,5 mg/j	
	Miansérine	Athymil	2	90 mg/j	
	Escitalopram	Seroplex	1	20 mg/j	
	Clomipramine	Anafranil	1	150 mg/j	
Neuroleptiques			6		
Citation de la classe seule			3		
	Cyamémazine	Tercian	2	300 mg/j 600 cas exceptionnels	
	Loxapine	Loxapac	1	600 mg/j PO 300 mg/j IM	
Amphétamines et dérivés			4		
	Amineptine chlorhydrate	Survector	3	100 mg/j	Plus commercialisé
	Fénétylline chlorhydrate	Captagon	1	150 mg/j	En ATU
Antiépileptiques			1		
	Prégabaline	Lyrica	1	600 mg/j	
Autres			7		
Antiparkinsonien	Trihexyphénidyle	Artane	3	15 mg/j PO	

anticholinergique				30 mg/j IM	
AINS	Ibuprofène		1	1200 mg/j	
Antiasthmatique dérivé xanthique	Théophylline		1	800 mg/j	
Corticoïdes/béta- 2-mimétiques de longue durée d'action inhalés	Budésonide/Formotér ol	Symbicort Turbuhaler	1	1600/48 µg/j	
Décongestionnant sympathomimétiq ue	Pseudoéphédrine	Sudafed sirop	1	240 mg/j	

Annexe 2 : Interviews de patients : entretiens retranscrits et anonymisés**Entretien n°1**

- Je suis médecin, j'ai 58 ans, j'ai exercé de ma première installation en 1990 jusqu'en 2002, j'ai élevé seul mes enfants et j'ai commencé à avoir des difficultés d'ordre dépressif un peu après, en 1998 environ. J'ai continué à travailler, et comme j'étais seul j'ai fait pas mal de gardes...donc c'était un double emploi du temps. Je me suis mis moi même sous antidépresseurs : je n'ai pas bien supporté, j'ai commencé une psychothérapie avec un psychologue pendant 2 ans, ça n'a pas fait avancer beaucoup les choses. Donc j'ai abandonné un an, ensuite j'ai repris en consultant un psychiatre qui m'a suivi en psychothérapie avec des antidépresseurs. Il me proposait des doses filantes de benzos pour les attaques de panique ou les crises d'angoisse. J'ai continué à travailler jusqu'en 2002 avec ça. Et puis en 2002 ça a été l'année du bac de ma plus jeune fille, là j'ai complètement décompensé, j'ai vendu mon cabinet, je pense que j'ai eu un burn out...enfin la limite est floue entre burn out et dépression. Là j'ai été étiqueté de dépression sévère, et puis je me suis mis à consommer des benzos en augmentant les doses pour calmer les attaques de panique au départ, je pense qu'il y a eu un phénomène de tolérance aussi. Et puis ensuite pour me déconnecter, j'avais des idées suicidaires très importantes, donc j'ai résolu le problème du passage à l'acte en prenant des doses importantes de benzos...et ça ça a duré à peu près une année. La dose c'était à peu près entre 10 et 15 alprazolam 0,5 mg plus 5-6 zopiclone par jour. Ça c'était le maximum mais ça variait en fonction des jours.

J'étais toujours sous antidépresseurs, les doses les plus importantes que j'ai pris

c'était de la Miansérine 60 mg plus du Seroplex 20 mg, maintenant c'est du Seroplex 20 mg et de la Miansérine 20 mg. Je continuais la psychothérapie donc le psychiatre était au courant de ma consommation. C'était pas gérable...j'ai refusé l'hospitalisation parce que j'avais encore ma fille à domicile. J'étais en prison...je ne voulais pas être hospitalisé de toute façon. Et donc je suis resté chez moi.

Actuellement je prends 30 mg de diazépam par jour, et un zopiclone en plus des antidépresseurs...et je suis en arrêt maladie. Ça a diminué en faisant un switch avec le diazépam : c'est plus facile à baisser le diazépam que l'alprazolam. C'est moi qui ai organisé la diminution, et qui me prescrivait les médicaments. Je n'ai plus de suivi maintenant depuis que j'ai déménagé, il n'y a aucun psychiatre proche d'ici. Au final j'ai travaillé pendant quatre ans entre le début de ma dépression et l'arrêt de mon travail, avec ça. Mais pendant les quatre ans où j'ai travaillé je ne surdosais pas les benzos en dehors des week-ends.

- Et actuellement vous prenez les médicaments de façon classique ou bien ça vous arrive encore d'avoir des épisodes où vous surdosez ?
- Rarement, très rarement...non maintenant c'est devenu exceptionnel.
- Est-ce que vous consommez d'autres substances ?
- Non, pas d'alcool, pas de tabac, c'est tout à fait isolé.
- Est-ce qu'il y a eu des conséquences de cette surconsommation ?
- Non c'était plutôt la consommation qui a été la conséquence du reste.
- Jamais eu de soucis avec la sécurité sociale, judiciaires ou autre ?
- Non
- Votre vision de l'avenir ?
- Je pense que je vais sevrer progressivement les benzos, et une fois que je n'aurais plus de benzos je commencerais à essayer de diminuer les antidépresseurs. Mais

je pense que cette surconsommation elle n'arrive jamais sur un terrain neutre, du coup je ne pense pas que ce soit la surconsommation en elle même qui soit un problème, je pense que l'origine c'est les problèmes de chaque personne qui utilise de ce genre de toxiques...enfin qui a une addiction comme ça à ce genre de produits...sans psychothérapie c'est difficile de s'en sortir. Ça n'arrive pas par hasard. J'ai fait une anorexie mentale quand j'étais jeune au collège, c'est dans le cadre des addictions. J'ai tout de suite été pris en charge mais initialement le problème venait d'une maltraitance familiale...enfin parentale.

Après ça a décompensé à nouveau quand j'ai été seul, ma femme est partie sans laisser d'adresse. Mais l'origine c'est la maltraitance que j'ai subi enfant, j'aurais du être suivi, enfin suivre une psychothérapie à l'adolescence, pour pouvoir comprendre que j'étais victime de maltraitance. Et dans ma patientèle j'ai souvent eu des histoires comme ça de gens toxicomanes qui prenaient de l'héroïne, de la cocaïne ou des choses comme ça...en creusant leur enfance on trouve toujours un truc qui avait pas été, même souvent des abus sexuels. Pour moi c'était une maltraitance...je suis né avec une malformation physique, et ça a pas du tout été accepté par ma mère, donc elle me traitait comme un vilain petit canard, c'était des maltraitements physiques, et mon père était un communiste convaincu donc il y avait une injonction paradoxale de réussir à l'école et en même temps c'était des hurlements si on écoutait la radio, etc...

- Autre chose pour conclure ?
- Surtout le message que je voudrais faire passer c'est que l'addiction...enfin avoir pris tout ça pendant un moment, avoir surdosé, ça m'a sauvé la vie parce que c'était ça où je me suicidais en fait. Si je n'avais pas réussi à me déconnecter, je me suicidais, et j'ai envie de dire qu'une prise excessive de psychotropes comme ça ça

doit être considéré comme un symptôme. C'est pas le problème en soi, c'est la conséquence d'autre chose. Malheureusement il y a de moins en moins de psychothérapeutes / psychiatres pour la prise en charge...

Entretien n°2

- Ça a commencé étant très jeune déjà, je dirais vers les 18 ans, c'est l'âge à peu près où j'ai commencé à toucher à l'héro. Je suis vite passé au Subutex et j'y suis resté une longue période, facilement 10 ans. J'avais arrêté une petite période et repris par la suite, puis en prenant le Subutex j'en prenais toujours plus, toujours plus, toujours plus. Sinon il y a 6 ans maintenant de ça, j'ai fait un sevrage d'alcool, je ne bois plus une goutte. La consommation d'alcool avait commencé plus tôt vers 13 ans. Et après je mélangeais Subutex, alcool etc. L'héro j'avais complètement arrêté quand j'étais passé au Subutex. Seulement là bon plus ou moins récemment j'ai arrêté le Subutex pour passer à la Méthadone, et pour franchir le cap, pour passer du Sub à la Métha, j'ai repris de l'héro, et pas mal à cette période là, c'était sur une semaine à peu près, et après je suis passé à la Méthadone ...et puis la Méthadone pareil j'ai commencé avec 100 et puis 150, 200 et là je me retrouve avec 400 mg par jour en ce moment. J'ai besoin de toujours plus, toujours plus, toujours plus. Le Subutex c'était l'horreur, il me fallait deux boîtes par jour, deux boîtes de 8 mg. Et bon je ne le prenais pas comme il fallait non plus : je le sniffais. La Méthadone je suis arrivé à un stade où je suis au maximum.
- Et vous prenez d'autres médicaments ?
- Du Zopiclone également. Une boîte par jour en moyenne, 14 comprimés. Ça j'ai commencé il y a 6 ans quand j'ai fait mon sevrage d'alcool. Au début je prenais un à

deux comprimés le soir, et en sortant de mon sevrage en fait je suis sorti avec une liste : Valium, Xeroquel, mirtazapine et plein d'autres trucs encore. Je pouvais pas garder tout ça toute ma vie non plus. Alors j'ai tout arrêté et j'ai juste gardé le zopiclone et la Métha...enfin le Subutex à l'époque, la Métha c'est arrivé après.

Après le zopiclone c'est comme le reste, j'en avais besoin de plus en plus, mais ça me faisait l'effet inverse en fait. Ça me fait l'effet stimulant. Le Subutex je le prenais pour me doper en fait, pour être performant au boulot, pour tenir sur mes jambes, j'étais réparateur dans une petite boîte. Et puis en fait le résultat de tout ça...c'est que j'ai perdu ma femme, on a vendu la maison, j'ai perdu mon boulot, et puis là je me retrouve à vivre chez mes parents...à 36 ans. Ce qui s'est passé c'est qu'il y a eu plusieurs erreurs de faites lors de réparations à domicile, mais ça a été amplifié alors que c'était des erreurs que tout le monde peut faire mais comme ils voyaient bien que j'étais pas au sommet de ma forme, ils en ont profité pour me lancer des avertissements, et puis pour m'envoyer chez le médecin conseil...La fois où on m'a fait le courrier comme quoi je ne pouvais plus travailler à domicile chez les gens je me suis dit...c'est fini. Bon c'est comme si on m'avait coupé les jambes. Puis petit à petit ils m'ont cherché des poux et puis voilà...ils m'ont trouvé un remplaçant donc on était à trois dans la boîte et le moindre problème qu'il y avait, le moindre défaut, c'était de ma faute. J'attends ma lettre de licenciement, ça met deux mois de préavis donc ça va pas tarder, ils ont trouvé un petit jeune qui me remplace et qui leur coûte moins cher en plus.

- Vous pouvez me décrire votre consommation ?
- Pour le Subutex le matin il me fallait deux comprimés au réveil, deux avant de partir au boulot, je m'en réservais deux entre 10h-11h, ensuite entre midi et deux il m'en fallait encore quatre et puis parfois même deux boîtes ne me suffisaient pas pour la

journée. L'effet était instantané. Bon là l'effet de la Métha c'est pas pareil...ça me casse plus en fait...je ne retrouve plus l'effet stimulant comme le Subutex, il y a plus un effet défonce qu'un effet dopage. Il me fallait quand même toujours plus, toujours plus, sinon je me sentais mal : des frissons dans le dos, des courbatures, des sueurs...l'effet de manque quoi. Là en théorie j'ai cinq gélules le matin et cinq le soir mais en fait je le prends aussi un peu réparti sur la journée. J'en prends trois au réveil tout de suite, ensuite deux avant midi, début-milieu d'après-midi j'en reprends trois, et j'en prends deux le soir avant de me coucher. Les zopiclone je les prends en parallèle ça me permet d'avoir l'effet stimulant.

- Comment vous voyez l'avenir ?
- Ben ces derniers temps il m'est arrivé de reprendre de l'héro et de la cocaïne aussi. Ce qu'on trouve en ville, les mecs ils vous arnaquent...c'est même pas la peine, jeter l'argent par la fenêtre c'est pareil. Et puis du coup j'ai prévu un dernier tour à l'étranger avec un copain et puis après ça on va essayer de mettre un frein. Moi j'ai ma fille aussi, j'ai une petite fille c'est pour ça que j'ai arrêté l'alcool aussi. Là le jugement a eu lieu donc la garde et l'autorité parentale a été accordée aux deux parents, par contre la garde principale c'est mon ex qui l'aura et moi j'aurais le droit de la voir pendant les vacances.
- Vous fumez par ailleurs ?
- Oui juste du tabac, depuis 14-15 ans, je suis à 1 paquet, 1 paquet 1/2 par jour.
- Est-ce que vous avez déjà eu des complications ?
- Avec la Sécu oui. En fait ce que je faisais avant c'est que j'allais voir X médecins, plusieurs, pour arriver à avoir mes deux boîtes par jour. Jusqu'à ce que je rencontre mon médecin actuel qui m'a dit "Je vous fais l'ordo mais tout ce qui dépasse 16 mg par jour il faudra payer". Et puis je faisais ça pendant des mois et des mois jusqu'au

jour où ils m'ont envoyé un courrier : "Pendant 7 mois vous avez "grugé la Sécu" donc maintenant les trois prochains mois qui suivent il faudra payer de votre poche votre traitement" donc tout ça ça m'a un peu foutu financièrement dans la merde ! J'ai du faire un prêt pour ça de 5000 euros pour pouvoir rembourser mes conneries. Du coup mon ex elle n'a pas trop apprécié. Avec la Méthadone ils voulaient me faire le même coup maintenant comme quoi je dépassais une certaine dose et puis que c'était pas remboursé par la Sécu. J'en ai parlé à mon médecin qui m'a arrangé la chose il m'a dit "il n'y a pas de limite en fait avec la méthadone ça dépend du patient etc..." puis bon j'ai aussi du me le payer pendant quelques mois par contre ils ont pris 4 à 5 mois avant de me rembourser complètement. Toutes les semaines je devais avancer 180 euros pour mon traitement, et ça pendant deux mois.

Sinon pas d'autre souci, je n'ai jamais revendu...au contraire quand j'en avais plus j'en achetais au black et hors de prix. Je me demandais même pourquoi j'en achetais à ce prix là alors qu'il suffit d'aller chez le médecin. Mais voilà...on dépasse une certaine limite et après le médecin il te dit "non c'est plus la peine", on peut avoir un chevauchement une fois ou deux mais pas toutes les semaines.

- Et les relations aux professionnels de santé ?
- J'ai eu des soucis avec mon ancien psychologue, on s'était toujours bien entendu et puis bon je n'y arrivais pas avec le Subutex j'en voulais toujours plus et un jour il s'est énervé : "vous n'avez qu'à déménager, habiter à côté d'une usine de Subutex", il m'a carrément gueulé dessus et il m'a foutu à la porte. Voilà merci au revoir ! Depuis je n'ai plus de contacts avec lui. Et à la pharmacie ils m'ont conseillé mon nouveau médecin comme j'étais perdu. Puis ça fait un peu plus d'un an que je le vois et ça se passe bien.

Sinon les soucis avec ma copine et le Zopiclone c'était aussi que comme je le

laissais fondre sous la langue ça avait un goût assez amer, personnellement ce goût je l'aimais bien mais elle ne supportait plus ça. C'est aussi un peu l'addiction d'avoir ce goût en bouche et puis d'avoir le goût du zopiclone, des benzodiazépines.

- Votre consommation d'alcool vous pouvez m'en dire plus ?
- Au début c'était festif étant plus jeune mais j'ai un ami qui est mort puis c'était plus pour me noyer là dedans. Un accident de voiture...là c'est le premier soir où j'ai bu une bouteille de whisky à moi tout seul. Et par la suite, dans ma famille il y avait tout le monde qui buvait aussi, ça a toujours été comme ça : l'apéro le soir, après manger...il y avait des excès tout le temps, du côté de mon père, du côté de ma mère, les fêtes, les week-ends aussi. Après moi j'étais toujours dans l'excès, toujours pour tout en fait, c'est toujours plus, toujours plus, toujours plus. Puis quand j'ai commencé à habiter avec ma copine j'ai essayé de me limiter un soir sur deux, mais bon le soir je buvais une bouteille de pastis entière. Après la cure j'ai tout arrêté, mais j'ai un peu remplacé ça par les zopiclone et les médocs quoi.
- Vous aviez eu des problèmes dans l'enfance ?
- Mon père il n'était jamais très présent, je me suis fait virer plusieurs fois du collège, je n'étais pas vraiment un délinquant mais des conneries de jeunesse j'en ai faites, comme tout le monde...peut être un peu plus. C'est surtout la mort de mon pote qui a tout déclenché...j'ai commencé à goûter à l'alcool, après c'était le shit, et puis après ça a commencé avec les ecstasys, les trips, le LSD tout ça, après un peu d'héroïne, un peu de cocaïne et puis après on est restés à l'héro, toujours sniffé. Je ne me suis jamais injecté, c'était avec la bande de potes au départ, seul par la suite. J'avais essayé d'arrêter sans le Subutex, j'ai tenu deux jours, trois jours, puis après je n'en pouvais plus et j'ai quand même pris du Subutex pour calmer le

manque.

- Autre chose qui vous semble important ?
- Avec la Métha ce qui est très important c'est de la prendre comme il faut, parce que vu que je suis en gélules on peut la sniffer aussi. Déjà le fait de la sniffer ça vous détruit les cloisons nasales, ça vous bouche carrément le nez, ça fait une sorte de gélatine quoi, et puis des plaies... J'avais une petite période où j'avais essayé de la sniffer, et j'avais des maux de tête, un truc de fou. Tout ça parce que je ne le prenais pas comme il fallait. Il faut bien la prendre comme il faut par la bouche, avec un verre d'eau, surtout pas par le nez, et surtout pas par seringue !

Entretien n°3

- Ça a commencé à l'âge de 21 ans, en vacances à l'étranger. J'avais un peu de mal à dormir, c'est là que j'ai commencé les somnifères, de la doxylamine, sans ordonnance, Donormyl mais dans la version étrangère. Donc j'en avais pris quelques uns, ça m'aidait à dormir, et en France j'ai continué à prendre doxylamine. Jusqu'au jour où ça ne marchait plus et où j'ai arrêté un petit moment. Après au bout d'un temps j'en ai repris, comme je travaillais des matinées, des nuits, des matins, en décalé...je travaillais en extérieur comme technicien sur les lignes électriques. Un jour je suis allé chez le médecin en lui disant que je n'arrivais plus à dormir. Elle m'a tout de suite donné du Lexomil plus du Stilnox. Sur le coup ça marchait un certain temps, jusqu'à ce que je découvre que le Lexomil faisait un petit effet pas trop mal, un petit peu relaxant. Mais c'est surtout le Stilnox qui m'a accroché : au début je l'avais pris et ça me faisait dormir, jusqu'à un jour où je l'ai pris et je ne m'étais pas couché tout de suite, et au bout de 15 – 20 minutes on a un

effet...on a plus aucune inhibition, on se sent libre, on est bien. C'est vraiment un truc qui boostait, ça donnait envie de faire des choses qu'on osait pas faire, ça me faisait parler aux gens sans problème, vraiment aucune inhibition, aucune peur de parler de certaines choses aux gens. Mais bon il y en a qui remarquaient et qui disaient "tiens t'as des petits yeux toi", ça donnait des yeux un petit peu dilatés. Après le Lexomil j'ai laissé tomber au fur et à mesure, et c'était au Stilnox. C'était des doses normales au début, j'en prenais un par soir parce que je me limitais à le prendre le soir, c'était mon petit plaisir, je ne voulais pas le prendre en journée. Jusqu'à ce que j'en prenne deux...enfin je ne les prenais pas en même temps : j'en prenais d'abord un, ça agissait un peu moins bien alors j'en prenais un deuxième, voire un troisième, c'est arrivé jusqu'à un quatrième. Et ça ça a duré pendant une grande période, j'en prenais 5 maximum...mais pas en même temps, sur le soir répartis sur deux ou trois heures. Jusqu'à un moment où ça a totalement déconné je ne sais pas ce qui s'est passé : on me donnait 2 boîtes de Stilnox, j'en prenais 2-3-4, et je ne sais pas ce qui se passait..je n'avais plus aucun contrôle, je me levais le lendemain matin...et mes deux boîtes étaient vides. Je n'avais plus aucun souvenir de quand j'avais pris ça. Ca a mis du temps...deux ans, trois ans peut être. Avant que je n'arrive à en prendre 2 boîtes par nuit, comme je prenais jusqu'à 5 Stilnox par soir, ce qu'on me prescrivait ne me suffisait plus. Et j'avais trouvé un site internet qui en vendait. Donc si je n'en avais plus, j'avais le site internet. Mais je me demande si il n'y avait pas autre chose dans leurs produits parce que j'avais des réactions un peu bizarres : au bout d'un moment j'avais comme des coupures dans la jambe, elle était gelée. Là ça commençait un peu à m'inquiéter, je me suis dit "mince qu'est-ce qui se passe, c'est bizarre", pourtant je ne tiltais pas que ça pouvait être les médicaments que je commandais sur internet. Et il y a des

moments quand je n'avais pas commandé sur internet, j'étais accro, et quand j'étais accro c'était catastrophique : j'étais dans un état où je croyais que j'allais mourir. C'était des sueurs froides, totalement mal, je grelottais, j'étais pas bien...mais vraiment vraiment pas bien...

Au bout d'un moment il arrivait que j'en prenne au travail, parce que j'étais dans travail assez cool, dès fois les collègues me disaient "vas-y fais une petite sieste, moi je fais ton travail à la place" et puis inversement après. Et c'est là que j'ai commencé à en prendre au travail, c'est là que ça a cloché parce que les collègues ont commencé à remarquer que j'étais bizarre, c'est à dire que quand on prend ça on a plus aucun équilibre...on marche, on tombe. Je prends le vélo, je fais deux mètres, je tombe. Là par contre je ne sais plus combien de temps ça a duré...mais à un moment le médecin du travail m'a convoqué, il m'a dit "Qu'est-ce qui vous arrive là ? Ça ne va plus..." et il m'a sauvé ! Il m'a sauvé, il m'a arrêté, il m'a enlevé du travail et puis il m'a fait suivre par un psychiatre...mais je continuais toujours quand même à en prendre, mais peut être moins dans la journée. Là maintenant je n'en prends plus du tout du Stilnox, j'ai vraiment plus que les médicaments que me prescrit mon médecin traitant. En fait à un moment j'en avais marre d'être dépendant de tout ça...surtout que quand j'en avais pas j'étais mal...mon médecin m'a dit "Vous avez près d'ici un hôpital où vous pouvez faire une cure de sevrage à la Méthadone, il faudrait que vous passiez à la Méthadone. Donc je suis allé à l'hôpital à côté de Lyon, et ça s'est très bien passé, le passage à la Méthadone s'est très bien déroulé, je n'ai pas eu de manque.

Bon actuellement là je suis à 200 mg par jour, c'est un peu un accident...au départ j'étais à 70 mg/jour et ce qui s'est passé c'est qu'à un moment, je ne sais pas pourquoi, pendant 2-3 jours je croyais que je ne l'avais pas pris le soir ou que je

l'avais pris le matin, et j'en reprenais le matin ou le soir, ce qui fait que j'ai augmenté les doses. Je n'avais pas de symptômes de manque, c'est moi, je n'étais plus sur,...je me disais "Mince je ne l'ai pas pris hier, puis je dois aller au travail, si j'en prends pas ça ne va pas aller...". Ce qui fait qu'on en est arrivé à 6 gélules finalement, ce que j'ai actuellement. C'est arrivé assez bêtement, j'ai essayé deux fois de redescendre. Une fois j'ai réussi à baisser de 1 gélule 1/2 mais je commençais à me sentir plus trop bien. Et une deuxième fois j'ai baissé de une gélule et c'est pareil, ça n'a pas fonctionné. Ce n'est pas facile, ce n'est pas possible de baisser. Moi j'aimerais bien...même si mon médecin il est plutôt à cheval sur l'Acupan...mais c'est pas l'Acupan qui pose problème au travail, moi mon médecin du travail c'est la Méthadone qui le dérange. Ils me disent "Alors vous prenez toujours la Méthadone ? Vous voulez pas arrêter ?" Je fais "J'aimerais bien arrêter mais on ne peut pas arrêter comme ça". Si je pouvais arrêter je serais ce qu'on appelle "apte sécurité", c'est à dire que je pourrais de nouveau travailler comme avant et là j'aurais beaucoup plus d'offres d'emploi, tandis que là je suis bloqué, je suis un homme à tout faire, je fais un peu de tout, de l'entretien.

La Métha en plus là ça ne me fait plus d'effet. Quand je l'ai eu au début ça faisait un petit effet sympathique, mais c'était pas grand chose, c'était de la détente. Je la prenais et après une heure je commençais à être bien et ça durait une petite heure, c'est vraiment pas grand chose mais c'est toujours ça.

- Et vous prenez en ce moment de l'Acupan vous disiez ?
- Oui là actuellement je prends en moyenne 10 Acupans par jour. C'est moi qui avais l'idée de commencer parce que avant je prenais des Dolipranes codéinés pour les maux de tête, que j'achetais moi même...et à un moment ça ne marchait plus. J'ai vu avec mon médecin généraliste, à ce moment là il me donnait 2 boîtes d'Acupan

pour deux semaines, jusqu'à ce que je lui dise "Écoutez il y a un problème je prends des Codolipranes ça ne marche plus il me faudrait plus d'Acupan". Comme ça on a augmenté petit à petit. Le Codoliprane j'en prenais 4 à 5 par prises 3 à 4 fois par jour. Le Codoliprane maintenant ça ne me fait plus rien, je ne prends plus que l'Acupan, il ne sert plus à rien le Codoliprane.

- Et vous le prenez pour un autre effet que l'effet habituel l'Acupan ?
- Disons qu'il a un petit effet sympathique pendant une heure quand je le prends, c'est marrant il agit assez vite, parce que quand je le prends au bout de 5 min je sens déjà quelque chose, c'est relaxant. Pendant 10-15 minutes c'est relaxant puis pendant une heure après c'est toujours relaxant mais un peu moins, et au bout d'une heure ça n'agit déjà plus. Généralement quand je travaille je les prends le soir, quand j'en prends je les prends par 3 ou 4 , 10/jour c'est une moyenne : il y a des jours où je peux n'en prendre que 4, un autre jour 8, et puis au final on en arrive à 10/jour en moyenne au bout d'une semaine. Mais tous les jours je ne prends pas les mêmes doses. Ça dépend. J'en prends toujours une boîte au cas où avec moi au travail, au cas où j'ai vraiment mal à la tête et le midi j'en prends mais j'essaye franchement de tenir le soir pour essayer d'en prendre moins.
- Vous prenez d'autres médicaments à côté ?
- Non aucun, juste ce que mon médecin me prescrit. Dès fois je prends aussi du Celebrex, il me semble qu'à cause d'un accident de scooter que j'avais eu à 17 ans j'ai des problèmes de cervicales, et des fois le Celebrex il calme les problèmes de cervicales que l'Acupan ne calme pas. Ça je le prends ponctuellement, c'est quand je sens que j'ai mal à la tête et si je sais que j'ai un certain mal que l'Acupan ne va pas calmer je prends l'Acupan et un peu de Celebrex derrière. Je prends par 2-3 maximum, mais par contre ça ne me fait aucun effet autre que pour la douleur. Non

j'ai déjà eu sinon du Lexomil, j'ai eu du Xanax avant, du Valium aussi, j'ai essayé un peu tous les opiacés...mais ça n'a jamais été comme l'Acupan et le Stilnox. J'ai jamais acheté au black mais j'allais voir 2-3 médecins en moyenne comme les boîtes ne me suffisaient jamais pour un mois, effectivement j'avais 2-3 médecins chez lesquels je tournais. Maintenant j'ai 40 ans, je suis seul, pas d'enfants...

- Comment vous voyez la suite ?
- Pour l'instant je ne veux pas arrêter, je vous avoue que ça ne me gêne pas vraiment...Le seul problème c'est juste pour le travail, ça ne me gêne pas dans la vie de tous les jours : j'ai trouvé le moyen de prendre ça à des moments où j'ai le temps...
- D'autres consommations/addictions ?
- L'alcool je n'en ai plus bu depuis quelques années...je n'y arrive plus. Quand j'étais jeune on picolait pas mal avec les amis, on faisait le week-end en boîte et puis des fois on était le soir entre copains et on vidait un pack. Quand j'ai commencé le Stilnox j'ai arrêté, c'est un jour où j'avais la gueule de bois, j'ai pris un Stilnox et j'ai remarqué "Oh c'est miraculeux ça m'enlève la gueule de bois", c'est pas bon mais voilà ça m'avait enlevé la gueule de bois ! Et au fur et à mesure l'alcool je détestais de plus en plus le goût et ça a été remplacé par les médicaments. Sinon j'ai essayé une fois la cocaïne c'était à une soirée, j'avais déjà bien bu et il y a un copain qui m'en a filé, j'ai pris un sniff, c'est horrible ça passe au dessus de l'alcool, aucune inhibition, je me suis senti trop mal ! J'en ai pris deux fois ce soir là, j'en ai pris une fois parce que ça dure 1h-1h30 l'effet, et j'en ai repris une deuxième fois et après c'était fini, j'avais juste essayé. Sinon je fume des cigarillos, j'ai commencé à fumer à 18 ans des cigarettes et je suis passé aux cigarillos les 4-5 dernières années, une dizaine par jour.

Le cannabis j'en ai déjà fumé mais je n'ai pas aimé franchement ! Je n'ai pas aimé du tout. On m'a fait essayer comme ça mais je me retrouvais dans des états bizarres ça ne m'a pas plu, donc j'ai tout de suite laissé tomber.

- Vous avez déjà eu des problèmes en lien avec cette consommation de médicaments ?
- Oui, avec la Sécu : au bout d'un moment j'ai eu une convocation, c'était quand j'avais recommencé à travailler parce que j'étais 2 ans et demi en arrêt de travail. Et j'ai recommencé en mi-temps thérapeutique, on m'a mis trois mois au début et finalement ça a duré presque un an, et vers la fin j'ai été convoqué par une des personnes de la caisse, elle m'a dit que ça n'allait plus, et après elle m'a sorti toutes les délivrances que j'avais eu et elle m'a dit "Ça c'est de la toxicomanie, c'est fini !", je lui ai dit que si on me virait j'allais me tirer une balle. Et puis après ça, les docteurs, eux, ils n'avaient plus le droit de me prescrire aucun anxiolytique . C'est comme ça que je suis arrivé chez mon médecin actuel. Les remboursements, tant que ça reste dans le cadre d'un suivi, c'est OK.

Sinon je n'ai jamais eu d'autres soucis, je conduis, ça va bien, et les médecins avec eux ça s'est toujours bien passé, je leur demandais et ils me prescrivaient c'est tout.

- Des soucis personnels plus jeune ?
- Non ça a commencé sans raison valable, c'est au début parce que je n'arrivais pas à dormir, puis j'ai découvert les médicaments et ce qu'ils me faisaient, je n'avais pas de problème ou de trucs qui m'ont obligé à prendre ça. Avec la famille ça a été galère pendant un moment, ils ont eu peur, je les comprends, ils ont vécu des mauvais moments à cause de moi, puis ils m'en ont fait baver pendant un certain moment. Maintenant ils ont de nouveau un peu plus confiance, comme je suis suivi, puis ils ne me voient plus non plus déchiré. Ça va mieux là.

Entretien n°4

- Ça a commencé quand j'avais 15 ans, j'ai commencé à fumer des joints. Ensuite je suis devenue accro à la cigarette. Et puis après je suis allée en teuf et donc là j'ai pris des ecstasys et ça m'a plu tout ça, c'était sympa. Donc j'ai continué les teufs, j'ai expérimenté un peu tout pendant plusieurs années. Je travaillais un peu, je faisais surtout des saisons donc j'avais une vie un peu comme ça, où je passais partout et je me droguais, je prenais surtout du speed et de la coke, j'aime bien les stimulants plutôt moi. La cocaïne c'était du sniff, maintenant je me pique c'est plus agréable, c'est bien meilleur. Après ça je suis tombée dans l'héroïne...je suis toujours sous traitement...ça fait plus de 5 ans maintenant que je suis sous traitement. Ça j'ai arrêté par contre je n'y touche plus. Même si ça peut arriver une fois d'en retoucher mais c'est pas pareil, c'est juste comme ça. Comme je ne pouvais plus fumer vu que je ne supporte plus les joints, ça me met mal maintenant à cause de tout ce que j'ai pris...dès que je fume un joint, je me sens trop mal. Donc j'ai essayé l'héroïne comme ça en la fumant et ça m'a bien plu parce qu'à l'époque comme je faisais que des saisons c'était très dur, et en fin de journée je fumais un peu et toutes mes douleurs disparaissaient, c'était vraiment bien pour ça, je suis devenue accro comme ça. Après c'était plus pour le plaisir, c'était parce qu'il en fallait. Donc ça a duré 2-3 ans comme ça, où je prenais 3 grammes par jour. Donc là je la sniffais, je me suis piquée une fois avec mais c'était pas terrible.

Et donc là il y a 3 ans j'ai eu un travail, ça se passait plutôt bien, j'étais dans un domaine qui me plaisait. Je travaillais dans la vente mais je me suis fait virer, à la base j'étais serveuse ça me plaisait moins, et bref même si je suis quelqu'un de

volontaire, mon patron n'arrivait plus à me payer et il a été obligé de me licencier. Donc là je suis tombée vraiment mal et j'ai commencé à me piquer à la coke pendant 1 an, j'ai fait que ça, et après pour arrêter tout ça...je me suis même remise à boire parce que j'étais alcoolique, j'avais fait une pancréatite il y a 5 ans environ. Donc depuis 5 ans je ne buvais plus. Ces derniers temps je vois de nouveau l'addictologue pour essayer d'arrêter tout ça, je vis chez ma sœur, je suis rentrée près de chez moi...De tout arrêter comme ça c'est difficile donc je me suis remise à boire un petit peu, mais bon pas tant que ça. Le pire c'est que je suis tombée maintenant dans les médicaments, le Valium. Quand je me suis fait virer de mon travail, je suis tombée accro et je n'arrive plus à m'en sortir. Le début c'est aussi un copain qui habite en bas de chez moi qui m'en avait donné et qui m'avait fait essayer. Je connaissais déjà parce qu'on m'en avait donné à la sortie de l'hôpital suite à la pancréatite là, et donc moi ça m'avait pas accroché à l'époque. J'avais mon ordonnance puis j'avais arrêté. Mais là, le Valium ça m'a plu parce que comme je prenais beaucoup de cocaïne ça me permettait aussi de m'endormir. Au début je n'aimais pas trop l'effet que ça faisait, ça faisait un effet bizarre, ça donnait l'impression d'être en dehors de son corps, puis en plus le goût il est vraiment dégueulasse mais on s'y habitue à force... Et donc je suis tombée accro comme ça. Initialement je le prenais plus pour dormir et puis comme je mentais à ma famille, ils ne savaient pas que je m'étais fait virer, donc pour moi mentir comme ça c'était pas possible, c'était trop dur donc j'en prenais aussi pour oublier, et bon je suis tombée accro comme ça. Après j'ai fait des fausses ordonnances, j'en achetais et quand je ne pouvais pas en acheter je faisais des fausses ordonnances, et ce genre de trucs pas très clairs. J'en prenais presque 10 par jour, ça a augmenté progressivement mais vite parce que au début l'effet on le sent puis après on sent plus rien alors on

monte. Là je suis redescendue à 15 mg/jour maintenant, on a augmenté la Méthadone pour l'instant pour pouvoir arrêter le Valium. La Méthadone ça fait longtemps, ça fait plus de 5 ans maintenant. Ça ça a marché parce que je prends plus d'héro mais je suis tombée accro à la cocaïne en injection. Bon j'arrive à m'en passer, c'est juste qu'il ne faut plus que je revoie mes anciennes fréquentations parce que je sais que je peux toujours en avoir comme ça, c'est toujours ça le problème. La Métha je suis à 70 mg/ jour maintenant, j'étais descendue à 60 mais là j'ai commencé à remonter pour pouvoir arrêter le Valium, parce que la dernière fois j'avais arrêté mais je ne me sentais vraiment pas bien, ça n'allait pas, donc j'en ai racheté, j'en ai acheté à un copain, à cause du manque de Valium. Et donc là mon médecin il m'en a represcrit pour pouvoir arrêter petit à petit.

- Vous mélangiez les produits ?
- En teuf je prenais un peu tout ce qui passait, moi j'aimais surtout le speed, la cocaïne, quand j'avais les sous, c'est très cher. Sinon surtout le speed, le LSD, enfin ça dépendait des fois, il fallait que ce soit avec quelques amis. En teuf je n'aimais pas trop quand il y avait trop de monde, c'est un produit où on est hyper bien mais ça pouvait très mal se passer aussi, moi ça ne m'est jamais arrivé, j'avais surtout peur de ça c'est pour ça que j'en prenais rarement. Mais bon ça s'est toujours bien passé.
- Comment vous voyez l'avenir ?
- D'abord arrêter le Valium, ensuite on verra. La Méthadone on verra ensuite.
- Et concernant votre consommation d'alcool ?
- Ça va mieux. Bon là il n'y a pas longtemps c'était l'anniversaire de ma sœur donc tout le monde buvait et c'était un peu difficile pour moi, donc j'ai caché une bouteille et je buvais discrètement comme ma mère ne veut pas que je boive, comme j'ai

déjà fait une pancréatite.

Il faut que ça aille mieux, là j'ai 27 ans, je suis toujours au chômage. Je vois mon psychothérapeute toutes les semaines, je vais faire un travail sur moi d'abord, pour repartir parce que je sais que si je veux faire quelque chose il faut faire une formation et il n'y en a pas à côté de chez moi. Je ne me sens pas de repartir maintenant, je pense que je ressemblerais dans les mauvaises choses.

- Vous consommez d'autres choses ?
- Oui, une dizaine de cigarettes par jour, peut être un petit peu plus, je ne suis pas une grosse fumeuse. Le cannabis je ne le supporte plus du tout.
- Vous avez eu des conséquences de votre consommation de médicaments ?
- A cause du Valium oui j'ai eu un accident de voiture. J'étais toute seule, j'ai pris un virage, j'ai fait tomber mon téléphone et je l'ai attrapé et j'ai pris un poteau en béton. J'ai juste eu l'arcade ouverte, que du matériel, il ne s'est rien passé de plus. Mais bon je sais que c'est à cause de ça parce que ça perturbe beaucoup l'attention. Au niveau de la Sécu je n'ai jamais eu de souci, quand je faisais des fausses ordonnances je payais, je ne donnais pas la carte vitale. Avec les médecins sinon je n'ai jamais eu de souci, je suis quelqu'un de tranquille. Dans ma vie personnelle par contre ça m'a sûrement posé souci, même si je n'arrive pas à dire pourquoi ça doit m'empêcher de trouver un copain sérieux ou des trucs comme ça...j'ai l'impression que sans drogue la vie elle a moins de saveur on dirait, c'est ça le problème c'est un travail sur moi pour essayer de penser autrement.
- Le début c'était uniquement en contexte festif ?
- Oui avec ma meilleure amie on a commencé à fumer des joints puis après on a pris un peu d'ecsta ensemble mais c'était toujours festif. Bon après je sais qu'elle elle a tout arrêté parce qu'elle a trouvé un copain, il a jamais supporté ça et elle elle a

réussi à tout arrêter, moi j'en suis resté au même niveau. Bon je ne dis pas que c'est que grâce à ça qu'elle a réussi hein, elle est différente de moi.

- Dans la famille, y a t-il des antécédents ?
- Mon grand père buvait pas mal mais c'était comme tout le monde à l'époque.

Entretien n°5

- L'Imovane il est entré dans ma vie d'une façon complètement maladroite et si la personne qui m'a fait connaître ça savait comment je les prends, il en serait malade. Je trouve que ça ne réagit pas pareil sur tout le monde. Moi il y avait une femme dans mon entourage qui prenait des quantités de cachets que je n'aurais jamais supporté, j'en aurais jamais supporté la moitié, Lysanxia et compagnie je ne sais même pas comment elle faisait pour tenir debout, tout mélangé : les Stilnox, les gouttes qui agissent sur des jours, des choses pas possibles et par contre un zopiclone elle ne le supportait pas alors que moi j'en prends des quantités effarantes. Là ces temps ci j'en prends énormément, et déjà je dis énormément parce que c'est par deux, ça fait longtemps que je n'ai pas réussi à diminuer. Très honnêtement je pense que j'en prends facilement 4 à 5 fois par jour. Là je suis franc, c'est un peu ce qui me tient au quotidien, c'est la corde qui me brûle les mains mais qui me tient, à laquelle je me tiens. Du coup c'est un peu paradoxal. Alors ça a commencé parce que je travaillais de nuit et quand je rentrais chez moi à Marseille je n'avais pas sommeil, il y avait le marché et tout, ce qui fait que très vite j'ai eu un rythme de vie catastrophique, à savoir que je devais m'endormir vers midi- 2h de l'après midi, quelque chose comme ça, et quand je réattaquais le soir à 23h, je devais me lever dès fois en catastrophe à 21h30-22h, je ne voyais plus du

tout mon entourage, je ne voyais plus personne, je n'avais plus du tout de vie.

J'ai pris de l'héro à l'époque quand j'étais jeune aussi, après c'était autre chose ça.

C'est pour ça que j'ai l'impression qu'il est rentré autrement dans ma vie le zopiclone. Mon père il a pensé me réguler. Alors pour moi un médicament qui faisait dormir c'était : on le prenait et en attendant qu'on ait sommeil, on fait quelque chose. Mais du coup pas du tout, je le sais maintenant, des années après, c'est pour ça que jamais je ne dirais à mon père que de m'avoir proposé un petit Imovane pour m'endormir quand je n'y arrivais pas m'a fait tomber accro, parce qu'il se sentirait responsable. Je pense qu'il n'est absolument pas responsable, je suis le seul responsable. Mais c'est vrai que ça a un pouvoir décontractant sur moi et absolument pas ramollissant comme tous ces trucs que je n'ai jamais supportés d'ailleurs. Ça a un effet stimulant, mais du moment que je suis relaxé après, vu que je suis un anxieux, parce que j'ai des problèmes de dos, et c'est vrai que le stress tout ça ça m'apporte beaucoup de douleurs, et il y a beaucoup de douleurs aussi que je gère avec ça, parce que je suis détendu. Je n'utilise pas tant que ça d'autres antalgiques, sauf pour les grosses crises, un peu d'Ixprim mais c'est très rare, c'est surtout du Spasfon à côté, des trucs qui n'ont rien à voir. La toute première consommation d'Imovane c'était quand j'étais encore à Marseille, c'était il y a 9-10 ans. Ça a pris du temps à augmenter, parce qu'au début je l'avais pris puis je lui disais "Non mais tes trucs ça ne fait pas dormir, au contraire ça me file la pêche", je me rappelle bien, je me souviens bien de cette discussion qu'on avait, on était au restaurant avec un de ses potes, et il me disait "Mais enfin, il fallait se coucher ! C'est logique !" et justement son copain avait dit "Mais je ne trouve pas ça logique, je trouve qu'il a eu raison, moi j'aurais fait comme lui !" Surtout le fait qu'il soit infirmier, le fait qu'il soit dans le médical. Moi mes premiers traitements en ayant

une petite angine, des bronchites, des trucs comme ça, il m'a très vite expliqué pourquoi on prenait des antibiotiques, que un traitement ça avait un début et une fin et ainsi de suite, du coup j'ai toujours eu une oreille attentive à ce qu'il pouvait me dire, c'est pour ça que je voudrais surtout pas le lui dire maintenant, qu'il se rende compte...

L'héro sinon c'est fini je ne prends plus de drogue mais j'ai un traitement Méthadone...je veux pas dire mais c'en est une sacrée de drogue ! J'en prends moins de 20 mg par jour. L'héroïne c'était plus jeune, que ce soit l'envie ou quoi il n'y en a plus du tout là ! En fait au début je connaissais mais j'en avais une sainte horreur parce que les gens que je connaissais, je les sentais négatifs, c'était quelque chose que je n'aimais pas du tout. Il se trouve que quand j'avais 18 ans j'étais avec une fille qui avait pas mal souffert : sa mère était malade psychologiquement parlant. Et du coup après un passage en prison pour des histoires de fumette, un soir elle a un petit peu pété les plombs, je pense que son médecin traitant aurait du, en connaissant son impulsivité, ne pas lui prescrire autant de choses, en tout cas pas à récupérer tout d'un coup...puis en fait elle s'est donné du courage en prenant des médicaments et puis elle est morte, moi j'avais 19 ans. Donc après je n'arrivais pas trop à vivre, je n'arrivais pas trop à respirer, et ne serait-ce que physiquement ça m'a bien aidé. Ça a duré une dizaine d'années. Au début le Subutex c'est arrivé dans ma vie on m'en a parlé comme d'un traitement. Parce que pour moi le mot traitement avait une grande importance, mon père m'avait toujours appris qu'un traitement ça avait un début et une fin, et la substitution ce n'est pas un traitement ça n'a rien à voir. Et du coup je pense qu'on était des cobayes de toute façon à l'époque, moi j'étais sur Paris, c'est vrai que c'était bien mieux encadré que sur Marseille. Bref le Subutex quand j'ai voulu

arrêter je n'ai pas pu. Alors voilà quand je me suis senti assez fort parce que j'avais du boulot depuis un moment, un appartement, et puis j'avais une vie bien claire, ce qu'on appelait rangée, ce que tout le monde trouvait bien et ce qui les rassurait tous, je me suis décidé à m'en débarrasser et je suis passé sous Métha...pas mieux ! Maintenant mon père je lui dis tout, je ne lui fais plus aucune cachotterie, il croit que je lui en fais, il se fait des soucis pas possible pour rien alors que je suis vraiment dans l'étape de ma vie où je n'en fais plus.

Niveau boulot, je fais maintenant ce que je trouve, c'est à dire un petit peu des boulots de merde, je viens de reprendre parce que ça fait un an que je cherche vraiment, c'est vrai que ça a traîné beaucoup avant parce que ma fille quand elle est née j'ai plus eu envie de travailler et j'ai pas eu envie de payer quelqu'un pour s'en occuper, je préférais m'occuper d'elle et de ma copine de l'époque. Ma mère s'est barrée quand j'avais deux ans 1/2 donc je n'avais pas envie de répéter le même truc. Là je vais avoir 42 ans. Moi je pense que ce qui m'a le plus mis dedans c'est que ma mère me lâche à 2 ans et demi, je pense que c'est ça. Parce que c'est juste le fait d'avoir été une bonne mère nourricière et de se barrer du jour au lendemain, dans des conditions en plus puantes, ce qui fait que moi maintenant ça me laisse une espèce de vide...d'ailleurs on me le reproche beaucoup, ils me reprochent de ne pas réussir à me détacher de ça, et ce que moi je leur dit, c'est que eux ils ont vécu avec leur maman ils ne se rendent pas compte, je crois qu'ils ne se rendent pas compte ce que c'est...que de la part de la mère...là il n'y a pas longtemps pour la fête des mères elle m'a expliqué qu'elle n'avait aucune culpabilité de m'avoir laissé. Alors après elle essaie de se rattraper en m'envoyant un message en disant "Ça ne veut pas dire que je n'ai pas des regrets de ne pas t'avoir eu avec moi, mais tu comprends moi je ne vais pas culpabiliser...". Et tout ça

c'est vrai que ça joue beaucoup aussi, parce que je n'arrive pas à faire abstraction. J'ai un médecin, ça fait des années qu'on se connaît et c'est vrai que ça fait longtemps qu'il me dit "Tu gâches ton potentiel, tu gâches tes possibilités..." Il y en a une qui a compris, j'ai l'impression, c'est mon ancienne belle- mère, elle a eu deux enfants et elle a beaucoup joué le rôle de maman avec moi, même maintenant, même si on est plus ensemble avec sa fille, et du coup j'ai l'impression que c'est une des rares à comprendre, elle ne me pose plus de questions sur le boulot, alors qu'elle est vachement à cheval là dessus...

- La consommation d'Imovane vous a déjà posé des soucis ?
- Non je les paye ! Ah ben moi, quand j'y retourne avant, je les paye, et puis je ne vous cache pas que moi je suis dans une pharmacie aussi où elle me connaît depuis très longtemps, elle sait tout, on en a déjà parlé plusieurs fois, je ne vais que chez les même gens, ça fait 15 ans que je dois les connaître, je vais tout le temps chez eux je ne leur ai jamais menti. Je sais qu'ils me font confiance et je pense que je peux avoir confiance aussi. J'ai de très bonnes relations avec tous les professionnels de santé, et ça j'y tiens oui.
- Avez-vous eu des problèmes liés à votre consommation dans la vie professionnelle ou personnelle ?
- Alors ce qu'il y a c'est vrai que ça me pose des soucis parce que ça me fait culpabiliser, bon la culpabilité c'est terrible, et en plus ça apporte des choses pas franchement bonnes, donc du coup je pense que oui ça m'apporte le fait de m'énerver dès fois, le fait d'être accro ça fait que si jamais le docteur est en vacances je peux péter les plombs, je passe plus souvent sur la Méthadone que là-dessus.
- D'autres consommations ?

- Je ne bois pas une goutte d'alcool. Je fume, mais pas des cigarettes : je me lève tous les matins, c'est plus le soir quand je me couche ou devant mon PC.
- Comment vous voyez l'avenir ?
- Je veux arrêter mais ça me fait peur, c'est une des rares choses qui me fait peur, même l'angoisse je ne sais pas comment je vais la gérer, le reste j'ai l'impression que je vais gérer, enfin c'est vraiment qu'une impression. Et pour en revenir aux problèmes de santé c'est vrai que ça me fait culpabiliser, je vois bien qu'on essaie de me faire peur et en même temps de ne pas me conforter là dedans. Mais c'est vrai que je ne vois aucun...je ne vois vraiment pas de changement, alors c'est peut être quand j'aurais 60 ans si j'ai la chance d'y arriver, je n'en sais rien, c'est peut être là que je regretterais, mais bon comme il y a plein d'autres choses qu'on connaissait pas qu'on a consommé...et moi je suis un peu pris entre deux : je ne peux pas vous dire que je suis fier de prendre ça loin de là, c'est une culpabilité, c'est une honte...et en même temps je ne me sens pas de m'en défaire maintenant. J'ai vraiment besoin de gérer certaines choses avant.

Entretien n°6

- Au début tout allait bien, j'étais infirmière dans un service sympa en gériatrie, je me plaisais bien, après j'ai été mutée au CHU de Lyon, là ça se passait moins bien : il y avait beaucoup de maltraitance avec les patients, mais l'équipe avait l'air de trouver ça normal, et là j'ai craqué. Donc j'ai commencé à vouloir passer de nuit, et en fait en craquant je me suis mis ma supérieure sur le dos. Mais je ne voulais pas quitter le service. Et donc en fait j'ai commencé à ce moment là, avec mon médecin traitant qui venait de s'installer. Le Stilnox à mon avis c'était en 86 parce qu'il venait

juste d'être mis sur le marché. Après j'ai su qu'en fait ils ne voulaient pas le mettre sur le marché parce qu'ils savaient déjà qu'il y aurait de la dépendance mais finalement il a quand même été mis sur le marché. J'ai 45 ans, le premier Stilnox devait être en 86 : c'était le début des nuits, j'avais 21 ans. Et j'ai commencé à en prendre, après j'ai commencé à m'habituer, et j'avais aussi des règles douloureuses donc je suis allée voir le médecin, et en fait il m'a tout de suite, sans passer par le Dafalgan, mis de la codéine. Et j'ai tout de suite senti qu'en fait avec ça je me sentais mieux, que c'était pas si grave que ça au boulot, ça jouait beaucoup sur le moral. Le Stilnox au départ c'était dans un but de somnifère, pendant longtemps je l'ai pris pour ça mais j'ai tout de suite senti en prenant le Stilnox que ça me faisait un effet, que j'étais sur un nuage, que ça allait mieux. C'était contre l'anxiété. Et donc ça s'est dégradé petit à petit, j'ai commencé par faire le tour des médecins. Et donc avant ça j'avais une amie qui avait elle aussi essayé de chercher de l'aide, puis elle a téléphoné au numéro SOS drogues, et on lui avait répondu que les dépendances en médicaments, en fait il vaudrait mieux qu'elle se drogue, parce qu'on avait pas de suivi pour les addictions médicamenteuses. Ça c'était dans les années 1990... Alors cette amie qui était évangéliste elle s'est dit "on va te rebaptiser, c'est peut être une histoire de diable, tu as peut être le mal en toi", donc je me suis fait rebaptiser, plonger, dans l'immersion, il y avait un prêtre et tout...en fait ça n'allait toujours pas mieux, je continuais toujours. Donc on a appelé ma mère - ma mère elle a joué un grand grand rôle dans tout ça - ma famille elle m'a toujours quand même soutenu et épaulé, même si ils n'étaient pas d'accord, même si ils étaient au courant de ce qui se passait et ils essayaient, ils essayaient... Quand un médecin me prescrivait, ma mère téléphonait directement, pour qu'il arrête de me prescrire. Moi après je suis allée voir la magnétiseuse, elle aussi elle a dit "si on y

arrive pas c'est qu'elle est envoûtée..."

Et après il y a eu beaucoup d'hospitalisations, et il y a eu le procès aussi entre temps.

Et je trouvais par l'intermédiaire de mon frère : en fait j'ai un frère qui a eu un accident de voiture et que j'ai réussi à manipuler un peu, pour qu'il aille chez son généraliste, qui ne me connaissait pas. Et lui sans me connaître en fait il me faisait des ordonnances. Donc il me ramenait une ordonnance le lundi et moi je faisais le tour des pharmacies, et des fois c'est même lui qui me le cherchait, et le vendredi il avait deux ordonnances. Et ça ça tournait longtemps et après la Sécu elle est tombée dessus. Ça s'est fait assez rapidement je crois, la consommation a monté de façon assez rapide, très très vite.

- Vous étiez à combien maximum ?
- Trois boîtes. Trois boîtes de Stilnox et trois boîtes de codéine par jour. Et donc un beau jour j'ai rien compris, il y a des flics qui sont entrés, ils ont tout tout tout...comme à la TV... ils ont ouvert toutes les armoires et ils ont tout vidé, et puis ils m'ont emmenée au poste, ils m'ont mis en garde à vue, parce qu'en fait ils pensaient que je dealais. Et donc pour le procès il y a un expert, sans qu'il me voie, qui a dit que de toute façon c'était pas possible que je prenne autant parce que je serais plus en vie, donc ils étaient persuadés qu'en fait je ne les prenais pas. Et le médecin il a été excusé parce que soit disant il passait une phase difficile, et moi j'ai eu en fait 8 mois de sursis, et une peine d'amende, mais je crois qu'ils ne m'ont jamais réclamé les sous. Mais là je sais que je suis dans le collimateur...

Et après en fait j'ai fini par atterrir en psychiatrie près de Lyon, et de là je suis allée deux fois en cure. Et là, à la première cure, j'avais une monitrice très ouverte, qui s'occupait un peu plus de nous, parce qu'on n'était pas beaucoup de femmes,

parce qu'en fait ils ont dit qu'ils allaient me mettre avec les alcooliques parce que le processus est le même. Donc en fin de compte je suis arrivée là bas mais en me disant que tout ce que eux ils disaient par rapport à l'alcool moi je me mettais en tête que c'était pareil pour les médicaments. Et le lundi en fait on faisait avec cette monitrice des discussions à thème, et je ne sais pas pourquoi j'ai commencé à parler de mon enfance, parce que quand j'étais petite j'avais un oncle qui avait des gestes incestueux, j'avais 10-11 ans et ça...je ne l'ai jamais dit à personne en fait parce que je ne sais pas...j'ai du l'occulter. Et vers 14-15 ans j'avais un autre parrain qui me coinçait, qui essayait tout le temps de me rouler des pelles. Et là en fait, vers 25-26 ans je me suis aussi rendu compte qu'en fait j'avais le dégoût du toucher. Donc je ne supportais pas qu'un homme me prenne dans ses bras et donc moi qui adorait les gamins j'ai vite compris qu'en fait je n'aurais pas de gamin, je n'aurais pas tout ça...mais bon je ne suis pas seule, j'ai des amis, j'ai de la famille, et je suis même contente de ne pas avoir de gamin parce qu'aujourd'hui je suis bien contente d'être tranquille.

Et donc la cure s'est finie, ça s'est bien passé pendant 6-9 mois, j'ai tenu, et j'ai replongé et en même temps j'ai commencé à être anorexique. Donc j'ai maigri, je maigrissais, et puis parce que je prenais les 6 boîtes de Codoliprane après ça me faisait vomir. Je prenais du Stilnox quand je pouvais, parce que je ne pouvais pas tout le temps, et du Codoliprane comme ça comme c'est en vente libre. Donc je faisais aussi le tour des pharmacies, et je prenais beaucoup de laxatifs, deux boîtes de laxatifs par jour. Après j'étais plus ou moins aux urgences, parce que le potassium était dans les chaussettes, et puis après je suis retournée en cure et après en rentrant ça allait.

Mais je m'étais lancé un défi c'était de partir et d'aller exercer mon métier à

l'étranger. Et là je n'osais jamais reprendre le travail parce qu'à chaque fois on me demandait le casier judiciaire. Et moi j'étais persuadée qu'il y avait une trace, puis il y a eu cette annonce pendant que j'étais en cure, je me suis dit chouette, et avec la personne on a tout de suite accroché, et je me suis dit finalement, si dans le casier il y a quelque chose, je lui expliquerais. Et j'ai eu le casier, il était vierge. Et ça j'ai pas su avant parce que sinon ça fait peut être longtemps que j'aurais retravaillé.

En rentrant de la première cure, comme je n'avais plus de boulot et que je n'étais pas bien, on m'a fait voir un médecin et depuis je suis invalide.

Et après donc je suis allée travailler au Canada, j'ai travaillé pendant 2 mois, tout allait très bien, c'était il y a 6-7 ans. Et il y avait beaucoup de contraintes parce que je ne connaissais pas la région, j'étais seule, et il y avait les heures, et un esprit particulier...mais ça me plaisait bien. Je ne sais pas ce qui s'est passé mais là j'ai commencé à mêler l'alcool et le Stilnox. Avant ça j'avais déjà fait ça dès fois, mais je savais que l'alcool ce n'était pas le problème, la seule chose qu'il me procurait c'était de dormir. Donc je prenais un bol et puis tout de suite je me couchais, je fermais les volets et je répondais à personne...Rideau ! Toujours le refuge dans le sommeil. Et après là bas ils ne rigolent pas avec ça parce que je me suis retrouvée en réanimation, attachée, le corps, les bras, les mains. Et ils m'ont tout arrêté d'un coup. Et je leur ai dit " Faites pas ça !" parce qu'à chaque fois il y avait de nombreuses crises d'épilepsie, à chaque fois il y avait ce souci là, mais pas une : il y en avait à chaque fois 3, 4...et puis chaque fois que je faisais une crise je me fracturais et je me luxais une épaule donc il y avait à chaque fois l'opération, la rééducation...

Et puis là bas j'ai fait une grosse grosse crise de tétanie, je la sentais venir, le cœur il battait à 300, ils ne savaient plus quoi faire, je me suis dit "Là, c'est parti...". Et je

me souviens qu'un médecin a dit "Là on est en train de la perdre, alors autant y aller"...parce qu'ils me donnaient du Rivotril mais comme l'organisme il est tellement habitué à beaucoup plus, les doses ne suffisaient pas donc ils les ont doublé, triplé et puis petit à petit ça s'est arrêté...et ça ça m'est resté. Et après je suis allée en cure là bas, ça c'était super, parce que c'était une cure où quand tu travaillais un peu, tu avais des sous pour t'acheter des cigarettes etc...

Et puis après je suis rentrée en France, et je suis retombée anorexique. Et je mélangeais aussi un peu les traitements, je recommençais aussi un peu le Codoliprane.

J'étais suivie par un médecin en psychiatrie et le bâtiment juste à côté c'était un service d'addictologie. Personne ne m'a jamais vraiment non plus aiguillé vers les bons actes... Et j'étais hospitalisée deux mois, et là bas, en psychiatrie, il y avait une autre dame alcoolique, et elle m'a dit "Moi mon problème ce n'est pas d'être en psychiatrie avec les autistes, les schizos...on ne peut pas parler, on est bien, on est dépendants, moi je veux être traitée pour ce que je suis". Donc j'ai pris les coordonnées et je suis allée voir l'addictologue et elle m'a tout de suite fait visiter le service. La semaine suivante j'y étais et elle m'a pris en charge et depuis c'est...c'était il y a 4 ans. Maintenant je vais encore à l'Hôpital de Jour deux fois par semaine et je suis suivie par ma psychiatre, elles se sont mises d'accord avec l'addictologue comme c'est elle qui prescrit le traitement, je la vois tous les 3 mois.

- Du coup au niveau du traitement vous en êtes où ?
- Dès fois il peut y avoir pendant 2-3 semaines où j'ai besoin de plus de Seresta, mais je ne prends plus de Stilnox, plus de Codoliprane...bon comme j'ai dit au médecin j'en suis effectivement arrivée à m'écœurer. Mais avec mon ancien médecin le système il ne fonctionnait pas parce que déjà il y avait l'angoisse de ma

mère, quand elle voyait les quantités qu'elle devait me donner tous les jours, et du pharmacien aussi. Donc en fin de compte, ma mère elle s'est fâchée avec lui, et puis après j'ai arrêté d'y aller. Là maintenant elle m'a mis sous Subutex 4,8 mg/j, et Noctamide, et si j'ai des crises d'angoisse j'ai un Seresta 50/jour, ça je le gère moi-même. Une partie c'est ma maman qui me donne les médicaments le soir, mais elle sait pas que entre...je veux dire a côté...je prends encore le Seresta et du Théralène si il faut. C'est stable.

- A l'époque comment vous répartissiez les prises sur la journée ?
- Sur toute la journée, je prenais une boîte et demi d'un coup, deux à trois fois par jour. Ça me rendait malade, j'ai eu des ulcères...
- Ça vous faisait quel effet ?
- Un état second, où tout est relatif, le monde est beau, ça glisse et puis on oublie...J'arrivais longtemps à travailler en même temps. J'ai eu de la chance avec les employeurs, parce que quand j'étais à l'hôpital je faisais aussi des falsifications d'ordonnances, et ma surveillante comme elle m'aimait bien parce qu'elle pouvait toujours compter sur moi, elle m'a quand même longtemps soutenu, après quand ça n'allait plus ça n'allait plus quoi.

Et après j'ai fait une thérapie, j'ai aussi rencontré un super psychiatre, on a fait un travail sur mes abus, et puis voilà. Au Canada, j'étais en soins à domicile, mais je n'avais pas de voiture donc je faisais tout ça à vélo, je faisais 25 km par jour, je ne connaissais pas, je n'avais pas de GPS, sous la pluie ou le beau temps, mais par contre j'avais le temps, les canadiens ils ont très très très peur du stress, ils proposaient des massages mais comme je ne supportais pas d'être touchée je n'y allais pas, ils proposaient plein de trucs mais...je ne sais pas ce qu'il s'est passée, en fait j'avais l'angoisse qu'ils ne me gardent pas, de ne pas y arriver, et puis

surtout de ne vraiment pas arriver à dormir. Parce que si je ne prends rien moi je ne dors pas. Et là j'ai vraiment été honnête, j'ai essayé pendant 3 semaines, et après quand j'ai recommencé à reprendre du Stilnox, on remonte très vite. Là j'ai compris qu'en fait plus j'en prends, plus je suis réveillée, donc ça me fait l'effet inverse. Je n'ai plus l'effet anxiolytique, il n'y a plus du tout l'effet qu'il y avait au début où on se sentait bien, relaxée, sur un petit nuage. Là c'est fini, ça ne me fait plus rien du tout.

- D'autres addictions ?
- Je fume depuis seulement 5-6 ans, à force d'être à l'hôpital à s'embêter. L'alcool ce n'est pas un problème, je n'en ai pas chez moi, je n'étais pas alcoolique, tout le monde le savait...le fond du problème, je veux dire c'était une ou deux fois, mais je veux dire que c'était quand vraiment il n'y avait plus de médicaments...pour enlever les sensations de manque du Stilnox qui sont vraiment...C'est assez dur ! Mais j'ai vu qu'un sevrage à l'alcool c'est encore plus dur.
- Des soucis familiaux sinon ?
- En dehors de ces soucis d'attouchements, pas de soucis particuliers, pas de souci au niveau de l'école. Jeune j'étais dans un lycée privé, justement mes parents ne voulaient pas m'envoyer en pleine ville dans la nature...et tout allait bien, ça se passait même très bien à Lyon, c'était un lycée privé de filles. A l'hôpital, avant le changement de service, ça se passait très bien aussi, là bas c'était un cocon, on pouvait bien s'occuper des patients, j'étais fière de ce que je faisais. Après là franchement je supportais plus, psychologiquement j'étais pas armée parce que j'étais peut être aussi une enfant trop couvée, un peu grandi dans le monde des Bisounours, et après l'école privée aussi vous protégez c'est aussi une autre bulle, et après il y a l'école d'infirmière, c'est aussi une nouvelle bulle, et puis après quand je suis arrivée dans l'arène au CHU... Les soucis d'attouchements ils expliquent

surtout que je n'ai pas fondé de famille, pas vraiment le reste, et l'anorexie je n'ai jamais eu de souci enfant, je ne sais pas...c'est plutôt la relation avec ma mère, on a une relation très fusionnelle avec ma mère. Mon papa il est décédé il y a 7 ans, on n'était pas très proches parce qu'après je me suis un peu méfiée de tous les hommes, je me suis détachée de lui, mais il faut dire que je le regrette maintenant.

- Votre vision de l'avenir ?
- Tranquille, stable pour l'instant. Je ne pense pas que je retravaillerais, ça j'en suis presque sûre, et maintenant il faut baisser les médicaments. Continuer doucement mais sûrement.

Entretien n° 7

- Je pense savoir d'où ça vient, quand j'étais jeune, j'ai manqué de cette assise psychologique pour se sentir en sécurité. Ma mère m'a eu très jeune, elle a pas vraiment su, enfin mes parents n'ont pas vraiment su gérer les choses, dans le sens où financièrement ils faisaient un peu n'importe quoi, très tôt j'ai quitté la maison je me débrouillais. Quand j'ai eu besoin d'eux ils n'étaient jamais là, du coup j'ai commencé très tôt à prendre des médicaments, je les piquais à mes parents et ils faisaient semblant de ne pas le voir, eux ils ne faisaient rien.

Ça c'est le tout début, j'avais 19 ans, j'avais déjà eu mon bac, j'étais au tout début de la fac. En fait j'ai commencé en prenant des somnifères que je piquais à mon père, des Stilnox. Parce que mon père en prenait, et du coup un soir j'ai voulu tester parce que je n'arrivais pas à dormir, et je savais qu'il en prenait, et en fait au lieu de me faire dormir, parce que je ne suis pas allée tout de suite me coucher, ça a fait comme une espèce d'explosion d'euphorie sur moi, sûrement ce que

décrivent les héroïnomanes ou les cocaïnomanes je pense, parce que je n'en ai jamais pris, heureusement ça me fait très peur, heureusement !

Et oui donc les médicaments d'abord j'en ai piqué à mon père, puis du coup sans m'en rendre compte je lui en piquais de plus en plus, et en fait je pensais qu'il ne me voyait pas, mais je voyais bien au bout d'un moment qu'il les planquait, c'était de plus en plus difficile de les trouver, mais ils ne m'ont jamais dit "Qu'est-ce qui ne va pas ?", ils n'ont jamais osé m'affronter pour m'en parler, pour me demander ce qui n'allait pas, je pense qu'en fait il y avait une dimension où ils avaient un peu peur de moi, parce que j'ai eu une adolescence assez contestataire, en fait j'avais honte de mes parents, ils le savaient et...mon père était homme de ménage et ma mère était à l'usine...moi j'ai fait des études supérieures, j'ai failli sauter une classe...ils avaient un petit peu...ils ne comprenaient pas trop comment on peut être intelligent...et encore aujourd'hui ils ne le comprennent pas...comment on peut être intelligent mais ne pas avoir confiance en soi, mais ne pas devenir ingénieur : ça je le dit parce qu'ils me reprochent toujours ça. "Tu aurais pu devenir ingénieur !", j'ai fait du commerce.

Et du coup ils n'osaient pas m'en parler, et du coup j'ai continué petit à petit, insidieusement, et moi petit à petit je suis allée chez le médecin et je m'en faisais prescrire, chez le médecin qui était installé au bout de la rue chez nous. Et petit à petit je me rendais compte que ça ne suffisait pas ce qu'il me prescrivait, et puis il commençait à se méfier, à me dire "Attendez, vous êtes jeune..." déjà il m'avait prescrit aussi du Prozac parce qu'à l'époque j'avais une obsession sur le poids. Et du coup il m'avait prescrit du Prozac parce qu'il voyait qu'en fait c'était à cause du fait que j'étais trop anxieuse, et que je coupais trop les cheveux en quatre... Ma mère aussi elle faisait beaucoup de régimes et j'ai été élevée un peu dans cette

mentalité, quand j'étais jeune, quand j'étais ado au lieu de me dire "Mais non mais tu es bien comme tu es et tout" elle disait "Ouais super comme ça on fait régime ensemble !". Et du coup il m'a prescrit ce Prozac, et donc voilà déjà à même pas 20 ans j'étais déjà sous Prozac et sous somnifère. Et puis j'ai commencé à faire du nomadisme là, à aller voir plusieurs médecins et à leur raconter des conneries comme quoi je n'arrivais pas à dormir et c'est extrêmement facile hein ! En fait je pense que les meilleurs menteurs c'est vraiment les toxicos, parce que je pense que quand on veut quelque chose c'est extrêmement facile d'être convainquant et de raconter qu'on a des problèmes de sommeil, qu'on est trop mal, que ça ne va pas du tout...mais je pense que ça aussi c'est une responsabilité pour les médecins de faire la part de choses. En fait sur tout les médecins que j'ai vu, il y en a peut être un...ou deux... qui ont refusé, qui m'ont dit "Mais attendez, vous vous rendez compte ? Vous êtes beaucoup trop jeune, ah non je ne vous donne pas de médicaments etc.."

En fait j'ai mis longtemps à avoir une lettre de la Sécu, tout le temps je me disais "Ils vont m'écrire, ils vont m'écrire, ils vont me demander de tout leur rembourser", je crois qu'avant que je reçoive une lettre ça a mis plus de 5 ans. Ça a mis du temps quand même, à ce qu'ils retracent...

Et du coup j'ai été convoquée chez le médecin conseil de la Sécu. Je connaissais déjà mon médecin actuel depuis longtemps quand j'ai reçu une lettre de la Sécu. Parce que la première fois que j'ai vu mon médecin traitant actuel c'était en 2002, et j'avais commencé ce nomadisme là vers 97, et je l'ai pas reçue tout de suite cette lettre, donc on devait être en 2003 quand j'ai reçu ce courrier et que j'ai été convoquée à la Sécu. Donc j'avais une liste infinie...parce qu'après bon le Prozac j'en ai pas pris vraiment... j'étais pas accro du tout au Prozac, c'était dans des

doses normales, enfin bon des fois j'ai dû m'amuser à tester pour voir si ça m'apportait un bien être, mais ça ne marchait pas, ça servait à rien...le Prozac ne provoquait pas de montée d'euphorie ou de réaction ou quoi que ce soit, parce que moi ce je cherchais c'était de me soulager, soulager mes angoisses, mon mal être et tout ces trucs là. Et comme ça ne marchait pas ça ne m'apportait rien, du coup je le prenais à des doses normales.

Le Stilnox c'est monté très vite parce que très vite on s'y accoutume, du coup à un moment, au pire du pire, je devais aller chez le médecin tous les deux jours, je ne sais plus trop ça fait tellement longtemps, comme j'ai arrêté en 2005 complètement le Stilnox, je crois que j'en prenais une boîte entière par jour, un truc comme ça. Du coup j'ai fait deux sevrages à l'hôpital qui n'ont servi à rien du tout parce que dès que je sortais de l'hôpital je retrouvais mes problèmes donc ça ne servait à rien. C'était bien avant le courrier de la Sécu ça parce que le courrier ça concernait pas le Stilnox...

Parce qu'après se sont rajoutés les antidouleurs, ça a commencé avec le Diantalvic. Et ça c'était juste bête, en fait ça a commencé parce que j'avais mal au dos, et un jour il y a un médecin qui m'a prescrit du Diantalvic, et puis un jour j'en ai pris plus, mais pas beaucoup, enfin pas non plus énormément, et en fait je me rendais compte, mais c'était pas flagrant en fait c'est toujours assez insidieux, je me rendais compte mais sans me l'avouer ou sans vraiment qu'il y ait une...parce qu'il n'y avait pas une "montée" phénoménale, mais ça m'apaisait quand même au final, il y a de la codéine dedans, je ne savais pas que c'était à cause de la codéine, et donc ça m'apaisait, et du coup le matin je rajoutais...je me souviens j'en prenais cinq des Diantalvic, en plus des somnifères, parce qu'au début les somnifères je ne les prenais que le soir pour mon petit...comme il y en a certains qui prennent

l'apéro, et puis après quand j'allais vraiment très mal j'en prenais deux le matin. Et je rajoutais le Diantalvic...maintenant que j'y pense c'est un truc de fou...enfin bref ! Et du coup je me suis habituée petit à petit et je devais en prendre de plus en plus...7, 8, 9, 10...et ça allait crescendo, et puis des fois en fait mon foie il ne supportait pas, parce que des fois j'allais à des soirées et puis je mélangeais de l'alcool, et après j'étais malade pendant toute la journée, je vomissais que de la bile c'était atroce...Et puis j'ai découvert grâce à un copain qui avait aussi un problème de Codéine, il m'a parlé de son médecin et c'est là que je suis allé le voir, et pour moi c'était vraiment une bénédiction parce que c'est super rare les médecins qui s'occupent de ça. Extrêmement rare, et en plus on se sent jugé, c'est horrible, enfin, jamais j'aurais osé en parler à un médecin et en fait il était tellement léger dans sa façon d'en parler, décomplexant...enfin c'était pour nous malades, c'était vraiment une révolution de pouvoir en parler à quelqu'un. Et en plus il l'a pris à la rigolade, mon copain il m'avait dit tu verras il est vraiment trop bien. Donc j'allais le voir et en fait au début il m'a fait stopper tout de suite mon espèce de nomadisme là, déjà ça m'avait enlevé une grosse épine du pied et puis il fallait qu'on trouve une solution parce que c'est bien beau de...et en fait il me servait de psychologue, enfin de psychiatre - parce que moi les psychiatres là...j'en avais déjà vu et je n'arrivais pas à adhérer à la démarche parce que moi ça m'énervait de raconter ma vie et qu'on ne me dise rien, j'avais besoin de réponses, et la démarche d'un psychiatre ça ne me convenait pas parce que je m'analyse très bien toute seule, et j'écrivais beaucoup beaucoup et ça ne me servait à rien un psychiatre.

On a fait un protocole et en fait il me servait à la fois de psychiatre parce qu'au moins lui il savait quoi répondre, il avait des réponses, et ça me reconfortait de lui parler et qu'il me réponde...il savait me reconforter, me déculpabiliser aussi...et puis

du coup il m'a fait ce protocole, et donc en fait en même temps je lui lisais ce que j'écrivais dans mes cahiers parce que dès fois c'était difficile de mettre des mots, enfin de raconter les choses comme ça, ça me faisait pleurer, je n'y arrivais pas...et des fois je n'étais pas d'humeur à parler non plus sur le moment, c'est aussi pour ça que les psys j'ai du mal parce que j'ai du mal à parler sur commande des fois je n'ai pas envie. Et du coup j'ai commencé à y aller, il m'a affecté à une pharmacie, en fait la solution qu'on a trouvé c'était que j'aille tous les jours à la même pharmacie et qu'ils me donnent mon ou mes Stilnox, et puis bien sur c'était hors de question de continuer à en prendre 14 par jour. Donc au début il m'en prescrivait et il fallait que j'aille le voir quand je n'en avais plus...donc ça me responsabilisait parce que moi je fonctionne un peu à la honte, déjà le fait de savoir que je devais aller chez le même médecin et d'être franche avec lui ça m'empêchait de le faire. Et j'ai toujours été honnête avec lui j'ai tout de suite arrêté d'aller voir les autres médecins. Et puis j'y allais et tout, et puis après on a trouvé ce système d'aller tous les jours à la même pharmacie et qu'ils me donnent ma dose...Et puis déjà rien que parce que ça m'embêtait d'aller tous les jours à la pharmacie, je me suis dit "Olala j'en ai marre..." et puis après j'ai changé de boulot aussi parce que j'étais commerciale et que je détestais ça ce n'était pas du tout mon truc. Quand j'ai fait mes études je me suis séparée de mon ex conjoint parce qu'il était horrible, il avait des tendances violentes aussi, bref, et du coup après je suis revenue sur Paris, parce qu'on habitait à Lyon avant comme il était instituteur il avait été muté. Donc je suis revenue sur Paris et j'ai du travailler donc comme commerciale, mais je détestais ça ce n'est pas du tout fait pour moi. Donc j'ai fait un bilan de compétences, et je me suis orientée vers les métiers de l'artisanat, j'ai trouvé un boulot dans un magasin en rapport, ça m'a déjà fait beaucoup de bien, et j'ai pu...un jour j'ai tout mis aux

toilettes, tous les Stilnox et tout, j'étais encore à un ou deux par jour, mais c'était surtout que souvent je rechutais...

D'abord il me donnait mes médicaments, après j'ai fait ce sevrage où j'allais tous les jours à la pharmacie, et en fait...non le problème c'est parce que j'avais encore le Diantalvic en même temps, ça c'est ce qui n'était pas encore paramétré encore, parce que ça même moi je ne me l'avouais pas vraiment que j'étais aussi accro que ça au Diantalvic, ça c'est venu plus tard. Donc le Stilnox j'ai arrêté je me souviens c'était au mois de Juin 2005, parce qu'au mois de Mai j'avais commencé mon nouveau boulot et donc un mois après j'ai tout jeté aux toilettes, et pendant une semaine c'était difficile parce que ce n'était pas une dépendance physique, on n'a pas de manque comme quand on arrête la codéine, mais mentalement c'est...on se sent fatigué parce que moralement on a plus ce petit, on a plus cette montée le matin qui nous donne une raison d'être content, on se dit "Ouais je vais avoir ma montée" et tout. Mais en fait on se rend vite compte qu'on peut s'en passer, et en fait c'est quand on se rend compte qu'on peut s'en passer que finalement la montée c'est bien une demi heure mais après quand on se rend compte l'avantage que c'est de ne plus être stone toute la journée... Et puis j'étais tellement fière de moi, et puis tous mes amis me félicitaient, et j'avais beaucoup d'amis j'avais de la chance, tous mes amis étaient derrière moi. Je me souviens qu'au début quand j'ai arrêté de prendre mes trucs ils croyaient au contraire que justement j'avais rechuté parce que j'étais apathique, et eux ils croyaient justement que je racontais n'importe quoi, que je n'avais pas du tout arrêté et du coup j'ai dû leur expliquer que non, que justement c'était parce que j'étais en train d'arrêter que c'était dur pour moi de ne plus avoir ce truc stimulant, parce que eux ils ne me connaissaient même plus tellement claire quoi, j'étais toujours soit complètement euphorique soit en train de dormir. Après, je

me souviens, mon meilleur ami m'a dit "Mais c'est dingue j'ai l'impression que je te retrouve comme tu étais quand je t'ai rencontrée" et c'était tellement génial de revenir parmi les gens normaux, les vivants. En fait c'est ça qui m'a aidé à ne plus du tout avoir envie de replonger, déjà de voir la fierté de mes proches...pas de mes parents hein, parce que mes parents, en fait ils sont même pas venus me voir à l'hôpital, ils ne savent pas que je suis sous Méthadone, tout ce parcours médicamenteux je pense qu'ils s'en doutent mais on n'en parle jamais, je ne préfère pas parce qu'ils ne comprendraient rien de toute façon, et c'est déjà compliqué avec eux comme ça...alors leur parler de ça...c'est pas à leur portée on va dire.

Le Stilnox après j'en ai plus pris...si au fait une fois le Stilnox j'ai rechuté, je me souviens et au fait j'ai tout foutu aux toilettes, ça a duré peut être...ouais j'ai du en prendre un et le reste j'ai tout foutu aux toilettes...c'était réglé ce problème.

Et après on s'est attaqué au Diantalvic parce que je voyais bien que sans je n'y arrivais pas, en plus là il y a une dépendance physique c'est pire, c'est une vraie saloperie ! Ce qui était difficile c'est de se rendre compte que la dépendance, que ce n'était pas du tout aussi facile de s'arrêter, parce que moi je le prenais toujours à la légère je ne me rendais pas compte que c'était aussi grave et que ça allait être aussi difficile de s'arrêter...parce que sinon je n'aurais jamais commencé ! Puis je suis sous Méthadone maintenant. Et du coup là on a commencé pareil je crois à doser...mais là je suis pas allée à la pharmacie avec le Diantalvic, c'est après, parce que d'abord on m'a mis sous Dicodin. Donc on me prescrivait mes boîtes de Dicodin comme ça au moins j'aurais plus les dommages liés au paracétamol liés au surdosage pour le foie. Donc on me donnait du Dicodin sur ordonnance sécurisée je crois je ne sais plus...et en fait je voyais très bien, là ça a duré longtemps l'épisode Dicodin parce que je voyais très bien que toute seule je n'arrivais pas à

me réguler. J'essayais... mais dès que j'avais une difficulté ou un coup de speed parce que je travaillais beaucoup, je travaillais tout le temps, et en plus à l'époque j'étais en couple et c'était compliqué parce que...ah oui j'ai oublié de dire qu'à un moment j'étais avec un garçon, j'ai rencontré quelqu'un et ça m'a beaucoup aidé aussi à m'en sortir parce qu'il était gentil et tout...mais au bout d'un moment quand même il vivait pas mal à mes crochets, certes il était gentil mais il ne foutait rien et il fumait beaucoup de shit, il fumait énormément, donc du coup je fumais avec lui en plus. Mais bon enfin j'ai jamais été du tout intéressée par ça , je fumais avec lui parce qu'il fumait c'est tout. Ce genre de trucs qui rendent stone ce n'est pas mon truc, moi c'est vraiment pour être plus performante dans mon travail, me booster et mentalement et physiquement que je pense que je suis tombée là dedans, que je continuais à augmenter les doses, pour rester dans la course, pour tenir le rythme ! Et du coup le Dicodin je n'arrivais pas à me réguler toute seule, donc après mon médecin me donnait, me disait d'aller à la pharmacie, je devais aller tous les jours à la pharmacie pour chercher ma dose, et puis petit à petit on baissait on baissait on baissait...en fonction à chaque fois que j'y allais est-ce qu'on devait baisser, ou augmenter ou rester pareil. Puis dès fois on devait augmenter, parce que je n'y arrivais pas. Mais j'avais réussi une fois, quand ça allait bien avec mon copain, parce qu'on avait tous les deux un boulot, ça se passait bien...on avait même prévu de faire un bébé, et j'étais descendue à deux, donc je m'attendais à être..."Ouais c'est bien et tout ça va se terminer...", et en fait après mon copain a perdu son travail, donc de nouveau dégringolade ! Donc à chaque fois qu'il y avait une contrariété, bam dégringolade ! Je n'arrivais pas à maintenir le cap, et il commençait à me parler de la Méthadone...bon ça n'était même pas la peine, hors de question ! Ah le truc qu'on voit à la télé, ils en parlent, enfin pour moi c'était

vraiment comme le Subutex... horrible, même pas la peine d'en parler ! Non non...

Donc petit à petit il a réussi quand même à l'amener, je me rendais bien compte que je n'y arrivais pas toute seule donc petit à petit j'ai accepté... la fatalité on va dire. Et puis j'ai accepté d'aller au centre Méthadone, bon c'est lourd la procédure franchement, c'est lourd, il faut parler à des gens, leur raconter quinze fois sa vie...des fois à des gens qui ne sont pas très...qui ne comprennent rien en fait. Il y a des gens, franchement, des professionnels, qui croient comprendre, alors c'est marrant parce que dès fois il y en a qui croient comprendre, et puis il y en a qui croient qu'en parlant avec eux deux fois ils sont tellement géniaux, c'est tellement des bons professionnels, qu'ils vont réussir, ils se croient dans un film vraiment, ils pensent qu'ils sont tellement, tellement fins psychologiquement qu'ils vont réussir à nous sauver, même si votre médecin pendant 10 ans il travaille avec vous, ben non ! Eux... une fois je m'en souviens il y avait un étudiant en médecine, ohlala il m'avait énervé celui là ! Parce que c'était un stagiaire et il m'avait fait la morale, et il avait carrément critiqué les méthodes de mon médecin, il m'avait dit "Oui mais si ça ne marche pas, moi je peux vous proposer un truc"...je ne sais pas ce qu'il croyait bref ! Il croyait vraiment s'y connaître en psychologie humaine, c'était ridicule ! Et du coup j'ai du passer par ce centre, bon je suis tombée sur une médecin elle était très bien, très gentille, très intelligente, et du coup ça a pris le temps que ça a pris, c'était un peu chiant, mais bon au final ça s'est fait...et j'ai changé de pharmacie, j'ai pris une pharmacie plus près de chez moi.

C'est important aussi la pharmacie, enfin je veux dire la pharmacie qu'on choisit, parce que pour moi ça a été très dur au début d'y aller, de donner mon ordonnance de méthadone, le regard des gens c'est très important pour moi et j'ai été super bien accueillie, des professionnels très compétents, sans préjugés, ça c'est très

important. Et vraiment il y a une relation de confiance qui s'est établie, quand je suis arrivée je leur ai dit "Tenez, je dois vous donner ça", elle a fait "Oui mais il vaut mieux que ce soit comme ça que vous preniez plein de saloperies" et tout...J'étais étonnée parce que je me souviens qu'un jour j'étais sortie d'une pharmacie ils m'avaient fait pleurer ! J'avais une ordonnance de Dicodin, j'étais très mal et j'ai été très mal reçue.

Du coup je suis sous Méthadone depuis 2011, et au début je disais "Je m'en fous ouais en 6 mois ça sera réglé !" Oui bien sur...Et du coup c'est aussi ce qui m'a permis de faire un bébé, parce que pour moi c'était bien sûr hors de question de faire un bébé sous substance quelconque et mon médecin a su utiliser l'argument qu'avec la Méthadone je pourrais avoir un bébé et là forcément ça a fait mouche quoi. Il fallait que je trouve le papa aussi ! Et puis je l'ai rencontré, et puis l'idée a fait son chemin. D'abord moi je voulais d'abord arrêter complètement la méthadone mais je voyais très bien que je n'y arrivais pas...donc quand je suis tombée enceinte j'étais à 45 mg/jour, et pendant ma grossesse j'ai été suivie dans un centre spécialisé sur Paris, nickel, génial, vraiment j'ai été très bien suivie, par des gens pareil, sans préjugés. Parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui n'osent pas se faire soigner parce qu'ils ont peur, je ne sais pas comment ça se passe pour les personnes qui prennent des trucs illégaux, je pense que c'est encore pire, parce qu'ils ont peut être peur de la police...dans la tête des gens, surtout à mon avis quand on est un peu défoncé, ils doivent s'imaginer que ça va leur retomber dessus, je ne sais pas quel délire on peut faire quand on est sous substance, je pense qu'il doit y avoir de la paranoïa, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne se font pas soigner parce qu'il y a un manque de médecins, il y a un manque de spécialisation à ce niveau là...

Du coup la grossesse s'est super bien passée, mon fils est très tonique, il n'y a pas eu trop de phénomène de sevrage pour lui parce qu'il y a un test, en fait il n'a même pas trop eu trop de syndrome de sevrage, mon généraliste est venu le voir le premier jour après sa naissance, vraiment tout se passait bien. Ma seule crainte pendant la grossesse - mais on m'a rassuré on m'a dit que c'était pas lié à la prise de méthadone - c'est qu'il avait une hypotrophie , mais c'était pas en dessous des normes quoi, maintenant il est tout a fait bien. Maintenant il va avoir 10 mois, son développement est parfait et tout s'est bien passé. L'hypotrophie j'avais peur que ce soit à cause de la cigarette parce que je fumais encore un peu à l'époque, mais trois cigarettes/jour...Ça c'est marrant par rapport à l'addiction, il y a des trucs pour lesquels j'ai des tendances addictives, et moi la cigarette pas du tout ! Je fumais avant mais ça m'arrivait d'arrêter, de refumer, sans réelle dépendance...j'ai à nouveau arrêté pendant la grossesse mais c'était plus dur d'arrêter que les autres fois... En 2006 je me souviens que économiquement ça se passait bien, mon copain travaillait, moi aussi, on avait décidé de faire un bébé et en fait j'avais arrêté un an avant de faire le bébé pour nettoyer mon corps etc.. même si ça s'est cassé la gueule après ! Mais c'était beaucoup plus facile cette fois là. Là j'ai pas réussi à arrêter de la même façon, sentimentalement ça se passait très bien mais en fait mon compagnon a trois enfants, et il a une ex-compagne que je ne peux pas blairer, et en fait à l'époque il avait des dettes à cause d'elle et financièrement c'était vraiment difficile. Avant d'habiter ici, on s'est connus moi j'avais un F1 en banlieue et lui il avait son appartement aussi à l'opposé de Paris, on voyait pas l'utilité de garder les deux appartements donc il est venu s'installer chez moi, mais quand les enfants venaient le week-end c'était chaud parce que...pas évident ! Bon de toute façon on les prend toujours séparément, mais financièrement c'était pas évident

parce qu'il y avait toutes ces dettes, tous ces trucs là...depuis le tribunal les a effacées les siennes, les miennes aussi d'ailleurs...ouais ça aussi c'est...le contexte économique pour les personnes qui ont des dépendances quelles qu'elles soient c'est encore plus difficile quand il y a des problèmes financiers, familiaux...qu'on n'arrive pas à résoudre. En fait je pense que pour moi ce qui fait que j'ai des addictions c'est que je suis quelqu'un de très angoissé qui cherche tout le temps comment soulager les angoisses. Si on pouvait trouver un remède pour ça, autre que...parce que ce qu'on appelle les anxiolytiques ça ne sert pas à grand chose, en fait je veux dire : c'est un médicament d'une, donc je me souviens que j'avais déjà pris des anxiolytiques - du Xanax - mais j'ai jamais été vraiment accro au Xanax, d'une parce que ça me soulageait moins bien que le Diantalvic ou le Dicodin, parce que moi je n'aime pas les médicaments qui endorment et qui n'apportent pas vraiment l'euphorie quand on est angoissé. Parce que quand on est angoissé on a tout le temps un poids sur le plexus solaire là...en fait quand on est angoissé on voit la différence. Par exemple moi j'ai aussi une tendance à me soulager en buvant, moi c'est aussi une tendance que j'ai, d'ailleurs je suis sous Baclofène en ce moment. J'avais arrêté pendant ma grossesse et tout parce que je ne buvais pas d'alcool ça ne me posait pas de problème. La cigarette ça ne m'intéresse pas du tout mais l'alcool si, je suis fragile de ce côté là il faut que je fasse attention, et du coup là je prends du Baclofène en ce moment, et en fait quand on est angoissé on cherche toujours un moyen de se soulager en fait, d'enlever ce poids, les peurs...Quand on arrive à enlever ce poids en buvant on se rend compte qu'on avance beaucoup mieux...enfin non on n'avance pas mieux quand on est complètement bourré ! Mais je suis jamais complètement bourrée de toute façon...c'est quotidien, c'est toujours pareil, c'est le seuil de tolérance, on a besoin

de plus en plus de dose pour arriver à un certain degré d'apaisement. En plus ça fait boule de neige parce que quand on boit on a envie de boire parce qu'on se lâche, et ça a un coût en plus tout ça ! La Métha avant ma grossesse j'étais à 45 mg/jour, pendant ma grossesse j'ai du monter à 90 et après j'ai tout de suite rebaisé et là je suis à 70. Comme j'ai commencé une nouvelle formation, c'est tellement dur, gérer les enfants et tout ça...c'est la première fois que, toujours en en parlant avec mon médecin, c'est la première fois que j'ai eu des dépassements, des chevauchements des trucs comme ça...bon après c'est rien de grave, toujours contrôlé, mais c'est la première fois que ça m'est arrivé. Bon là ça s'est passé pendant les premiers examens, et là beaucoup moins parce qu'en fait je me suis rendue compte que ça ne changeait rien... si, quand je suis vraiment très fatiguée, que je dois travailler, que je dois gérer la journée et que je n'ai pas le choix et que je dois travailler le soir en plus pour les examens ça m'est arrivé d'en prendre, mais ça ne procure pas d'euphorie ça me permet juste de tenir plus longtemps comme quand on prend du café des trucs comme ça, mais je me suis rendue compte que ça apportait tellement rien et que ça apporte en plus de la somnolence qu'aujourd'hui j'ai bu du café quoi. Je me suis rendue compte que ça n'apporte rien du tout.

Au niveau de l'alcool, avec le Baclofène ça me permet de ne pas boire mais bon par contre ça ne remplace pas les sensations donc du coup dès fois, c'est pas du tous les jours, mais dès fois avec mon copain on se permet quand même de boire notre apéro. Parce que lui en fait il est accro à rien du tout il n'a pas du tout ce genre de comportement, mais on a une vie tellement stressante en ce moment que moi en fait dans ma tête je ne peux pas me dire que à cause de moi il va se priver de tout. Donc dès fois il a aussi envie de décompresser et des fois on s'achète de

quoi boire. Du coup moi étant sous Baclofène j'ai beaucoup moins envie de boire mais quand je sais qu'on va boire tous les deux je suis quand même contente, ça va me permettre de décompresser et c'est sûr que ça n'a rien à voir c'est pas du tout pareil. Le Baclofène apaise mais n'apporte pas l'euphorie que peut apporter l'apéro et c'est bien dommage... Avant j'ai eu un épisode qui a duré trois mois où je buvais pas mal, une bouteille par jour de vodka, c'est pour ça que mon médecin me l'a proposé, ça n'a pas duré longtemps mais je voyais bien que toute seule je n'y arrivais pas...donc j'ai pris le Baclofène, et en fait j'ai arrêté la première fois que je suis tombée enceinte, mais j'ai fait une fausse couche au bout de trois semaines, mais ça va c'était pas trop traumatisant, donc j'ai fait une fausse couche mais je dis toujours qu'au moins cette grossesse ça m'a permis d'arrêter le Baclofène, et je suis retombée enceinte même pas deux mois après, retour de couches faisant. Et du coup je m'étais débarrassée de ce Baclofène, ça ne me servait plus à rien parce que j'avais pas spécialement envie de boire.

- Le futur vous le voyez comment ?
- Ben il faut juste que j'arrive à diminuer la Méthadone parce que je me sens...en fait comment dire...je sais que j'ai ce profil à tendance addictive, ce sera toujours comme ça je devrais toujours toute ma vie me contrôler mais les médicaments en fait j'ai compris comment je fonctionnais et du coup je comprends un peu la facilité de vouloir recourir à des produits pour se soulager et j'ai surtout compris qu'en fait je paye le prix fort : là je suis sous Méthadone parce que j'ai bêtement commencé à prendre des médicaments...en fait je me dis que ça ne vaut pas le coup quoi, de prendre tous ces médicaments pour devoir après faire tout ce que j'ai du faire pour m'en sortir, le travail derrière est long mais ce que je me dis aussi, ça on a parlé avec mon médecin aussi...c'est que je ne sais pas si je serais encore là si j'avais du

supporter tout ce que j'ai du endurer sans l'aide des médicaments. Parce que je n'avais personne, pas de famille, enfin pas de soutien familial, j'ai vécu des choses, un divorce, un mari violent, surendettement, aucun soutien familial, avec mes frères on ne se parle pas c'est catastrophique...que des choses comme ça et...du coup je ne sais pas, c'est difficile à dire, c'est sûr que la spirale elle était infernale mais je pense qu'en fait les médicaments...si ça avait été plus cadré dès le départ, j'aurais peut être pu avoir juste les bénéfices sans cette spirale infernale, je pense qu'il ne faut pas non plus complètement les diaboliser mais il faut vraiment que ce soit bien encadré, il faudrait qu'il y ait plus de médecins qui s'en occupent, et surtout plus de médecins qui ne prescrivent pas n'importe quoi à n'importe qui parce que c'est super facile en fait, de se faire prescrire ce qu'on veut, c'est dingue, c'est hallucinant...Je pense qu'il y a des médecins qui s'en foutent aussi.

- Ça vous a posé problème pendant les études ?
- Dès fois je me demande comment j'ai fait pour réussir, parce que j'en prenais tellement pendant mes études de commerce...mais en fait au début j'en prenais juste le soir pendant la journée je n'y touchais pas. Au boulot au début je travaillais dans un milieu que je détestais donc en fait je ne me suis jamais cherché un boulot en CDI, je trouvais des postes mais je détestais tellement...bon c'était des CDD souvent et puis à un moment j'en avais marre alors je me faisais mettre en maladie...en fait si j'avais voulu j'aurais pu me faire embaucher en CDI mais je détestais tellement...en fait le matin j'aurais préféré me tirer une balle dans le pied plutôt que d'y aller. Une fois j'ai fait une crise d'épilepsie. J'ai fait deux crises d'épilepsie en fait, je ne sais pas si ça a un rapport avec mes consommations ça on ne le saura jamais...j'en ai faite une le lendemain de mon mariage, ce qui veut bien dire ce que ça veut dire ! En fait les médecins m'ont dit que c'était le résultat d'un

stress intense trop refoulé...et la deuxième c'est parce que j'avais accepté un poste très bien payé et quand ils m'ont recruté ils étaient tout emballés mais ils ont oublié de me demander si je parlais Allemand et j'avais les 3/4 de mes interlocuteurs qui étaient Allemands et en fait, moi qui culpabilise tellement parce que je prends des médicaments et tout ça, j'essayais de ne rien dire, en plus j'étais super mal formée, moi je n'osais rien dire à l'époque parce que je n'avais pas confiance en moi, vu que je prends des médicaments et tout, en fait je me souviens j'ai essayé de pas en prendre du tout, et du coup j'étais encore plus stressée et en sortant du travail au bout d'une semaine et demie j'ai fait une crise d'épilepsie dans le métro, et c'est là que j'ai décidé d'arrêter complètement ce métier qui ne me plaisait pas.