

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 6 décembre 2012 à Poitiers
par **Madame Virginie MARTIN**

TITRE

**Patients dépendants aux opiacés : éléments déterminant le choix du médecin
prescripteur du traitement substitutif.**

Analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de patients substitués du nord Deux-Sèvres

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUHNA

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Monsieur le Docteur Philippe BINDER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES

Qui me faites l'honneur de présider ce jury ; pour votre soutien et votre attention portée à ce travail, pour votre engagement dans l'enseignement, la formation et la recherche en médecine générale, veuillez trouver là l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury ; pour votre attention à l'appréciation de ce travail, pour la qualité de votre enseignement, soyez assurée de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury ; pour votre soutien et votre attention portée au jugement de ce travail, pour votre enseignement humaniste, soyez assuré de ma respectueuse considération et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Philippe BINDER

Qui me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury, pour vos conseils et votre accompagnement, pour votre attention à l'appréciation de ce travail, pour votre engagement dans la recherche en médecine générale et dans l'amélioration des soins aux patients usagers de drogues, veuillez trouver là toute ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour la confiance que tu m'as accordée. Merci pour ton professionnalisme, ta disponibilité et tes encouragements, cela témoigne une fois de plus dans mon cursus, de ton engagement auprès des autres et dans la médecine générale. Sois sûr de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux patients ayant participé à ce travail et à leurs médecins, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect et mes sincères remerciements.

A toutes les équipes médicales et paramédicales des centres hospitaliers pour leur enseignement et leur accompagnement au cours de mon internat, soyez assurés de ma reconnaissance.

Aux Dr Chevalier et Poupard pour m'avoir fait découvrir une médecine humaine et respectueuse avec le savoir-faire et savoir-être propre à la médecine générale, soyez assurés de toute ma gratitude.

Aux Dr Gabirot, Dominault et Gautier pour leur engagement dans l'enseignement de la médecine générale et des addictions, pour m'avoir permis le perfectionnement et élargissement de mes compétences en cette fin de cursus, soyez assurés de mes sincères remerciements.

Remerciements particuliers et renouvelés aux Dr Chevalier, Gautier, Salesses, Bandet et Filet, pour leur accueil et leurs encouragements, pour leur investissement dans la pratique d'une médecine générale centrée sur le patient, pour leur partage des connaissances et leur soutien tout au long de mon internat.

A Lise et Adèle.

A mes parents.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	7
Chapitre 1. INTRODUCTION	9
Chapitre 2. MATERIELS ET METHODES	18
2.1. Objectifs et hypothèses	18
2.2. Méthodologie	18
2.2.1. La méthode	18
2.2.2. L'échantillon	19
2.2.3. Les entretiens	20
2.2.4. Analyse des données	22
Chapitre 3. RESULTATS	24
3.1. Données générales sur les entretiens	24
3.2. Présentation de la population	24
3.2.1. Sexe	24
3.2.2. Age	24
3.2.3. Formations et catégories socioprofessionnelles	25
3.2.4. Entourage et loisirs	26
3.2.5. Modalité de traitement et prise en charge	26
3.3. Données thématiques entretien par entretien	32
3.4. Analyse transversale des données	160
3.4.1. Mode d'accès au médecin prescripteur	160
3.4.2. Rôle actif du patient dans sa prise en charge	162
3.4.3. Eléments représentant un frein à la prise en charge du patient dépendant aux opiacés	163
3.4.4. Eléments facilitant dans la prise en charge du patient dépendant aux opiacés substitué.	168
Chapitre 4. DISCUSSION	178
4.1. Limites de la méthode	178
4.1.1. Limites liées à la constitution de la population étudiée	178
4.1.2. Limites liées aux conditions d'enregistrement	178
4.1.3. Limites liées à la méthodologie d'analyse	179

4.1.4. Limites liées à la collecte d'information	179
4.2. Limites des résultats	179
4.2.1. Limites liées aux caractéristiques de la population	179
4.2.2. Limites liées aux caractéristiques des médecins prescripteurs	180
4.3. Critères déterminants le choix du médecin prescripteur de TSO	181
4.3.1. Critères propres à la médecine générale et à ses fonctions	181
4.3.2. Critères relationnels	185
4.3.3. Critères liés au domaine de la toxicomanie	186
4.3.4. Rôles du médecin traitant	187
4.4. Aspects nouveaux du travail de recherche et corrélation de nos observations aux autres études.	188
4.5. Conséquences des résultats	190
4.6. Réponses aux objectifs	191
Chapitre 5. CONCLUSION	194
BIBLIOGRAPHIE	197
ABREVIATIONS	200
ANNEXES	201
ANNEXE 1 - Catégories socioprofessionnelles de niveau 2	201
ANNEXE 2 - Définition consensuelle de la médecine générale selon la WONCA (2002)	
SERMENT D'HIPPOCRATE	204
RESUME ET MOTS CLES	205

Chapitre 1. INTRODUCTION

La prise en charge du patient toxicomane, dépendant aux opiacés substitué, est singulière et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le concept de toxicomanie est récent. Il apparaît à la fin du XIXème siècle et au début du XXème, dans la continuité de la prise en charge de la douleur notamment par les opiacés, alcaloïdes de l'opium, comme la morphine - molécule isolée en 1805 - et détournée de son indication antalgique vers 1875. De même l'héroïne, synthétisée en 1874 et utilisée médicalement en 1898 comme traitement « héroïque » de la tuberculose par son action à la fois antalgique et antitussive, devient le traitement des « morphinés », patients intoxiqués par la morphine. Cette première expérience de traitement substitutif est rapidement arrêtée car l'héroïne est vite utilisée à des fins non médicales quelques années après sa découverte (1). Ainsi le terme toxicomanie se réfère étymologiquement au terme « toxicon », poison utilisé sur la flèche, et au terme « manie » en tant que pensée obsédante (2).

Cette « manie » vis-à-vis de l'héroïne est en lien direct avec les propriétés pharmacologiques des opiacés qui expliquent les manifestations cliniques aiguës et chroniques à l'origine d'une dépendance physique, psychique et d'une tolérance, entraînant la particulière « trajectoire du patient toxicomane à l'héroïne ».

Cette trajectoire débute par la « lune de miel » nommée ainsi par le psychiatre Claude Olievenstein (3). Dans cette phase, le plaisir est prédominant, correspondant aux manifestations aiguës de la prise d'héroïne (sensation de jouissance très intense et rapide, puis sentiment d'euphorie et de bien-être avant un retour progressif à l'état basal avec « la descente »). L'usager de drogues n'a pas de demande particulière et « gère » sa consommation.

Ensuite vient l'apparition de la tolérance amenant une augmentation des doses, de la fréquence des prises voire une modification des prises (par exemple passage de la prise en sniff aux injections intraveineuses) (1). Lors de cette phase, l'héroïne est toujours consommée pour le plaisir mais aussi pour prévenir les signes de manque qui apparaissent

avec des frissons, des sueurs, une envie impérieuse d'héroïne, des nausées, des courbatures, des douleurs articulaires, une augmentation de l'anxiété, auxquels s'ajoutent une diarrhée, des coliques et vomissements. La prise d'autres opiacés facilement accessibles comme le néocodion® (codéine), l'ingestion massive d'alcool associée à des psychotropes et la prise de traitements de substitution disponibles sur le marché parallèle se développent afin de pallier au manque.

L'utilisateur de drogues oscille entre des phases « normales », d'autres où il est obnubilé et somnolent (prise d'héroïne récente) et d'autres où il est anxieux et agressif (état de manque). La marginalisation s'installe progressivement ainsi que le risque infectieux (modification de la modalité des prises) sans oublier le risque judiciaire : le besoin d'augmenter les doses engendre des besoins financiers considérables alors que l'activité professionnelle est souvent difficile à maintenir d'où un risque de délinquance accru avec vols, revente de drogue, prostitution afin de se procurer de l'argent (4).

La dépendance psychique s'installe également via le circuit neurobiologique de la récompense. Ce circuit, impliqué dans les sensations de plaisir (5), est hyper-stimulé lors de l'administration d'héroïne, produisant une importante libération de dopamine au niveau de la fente synaptique. Cette libération procure une sensation agréable de plaisir ayant valeur de récompense. Or, plus la récompense est importante, plus l'organisme s'en souvient et plus il cherche à renouveler l'expérience (6).

Ainsi vient la période de galère pendant laquelle la gestion du manque est prédominante. Le sujet se renferme sur lui-même et le produit, d'où une rupture des liens familiaux. Il se marginalise avec souvent une altération de l'état général sur fond de dénutrition et d'infections (1)(7).

La prise en charge du toxicomane à l'héroïne est singulière car liée à un cadre législatif strict depuis la fin du XIXème siècle. Deux dates semblent importantes dans la prise en charge du patient : le 31 décembre 1970 avec le vote d'une loi (8) pénalisant l'usage et le trafic de stupéfiants (7) et organisant les soins aux toxicomanes via une injonction thérapeutique (9), et le 29 décembre 1988 (4) (10) établissant une nouvelle classification des substances vénéneuses et notamment des stupéfiants avec une réglementation stricte des prescriptions dont les traitements de substitutions aux opiacés : la méthadone et la

buprénorphine haut dosage (avec ou sans naloxone) (11)

Ainsi, si le concept de toxicomanie est récent, celui de sa prise en charge l'est également et s'est développé autour de deux faits marquants :

- La loi de 1970 qui définit des soins gratuits et anonymes dans des centres spécialisés ayant pour objectif premier l'abstinence. Ce dispositif de soins s'organise autour du psychiatre Claude Olievenstein qui définit la toxicomanie comme la rencontre d'un individu avec un produit dans un moment socioculturel donné (3). Ainsi, la prise en charge s'articule autour de trois dimensions : produit, individu, société avec différents professionnels (médecins, psychiatres, psychologues, psychanalystes, sociologues, magistrats, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, infirmiers) qui créent en 1980 l'association ANIT (association nationale des intervenants en toxicomanie) (12).
- L'épidémie du SIDA qui entraîne un changement de comportement des toxicomanes et l'émergence de la politique de réduction des risques dès les années 90. Dès les années 1980-1985 des toxicomanes suivis en centre tombent malades et meurent. Les centres ne sont pas préparés à cette situation, aux nouvelles comorbidités somatiques puisque seul l'accompagnement des sevrages est pris en charge (13). Parallèlement, la situation des prisons françaises est catastrophique, les taux de contamination du VIH des toxicomanes incarcérés sont de 70% à Nice en 1984 et 61% à Fresnes en 1985.

Les intervenants en toxicomanies ont alors intégré dans leurs pratiques et leurs problématiques, le cadre à la fois législatif et institutionnel qui s'imposait (14).

L'évolution de la réduction des risques s'est faite progressivement avec l'information des patients toxicomanes sur les modes de contamination du VIH dans les années 1980-1985, et la vente libre de seringues à partir de 1987 (décret Barzach (15)).

Puis à partir de 1993, la politique de réduction des risques devient la politique officielle du ministère de la Santé, la conférence de Chatenay-Malabry en juin 1994 (16) donnant lieu à la publication d'une circulaire visant à « diversifier les modes de prises en

charge des patients toxicomanes notamment par le recours à la prescription de méthadone avec un nouveau cadre d'utilisation » : autorisation de délivrance à toute institution médico-sociale associative ou hospitalière (17). L'autosupport (2) progresse (18) et la trousse de prévention « stéribox » est disponible dans les pharmacies en 1994.

L'essor des traitements de substitution a lieu dès les années 90, initialement dans l'illégalité puis conformément aux réglementations à partir de 1996. En effet, avant la substitution légale dans les années 1995-1996, il existe l'autosubstitution via les médicaments codéinés en vente libre correspondant à une gestion du manque d'héroïne. Parallèlement, la prescription de traitement de substitution (le Temgésic® car il n'y a pas de recours nécessaire au carnet à souche) par les médecins généralistes se développe (19). La mobilisation des médecins généralistes obéit à deux logiques, l'une de prise en charge globale et l'autre de santé publique. Plus qu'une ordonnance, le Temgésic® permet d'établir une relation entre les patients toxicomanes et les médecins généralistes, de prendre en charge leurs pathologies somatiques, et surtout de modifier peu à peu les représentations de la toxicomanie et de ses traitements de substitution. Le Dr Carpentier fait sa première prescription plus ou moins contre son gré, parce qu'un patient le lui a demandé. Par la suite, plusieurs de ses patients traités par le Temgésic®, vont de mieux en mieux, reprennent leurs vies en main et contrôlent mieux leurs prises d'héroïne. Ainsi peu à peu le lien se crée entre les patients toxicomanes et les médecins généralistes.

En 1996, vient l'ère du Subutex®, la buprénorphine haut dosage, avec une triple logique : étendre rapidement les prescriptions pour juguler l'épidémie de SIDA, limiter les coûts (qui s'avèrent élevés dans les centres méthadone) et prévenir les overdoses (possibles avec la méthadone) grâce à l'effet seuil de la BHD. Elle permet une prescription individualisée, un contact avec un pharmacien, un fractionnement des prises, et surtout une prise en charge globale. Actuellement, 90% des prescriptions sont assurées par des médecins généralistes de ville (13).

Parallèlement à la prise en charge par les médecins généralistes, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) sont au nombre de 263 en 2001 gérés pour les 2/3 par le secteur associatif. Leur répartition se fait avec 201 centres de soins ambulatoires (dont 2 dans les Deux Sèvres), 46 centres avec hébergements et 16 centres en milieu

pénitentiaire.

Grâce à une équipe médico-sociale pluridisciplinaire, ils assurent plusieurs missions :

- Accueil, information et orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage,
- Aide au repérage des usages nocifs et réduction de leurs risques,
- Diagnostics et prestations de soins dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique (psychologues, psychiatre),
- Prescriptions et suivi des traitements substitutifs,
- Prise en charge sociale et éducative (éducateurs spécialisé, assistante sociale).

Récemment, suite à une circulaire de 2008(20), des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont créés. Ces structures regroupent les services spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) et les drogues (CSST).

Ainsi, le nombre de patients dépendants aux opiacés substitués a augmenté de 18 000 en 1996 à 74 300 en 2001 (21) pour atteindre 145 000 en 2010 (22).

Malgré la possibilité pour les médecins généralistes d'effectuer cette prise en charge, une étude réalisée en 2002 dans les Bouches du Rhône montre que **26% des prescripteurs prennent en charge 75% des patients substitués et que 37.5% des médecins généralistes ont prescrit au moins une fois de la buprénorphine haut dosage** (21). Dans cette étude, nous notons que la prise en charge dépend notamment du lieu d'exercice, du degré de précarité, de l'existence des réseaux de soins et de la formation reçue dans le domaine de la toxicomanie.

En effet, les principaux obstacles pour les médecins généralistes sont le manque de formation, le manque de disponibilité, le manque de motivation des patients toxicomanes (interprété comme tel par les médecins généralistes), la peur de la violence, la peur de devenir un « médecin dealer », la crainte d'une mauvaise image du cabinet et des expériences antérieures malheureuses (23).

Ainsi, nous distinguons trois positionnements des médecins généralistes dans la prise en charge des patients toxicomanes : **les médecins qui refusent cette prise en charge**

notamment pour les motifs évoqués ci-dessus, **les médecins qui se spécialisent** (minorité active se spécialisant dans le domaine des addictions) et **une autre majorité des médecins qui suivent quelques patients substitués** (24); nous avons vu précédemment qu'en 2000 37.5% des médecins généralistes avaient prescrit un traitement substitutif ; ils seraient 50% en 2009 (22).

Mais les patients dépendants aux opiacés substitués ne privilégient-ils pas eux-mêmes certains médecins généralistes pour leur prise en charge ?

Une étude réalisée en 2000 en Ile de France établissait quatre « profils » d'usagers selon leurs représentations de la prescription de buprénorphine et du prescripteur (25), quatre profils de médecins prescripteurs et enfin quatre modèles de relation entre les médecins et les utilisateurs sont décrits (26) (27).

Les quatre « profils » d'usagers sont les suivants :

1/ la buprénorphine est perçue comme une ressource pour sortir de la dépendance avec un effet normalisant, procurant une sensation de bien être physique sans manque et sans défonce.

2/ le traitement substitutif équivaut à un traitement de maintenance (chez des patients souvent porteurs de pathologies chroniques) assurant la survie et une meilleure qualité de vie. La dépendance est vécue comme une maladie chronique.

3/ la buprénorphine est une drogue légale avec une surconsommation et un mésusage du traitement souvent associé à d'autres substances. Il existe d'ailleurs des primo-dépendances au Subutex (réduction des risques notamment judiciaires)

4/ le traitement substitutif est un produit piège qui n'apporte pas de plaisir, ni de satisfaction psychologique et engendre une détresse non compensée à laquelle le seul recours est la consommation de dose massive de médicaments et d'alcool.

Les quatre caractéristiques des médecins prescripteurs sont :

1/ le médecin focalisé sur le dosage pour qui chaque demande et chaque

questionnement de l'utilisateur aura une réponse en terme de posologie.

2/ le médecin autoritaire et paternaliste laissant peu de place à la négociation et ne se préoccupant que du respect de la prescription.

3/ le médecin expert en dépendance aux drogues.

4/ le médecin « dealer en blouse blanche ».

Il est difficile d'établir un lien entre un profil d'utilisateur et un profil de prescripteur ; est-ce qu'un type d'utilisateur consulte préférentiellement un certain profil de médecin ou est-ce qu'il a rencontré plusieurs médecins et consulte ces derniers selon leurs profils et les besoins ? (27)

En revanche, **quatre modèles de relations usager/médecin** découlent des profils des prescripteurs :

1/ une relation en étroite collaboration axée sur la posologie de l'ordonnance,

2/ une relation dominée par le médecin, où le principal enjeu est le respect du traitement prescrit,

3/ une relation d'alliance entre le médecin et l'utilisateur qui est reconnu comme une personne, un patient parmi d'autres,

4/ une « relation » plutôt à sens unique, où l'utilisateur vient se procurer en « accès libre » une drogue légale au cabinet médical.

Nous voyons donc que la littérature s'est principalement intéressée jusqu'ici aux rapports qu'entretiennent les patients avec leur traitement substitutif, la vision qu'ils en ont et l'usage qu'ils en font, ainsi qu'à la manière dont les médecins abordent la prise en charge de patients toxicomanes et les différents modes de relations entre médecins et patients dépendants aux opiacés substitués.

Mais la question de savoir si les patients privilégient eux-mêmes certains médecins généralistes pour la prescription de leur traitement substitutif restait entière.

Dans notre expérience de remplaçant et lors de notre stage en soins ambulatoires, nous

avons également constaté sur le territoire du Nord Deux Sèvres que peu de médecins concentraient la majorité des prises en charge de patients dépendants aux opiacés et par conséquent la majorité des prescriptions de traitement substitutif.

Ce territoire où nous exerçons maintenant comme médecin remplaçant est un territoire rural au sein duquel l'offre de soins aux patients toxicomanes est identique à celle de l'ensemble du territoire français.

La prise en charge des patients usagers de drogues substitués peut s'effectuer au sein du CSAPA et auprès des médecins généralistes libéraux.

Initialement, lors de sa création en 1993, le centre avait pour mission principale la prévention du VIH et l'accueil du public pour le dépistage du SIDA suite aux directives de la circulaire relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (28). Puis, grâce à l'implication des médecins exerçant au sein du centre et à l'application de différentes circulaires (29), (30), son activité s'est étendue à l'accès aux soins pour les toxicomanes (Centre d'Accueil et de Soins aux Toxicomanes) et à la prévention et au dépistage de l'hépatite C à partir de 1998.

Actuellement, l'équipe multidisciplinaire est composée de trois médecins vacataires (également installés en cabinets libéraux dans le Nord Deux-Sèvres), d'une infirmière, d'une psychologue et d'une secrétaire. Les soins concernant la toxicomanie s'organisent autour du sevrage, du soutien individuel et de la substitution.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, le centre appartient depuis novembre 2010 au pôle psychiatrie-addictologie du Centre Hospitalier Nord Deux- Sèvres formant ainsi le CSAPA.

Concernant la prise en charge des patients par les médecins libéraux, nos observations montrent qu'il existe une disparité comparable à celle rencontrée au niveau national. En effet, y compris dans le nord Deux-Sèvres, peu de médecins généralistes voient beaucoup de patients dépendants aux opiacés et substitués.

De janvier à juin 2012, un délégué de Santé Publique appartenant au réseau ICARES(31) (intervenir dans les consommations à risque avec un ensemble de professionnel) a rencontré les médecins des Deux-Sèvres (224 médecins rencontrés sur 226 médecins

exerçants).

Ses principaux résultats concernant la prise en charge des patients dépendants aux opiacés substitués sont les suivants :

- 16% des médecins ne voient aucun patient dépendant aux opiacés, substitué
- 8% des médecins suivent 5 patients substitués et plus par mois
- 51% des médecins suivent 1 à 2 patients.

C'est donc à partir de ces données et autour de la question de recherche suivante que notre travail s'est construit :

Quels sont les éléments déterminant le choix d'un médecin prescripteur pour les patients dépendant aux opiacés et substitués ?

Chapitre 2. **MATERIELS ET METHODES**

2.1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Notre principal objectif était donc de **connaître les critères des patients substitués pour choisir leur médecin prescripteur de traitement substitutif oral (TSO)**. Nous avons également comme objectif secondaire celui d'identifier les rôles attribués par les patients au médecin traitant d'une part et aux « médecins spécialistes dans la prise en charge des patients substitués » (qu'ils exercent en centre de soins spécialisés aux toxicomanes ou en libéral) d'autre part. A travers la mise en évidence de ces critères, nous souhaitons approcher les différentes relations qui lient le patient substitué à son médecin prescripteur, ainsi que les motivations de cette relation.

L'hypothèse était que les patients substitués dépendants aux opiacés privilégient certains médecins généralistes pour leur prise en charge selon leur parcours dans la dépendance et selon les représentations qu'ils ont de leur traitement substitutif. Les critères de choix sont nombreux et hétérogènes variant selon les profils des patients, ces profils n'étant pas figés mais évoluant avec l'histoire du patient dans la toxicomanie. En effet, les besoins de prises en charge des patients évoluent avec la trajectoire de dépendance aux opiacés. Leurs demandes et leurs attentes sont différentes selon leur parcours dans la toxicomanie. Ainsi, au début, leurs prises en charge reposent principalement sur la gestion du manque puis, au fur et à mesure une relation thérapeutique se construit dans la confiance et l'accompagnement en vue de la prise en charge globale au patient (1) (32) (33).

2.2. METHODOLOGIE

2.2.1. La méthode

La méthode utilisée afin de mener ce travail est une enquête de terrain, qualitative, par entretiens semi-directifs basés sur un guide d'entretien établi au préalable mais évolutif au fur et à mesure des informations recueillies lors de ces entretiens.

Cette méthode permet à l'interviewé de s'exprimer librement sur chaque thème proposé de l'entretien, l'objet de l'étude ne portant pas sur des éléments quantifiables et standardisés mais sur le ressenti de chacun des patients interviewés. Les informations issues des données seront donc des informations émergeant du terrain et non influencées par les idées préconçues du chercheur. Nous pourrions ainsi mieux définir les critères et en connaître les variations selon les différents contextes et parcours individuels. Dans cette approche, nous allons de l'observation de phénomènes, de comportements, à l'élaboration d'une hypothèse par une démarche inductive interprétative (34). Cela consiste à passer du spécifique vers le général : à partir des phénomènes et comportements observés, nous tendons vers une généralisation (35).

2.2.2. L'échantillon

2.2.2.1. La taille

La taille de la population observée correspond au nombre d'entretiens nécessaires afin d'obtenir une saturation des données. Celle-ci est obtenue lorsque, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens et de leurs analyses, le chercheur ne retrouve pas d'idées nouvelles malgré la poursuite des entretiens. C'est à ce moment-là que nous pouvons parler de saturation des données et considérer que nous avons atteint un niveau d'exhaustivité suffisant dans la recherche des critères définis par l'objet de recherche (36).

La saturation a deux buts principaux : elle permet de repérer la fin du travail de recueil des données et, comme nous l'avons vu plus haut, de généraliser les résultats à l'ensemble de la population auquel le groupe interviewé appartient (37).

Concernant notre enquête, la saturation des données a été obtenue après la réalisation de 19 entretiens.

2.2.2.2. La composition

La population observée est exclusivement composée de patients toxicomanes substitués puisque c'est à cette population que nous nous intéressons ici. Ils sont suivis au sein du centre de soins spécialisé aux patients toxicomanes (CSAPA) de Bressuire et/ou suivis en

libéral dans le Nord du département des Deux-Sèvres. La composition de l'échantillon se doit d'être hétérogène suivant le principe de diversification (avec la volonté d'obtenir une population de patients la plus diversifiée possible) afin d'avoir une représentation globale des variables de la population : sexe, âge, catégories socioprofessionnelles, traitement substitutif (méthadone, buprénorphine), consommations de drogues illicites et autres consommations... Le choix de la composition de l'échantillon est intentionnel et pertinent par rapport à la question de recherche (38).

Les critères de qualité sont la diversité et non la représentativité (37). Ils permettent de faire ressortir l'exhaustivité des phénomènes existants y compris les phénomènes les plus marginaux.

2.2.2.3. Recrutement

Le critère d'inclusion principal est donc d'être patient sous traitement substitutif aux opiacés (buprénorphine ou méthadone) dont le médecin prescripteur exerce dans le nord Deux-Sèvres (dans les arrondissements de Bressuire (7 cantons) et de Parthenay (8 cantons)).

Le recrutement des patients s'est effectué par accès direct : patients du centre de soins pour toxicomanes du nord Deux-Sèvres, patients de médecins libéraux du nord Deux-Sèvres exerçant notamment au sein du réseau ICARES (réseau de soins pour patients addicts (alcool-drogues illicites)) et par accès indirect : patients dépendants aux opiacés substitués suivis par des médecins généralistes exerçant en libéral. Tous les entretiens sont réalisés après accord du patient et du médecin prescripteur. Ce dernier n'est pas intervenu dans le choix des patients interrogés car les seuls critères de recrutement étaient les critères de diversité.

2.2.3. Les entretiens

2.2.3.1. Prise de contact

Concernant les entretiens se déroulant au CSAPA, le contact s'est fait de *visu*. Un accord est obtenu auprès des médecins du centre afin de réaliser des entretiens avec leurs patients après la présentation du thème de l'étude. Notre identité (étudiante en médecine) et notre

travail (étude sur la toxicomanie) sont présentés par le médecin du centre en fin de la consultation du patient. S'il accepte l'entretien, le patient nous rencontre ensuite.

Concernant les entretiens se déroulant dans les cabinets libéraux, nous avons au préalable contacté le médecin prescripteur de *visu* (environ un mois avant l'entretien) afin de lui présenter notre travail et d'obtenir son accord pour interroger un de ses patients substitués puis ensuite d'organiser l'entretien. Ainsi, de la même façon qu'au centre de soins, notre identité et notre travail étaient présentés au patient par le médecin prescripteur bien avant le déroulement de l'entretien.

2.2.3.2. Déroulement

Au CSAPA, les entretiens sont réalisés dans le même temps que la prise en charge (après leur consultation) dans une pièce indépendante (fermée et calme), la salle de détente. Nous sommes installés du même côté d'une table afin de ne pas mettre d'obstacle dans l'entretien.

Pour dix patients de quatre médecins libéraux, les entretiens se sont déroulés après leurs consultations, et nous avons contacté une patiente d'un médecin par téléphone afin d'établir un rendez-vous en dehors de sa consultation.

Les entretiens se sont déroulés pour quatre médecins dans un cabinet libre (ces quatre médecins exerçant en groupe) et pour un autre en plein air, notre positionnement (du même côté du bureau médical, du même côté de la table) visant toujours à favoriser l'expression.

Les entretiens sont enregistrés avec un microphone relié à un ordinateur portable et numérisés via le logiciel Audacity.

2.2.3.3. La trame d'entretien

L'entretien débute par une présentation du travail mené et un rappel des critères d'inclusion. Ensuite il est rappelé que les entretiens sont anonymes, que l'interviewé peut décider d'interrompre l'enregistrement à tout moment. Il est précisé que l'« important dans l'entretien est de savoir ce que vous ressentez, vous ». L'entretien se compose de trois parties concernant le vécu de la ou des prises en charge médicale (actuelle/ancienne), la

notion de prise en charge globale, de médecin traitant et de réseaux de soins, enfin le rôle du traitement substitutif est abordé. Les questions se veulent courtes et ouvertes. A la fin de l'entretien, les données administratives sont renseignées.

Trois interviews avaient été effectuées au sein du centre de soins à l'aide d'une première grille d'entretien. Celle-ci était composée de questions trop fermées et trop directives pour que le patient interrogé puisse exprimer son ressenti et développer ses opinions. Ainsi, la trame du questionnaire a été corrigée, comprenant alors majoritairement des questions ouvertes.

2.2.4. Analyse des données

Les entretiens sont retranscrits sous le logiciel Word 2007, mot pour mot, et les messages non verbaux (hésitations, répétitions, rires, soupirs...) sont notés.

Les entretiens sont analysés par une méthode thématique (avec un double codage réalisé par le chercheur et le directeur de thèse – pour un peu plus d'un quart des entretiens) à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives : N Vivo 8.

Cette analyse consiste tout d'abord en une lecture flottante et répétée des entretiens afin de bien s'imprégner de l'ensemble des données et de leur portée. Ensuite, une lecture continue de chaque entretien permet d'identifier et de relever des codes (nommés nœuds libres dans le logiciel N Vivo 8). Il s'agit ici de mettre en évidence dans les données des unités minimales de sens (mot, morceau de phrase, phrase entière) qui ont un sens en eux-mêmes. Ils sont identifiés dans le texte et relevés dans le logiciel N Vivo, sont classés ensuite par codes (ici quelques mots résumant le sens) auxquels est adjointe une définition afin d'être certain que les codes sont réutilisés à bon escient.

La comparaison continue des codes (appelés catégories par certains auteurs (36)) au fur et à mesure de l'analyse des différents entretiens, permet de les regrouper selon leur saillance au sein de « nœuds hiérarchiques » nommés ainsi dans N Vivo. Ce processus de codification mène donc à la réduction et à la hiérarchisation des codes. C'est à partir des relations entre les codes émergés des données de terrain que nous pouvons ensuite analyser et discuter les thématiques abordées lors des entretiens et ainsi répondre à notre question de recherche.

De plus, le double codage en aveugle est réalisé afin de confronter l'émergence de thèmes qui permettront de construire les résultats (35). En effet, ce double codage consiste en une liste de codes établis par chacun des encodeurs (ici le chercheur et son directeur de thèse) pour classer les données. Puis ces deux codages sont comparés et permettent de croiser les différentes approches des codes selon les encodeurs dans le but d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus (39) (40).

Chapitre 3. RESULTATS

3.1. DONNEES GENERALES SUR LES ENTRETIENS

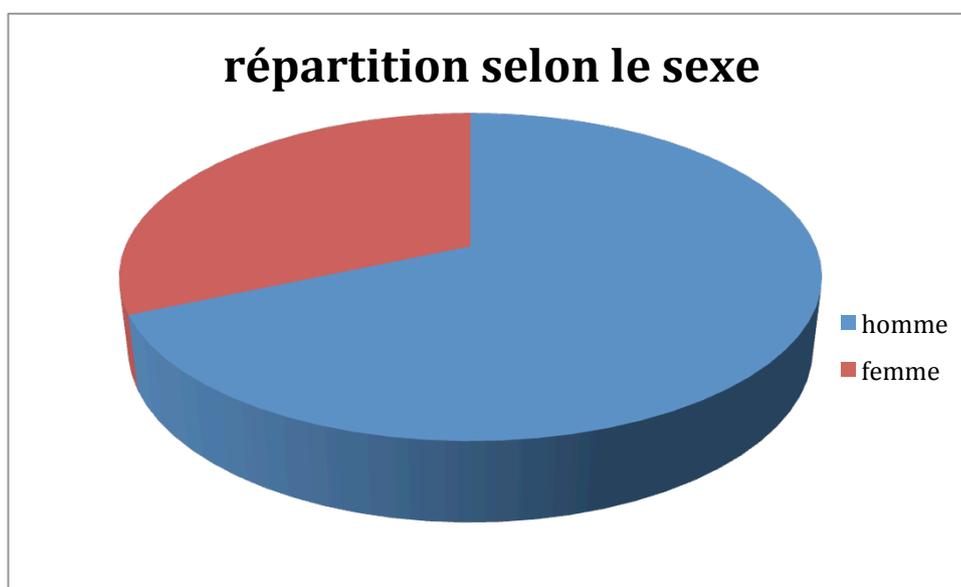
Vingt entretiens ont été réalisés de février à septembre 2012, un entretien n'a pas été retenu car le patient, arrivant des Pays de l'Est, débutait juste sa prise en charge et s'exprimait difficilement en français.

La durée moyenne des 19 entretiens analysés est de 17 minutes. L'entretien le plus long a duré 38 minutes, le plus court, 8 minutes.

3.2. PRESENTATION DE LA POPULATION

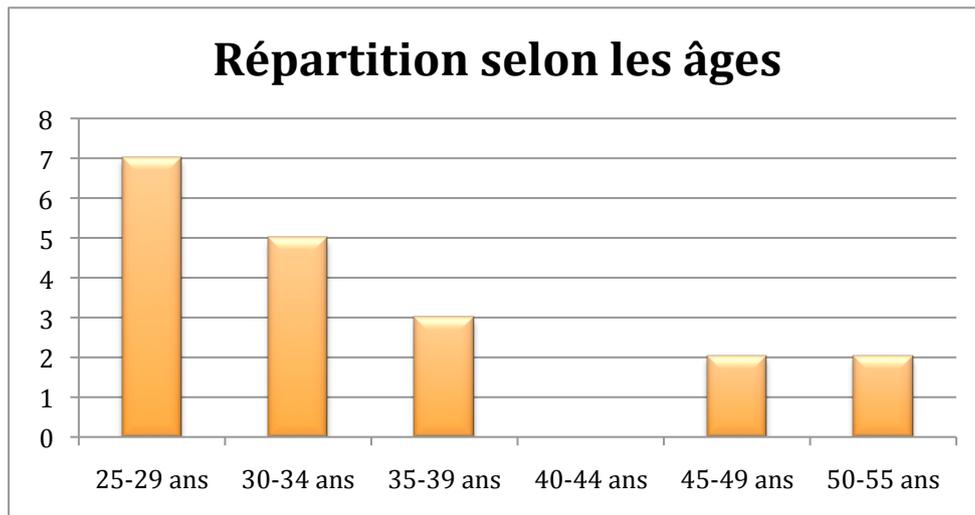
3.2.1. Sexe

Parmi les 19 entretiens, nous comptons 13 hommes et 6 femmes soit un sex ratio de 2,1.



3.2.2. Age

La moyenne d'âge des patients participant à ce travail est de 34 ans. Le patient le plus jeune a 25 ans et la patiente la plus âgée a 52 ans.



3.2.3. Formations et catégories socioprofessionnelles

Parmi les patients, 15 ont une formation qualifiante (BEP horticulture, BTS comptabilité, CAP BEP vente, BEP comptabilité, BEP mécanique, CAP peinture automobile, CAP électricité, CAP maçonnerie, CAP tourneur-fraiseur...), 2 ont une formation générale (baccalauréat) et 2 n'ont aucune formation. Il est à noter que seul deux patients exercent une profession en rapport avec leur formation.

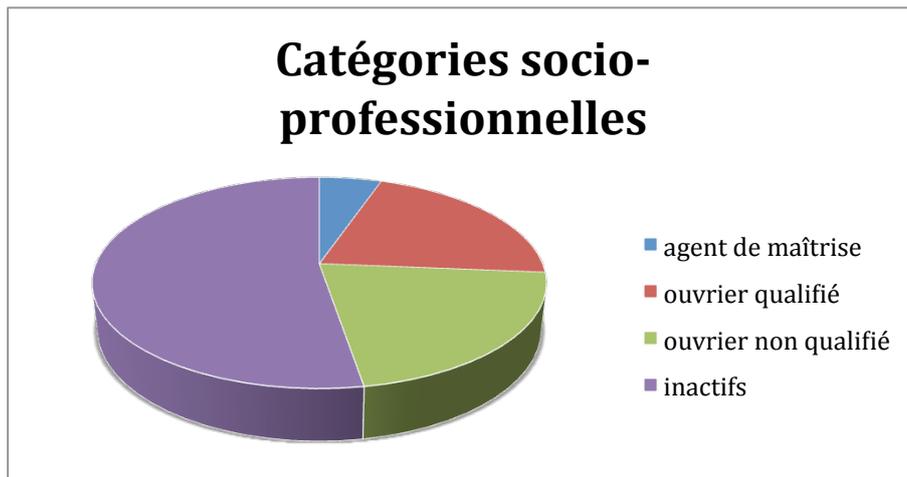
Afin de recenser les activités professionnelles, nous avons utilisé la liste de niveau 2 de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) avec 24 catégories socioprofessionnelles (cf. Annexes) qui permettent de mettre en évidence les différentes qualifications des patients.

Dix patients sont inactifs dont un patient conducteur d'engin, un patient cariste, une patiente en congé maternité, une autre anciennement professeur de mathématiques en invalidité et 6 patients au chômage. Le pourcentage de patient inactif est de 87,5 au CSAPA et de 27 dans les cabinets libéraux.

Quatre patients sont ouvriers non qualifiés exerçant en usine ou grande surface.

Quatre patients sont ouvriers qualifiés travaillant comme soudeur, mécanicien sur plateforme pétrolière, chauffeur routier en carrière et tourneur-fraiseur.

Un patient est agent de maîtrise dans une entreprise de fabrication de meubles.



3.2.4. Entourage et loisirs

Concernant l'entourage des patients interrogés, dix vivent en concubinage, six ont des enfants (un patient a ses 2 enfants placés en famille d'accueil). Quatre patients n'ont aucun soutien de la part de leur famille, trois patients vivent chez leurs parents (plus précisément chez leurs mères pour 2 entre eux).

Concernant les loisirs, nous notons que cinq patients n'ont aucun loisir, avec un patient ayant répondu à la question « avez-vous des loisirs ? » « *Non euh j'dirai la drogue, tout tourne autour de ça* ». Deux patientes font des bijoux, deux autres patientes jardinent. Une activité sportive est pratiquée par cinq patients. Trois patients se passionnent pour les voyages (Inde, région de France), enfin deux patients ont des animaux (chiens). Une patiente nous a parlé des ses hobbies souvent pratiqué à l'excès « *c'est par phases* ».

3.2.5. Modalité de traitement et prise en charge

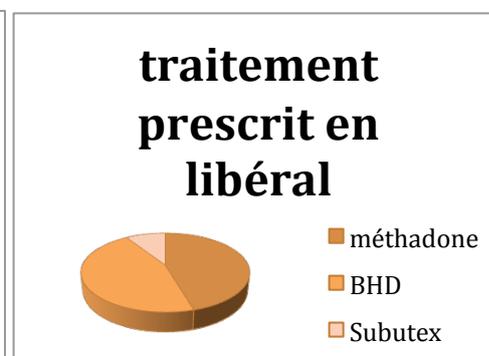
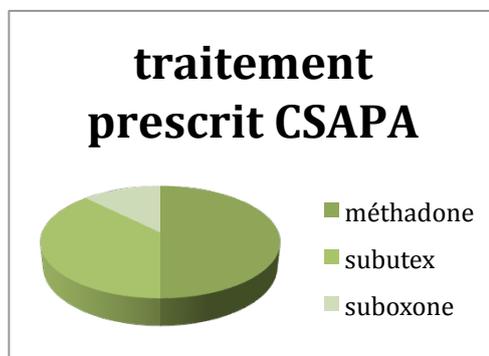
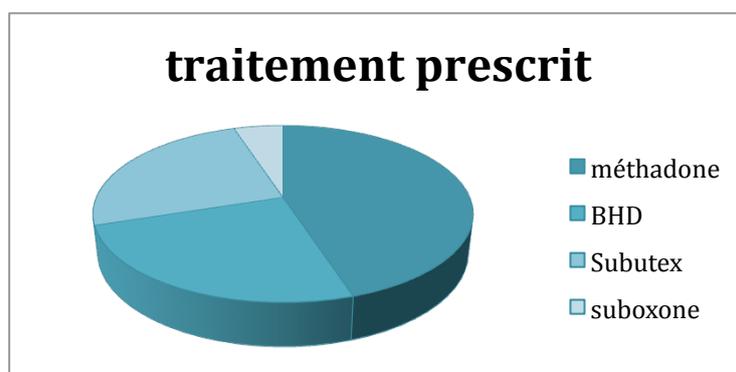
Huit patients interrogés sont suivis au CSAPA par trois médecins généralistes vacataires membres du réseau ICARES. Parmi ces huit patients, un patient est suivi en collaboration avec un médecin généraliste libéral également membre du réseau ICARES.

Onze patients sont suivis par des médecins libéraux dont deux exercent au CSAPA de Bressuire (suivi de six patients), un médecin est également membre du réseau ICARES (suivi d'une patiente), enfin deux médecins n'appartiennent à aucun réseau de soins concernant la toxicomanie (suivi de quatre patients).

Médecin prescripteur Patient	Médecin du CSAPA	Médecin libéral		
		vacataire au CSAPA	membre réseau ICARES	non membre réseau
CSAPA1	X		X	
CSAPA2	X			
CSAPA3	X			
CSAPA4	X			
CSAPA5	X			
CSAPA6	X			
CSAPA7	X			
CSAPA8	X			
LIB1		X	X	
LIB2		X	X	
LIB3		X	X	
LIB4		X	X	
LIB5		X	X	
LIB6		X	X	
LIB7			X	
LIB8	X			X
LIB9				X
LIB10				X
LIB11				X

Neuf patients ont pour traitement de substitution de la méthadone, neuf patients ont de la buprénorphine haut dosage ; parmi eux, quatre patients sous Subutex®, enfin un patient est sous Suboxone®.

Plus précisément, la méthadone est prescrite à quatre patients suivis au CSAPA et à cinq patients suivis en libéral par des médecins exerçant au CSAPA. La BHD est prescrite en libéral à cinq patients, le Subutex est prescrit à trois patients du CSAPA et à un patient suivi en libéral. Enfin le Suboxone est prescrit à un patient du CSAPA.



La durée de prise en charge est très variable, la moyenne de prise en charge est de 3 ans et 9 mois ; la prise en charge la plus récente date de 5 mois, la plus ancienne de 12 ans.

Si nous nous intéressons à la durée de prise en charge des patients suivis au CSAPA, nous retrouvons une moyenne de durée de prise en charge de 4 ans pour 3 ans et demie en libéral.

	CSAPA1	CSAPA2	CSAPA 3	CSAPA4	CSAPA5	CSAPA6
sexe	M	M	F	M	M	M
âge	45 ans	29 ans	31 ans	38 ans	25 ans	27 ans
Catégorie socio professionnelles	Sans profession	Ouvrier non qualifié	Sans profession (congé maternité)	Sans profession	Sans profession	Sans profession
formation	CAP BEP conducteur d'engin	CAP auto	CAP BEP vente	Baccalauréat	BEP horticulture	aucune
Entourage famille	Divorcé, une fille, soutien familial	Concubinage 2 enfants placés pas de soutien familial	Concubinage 2 enfants	Seul, vit chez sa mère	Seul soutien familial	Concubinage soutien familial
loisirs	non	non	bijoux	Voyage Inde, arts martiaux	Non (« euh, la drogue »)	Football
Traitement et durée du suivi	Subutex® 5 mois (rechute)	Suboxone® 1 an	Méthadone 6 ans	Méthadone 11 ans	Méthadone 6 ans	Subutex® 2 ans

	CSAPA 7	CSAPA 8	LIB1	LIB2	LIB3	LIB4
sexe	F	F	M	M	M	M
âge	52 ans	26 ans	25 ans	32 ans	26 ans	29 ans
Catégorie socio professionnelle	Sans profession	Sans profession	Ouvrier qualifié	Agent de maîtrise	Sans profession	Ouvrier qualifié
formation	Professeur de mathématique	BTS comptabilité	CAP BEP mécanique auto	CAP BEP mécanique auto	baccalauréat	CAP BEP mécanique
entourage	Concubinage 1 fille soutien familial	Seul, vit en colocation pas de soutien familial	Seul vit chez sa mère	Seul soutien familial	Seul vit chez ses parents	Seul soutien familial
loisirs	Divers « par phases »	Badminton son chien	Voyager son chien	?	Sport, pêche	non
Traitement et durée du suivi	Subutex® 2 ans 1/2	Méthadone 3 ans	Méthadone 8 mois	Méthadone 5 ans	Méthadone 3 ans 1/2	BHD 4 ans

	LIB5	LIB6	LIB7	LIB8	LIB9	LIB10	LIB11
sexe	F	F	F	M	M	M	M
âge	30 ans	47 ans	34 ans	36 ans	51 ans	30 ans	35
Catégorie socio professionnelle	Ouvrier non qualifié	Sans profession	Ouvrier non qualifié	Ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié	Ouvrier qualifié	Sans profession
formation	BEP comptabilité	aucune	CAP vente	CAP électricité	CAP peinture automobile	CAP tourneur fraiseur et peinture automobile	CAP maçonnerie
entourage	Concubinage 1 fille soutien familial	Concubinage pas de soutien familial	Concubinage soutien familial	Concubinage 2 enfants	Concubinage peu de soutien familial	Seul soutien familial	Seul soutien familial
loisirs	Jardin, promenade	Jardin, promenade	Crée des bijoux	Bricolage	Chevaux, moto play-station	Voyage, football moto	non
Traitement et durée du suivi	Méthadone 6 mois (rechute)	BHD 2 ans	Méthadone 4 ans 1/2	BHD 10 mois	Subutex 13 ans	BHD 8 mois	BHD 4 ans 1/2

3.3. DONNEES THEMATIQUES ENTRETIEN PAR ENTRETIEN

Le long chapitre ci-dessous est correspond au long cheminement de notre travail consistant à mettre en évidence les différents thèmes au sein de chaque entretien retranscrit. En effet, l'analyse des données brutes des retranscriptions des entretiens permet de recenser les opinions et représentations de chaque patient au sein de différentes thématiques. Ces données sont ensuite croisées entre elles lors de l'analyse transversale. Ainsi ce chapitre montre l'analyse thématique de chaque entretien, pas à pas, au fil du *corpus* de données. Sa lecture n'est donc pas indispensable pour approcher les réponses aux objectifs du travail de thèse, ces derniers étant repris dans l'analyse transversale des données puis dans la discussion.

Les données thématiques issues des entretiens s'articulent donc autour des trajectoires de vie et de soins des patients, de leur mode d'accès au médecin prescripteur actuel, du ressenti sur leur prise en charge (actuelle et antérieure) et sur l'environnement lié à la toxicomanie (représentation des drogues, de l'entourage) et sur leur représentation du traitement substitutif.

3.3.1. CSAPA1

Les informations recueillies sur la trajectoire du patient indiquent qu'il a rechuté il y a 3 ans après avoir été sous traitement pendant 2 années. Il est désormais sous le fait d'une injonction thérapeutique avec des soins qui s'organisent autour de 2 médecins prescripteurs qu'il voit en alternance chaque mois (un médecin du CSAPA et un médecin généraliste libéral).

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début et mode de consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« mais bon, du coup après que j'ai rechuté, j'ai changé de région et donc maintenant je vois Mr D. »
Trajectoire de soins	Changement de traitement	« ça fait cinq mois que je les

	du fait d'une mauvaise tolérance, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	vois, en alternance, avec aussi un suivi du SPIP [...] j'ai rechuté il y a 3 ans et là ça fait 5 mois que j'ai refait mes papiers et tout. »
--	---	--

Plusieurs éléments ont déterminé le mode d'accès au médecin prescripteur : tout d'abord l'injonction thérapeutique, la coordination médecin traitant/médecin prescripteur, l'offre de soins restreinte de médecin généraliste prescripteur de traitements substitutifs aux opiacés (TSO), et le « bouche à oreille ».

Code	Définition	Extrait
Injonction thérapeutique	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à une décision judiciaire	« En fait ça fait cinq mois que je les vois, en alternance, avec aussi un suivi du SPIP. » (service pénitentiaire d'insertion et de probation).
Coordination médicale	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à son orientation par son médecin traitant ou son précédent médecin prescripteur	« Et bien moi j'étais au début sur Moncoutant mais je voulais aller sur Thouars et donc le médecin m'a conseillé d'aller voir Mr D. »
Difficultés accès aux soins médicaux	Nombre de médecins prescripteurs de TSO restreint sur le territoire étudié	«En plus, ben y voit d'autres patients toxico, alors...du bouche à oreille et surtout y a que lui qui accepte sur le

		secteur. »
Bouche à oreille	Le patient a consulté son médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient déjà suivi pour un TSO	« En plus, ben y voit d'autres patients toxico, alors...du bouche à oreille »

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle et il apprécie le suivi en alternance. Concernant la prise en charge effectuée au sein du CSAPA, le patient insiste sur l'écoute et le soutien dans les démarches administratives. Son médecin prescripteur en libéral est également à l'écoute et le patient peut lui parler librement. La prise en charge est globale ainsi son médecin prescripteur en libéral est devenu son médecin traitant par simplicité.

Code	Définition	Extrait
CSAPA et écoute	Sentiment d'être écouté par le médecin du centre	« Ben ici c'est un centre donc forcément ils sont bien à l'écoute, on est bien pris en charge, et puis avec le suivi du SPIP c'est bien. »
Prise en charge multidisciplinaire du CSAPA	Importance de la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres de soins avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire (orientation dans les démarches sociales)	« Ben oui, c'est important de pouvoir parler, d'être écouté et puis ben j'ai fait des démarches avec l'aide du SPIP et du CDAG pour faire mes papiers donc là ça fait 5 mois que ça va un peu mieux. »
Médecin libéral prescripteur	Sentiment d'être écouté par	« Il voit beaucoup de monde

de TSO et écoute	son médecin prescripteur	mais il prend quand même le temps de discuter [...] il est bien à l'écoute. »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« on peut lui parler »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« c'est comme pour tout le monde. »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« parce que du coup c'était plus simple, et puis comme il peut s'occuper de tout. C'est mieux comme ça. »

Le patient a un avis favorable quant à la possible communication entre les médecins du centre et son médecin traitant ainsi que sur l'existence du réseau de soins ICARES.

Code	Définition	Extrait
Communication médecin CSAPA - MÉDECIN TRAITANT	Opinion sur la communication (ou non) entre les MÉDECIN PRESCRIPTEUR du centre et les médecins traitants	« Ils se connaissent donc je pense que oui (ils communiquent ensemble) [...] Ben je trouve que c'est bien. »
Avis sur le réseau de soins	Réseau de soins aux patients toxicomanes, collaboration	« Je pense que c'est bien. Ça permet de bien prendre en

	entre un médecin prescripteur et le CSAPA, patients convaincus de l'utilité du réseau de soins	charge les gens comme nous. »
--	--	-------------------------------

Il revient notamment sur sa prise en charge médicale ultérieure non satisfaisante pour lui.

Code	Définition	Extrait
Manque d'investissement du médecin généraliste non prescripteur	Absence d'intérêt pour la toxicomanie, prise en charge réduite à l'ordonnance	« Ben, les autres médecins y étaient pas trop à l'écoute. On venait pour l'ordonnance, ils vous faisaient le papier et puis c'est tout. Ça durait pas longtemps [...] c'était un peu à la chaîne »

Actuellement le traitement substitutif du patient est une ressource pour « s'en sortir ».

Code	Définition	Extrait
TSO pour retour à la normale	Le TSO aide les patients à s'en sortir, à retrouver une vie normale	« Ça permet de m'aider à m'en sortir, ouais, c'est une aide pour avancer. Depuis que je le prends, j'ai refait mes papiers, j'ai la sécu et le RSA [...] donc là je prends mon traitement et j'essaie de me remettre à flot, c'est pas facile. »

Concernant l'environnement lié à la toxicomanie le patient évoque les méfaits de l'héroïne et l'entourage, parfois néfaste, lié à la consommation de drogues.

Code	Définition	Extrait
Méfaits de l'héroïne et autres drogues	Effets délétères des drogues sur la santé physique, mentale, sur le travail et sur la structure familiale	« Et puis l'héroïne ça coûte cher, très cher !!Même ce qui n'a pas de prix !!Moi j'ai tout perdu avec ça, j'avais un boulot, une famille, ma fille a 14 ans et plus rien ! »
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	«Je n'ai plus d'amis, parce ce que le problème c'est que des fois ça entraîne la rechute. »

3.3.2. CSAPA2

Lors de l'entretien, le patient évoque sa trajectoire de vie concernant le début de ses consommations et sa vie de couple. Il retrace également sa trajectoire de soins avec les rechutes et le mésusage du Subutex et la difficulté de prise en charge auprès des médecins généralistes sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début et mode de consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« ça fait longtemps qu'on est ensemble [...] on a deux enfants qui sont placés mais il y a de nouveau un jugement [...] et je pense que c'est bon, ils vont pouvoir revenir à la maison. » « Moi, j'ai commencé à fumer de l'herbe à 14 ans, j'ai pris de héro à 18 et je prenais du sub « sous le manteau » depuis l'âge de 20 ans alors ça commence à faire ! »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« Je vois le Dr G [...] depuis un an », « Mr G il a bien vu qu'avec le subutex ça m'allait pas [...] du coup [...] je suis sous Suboxone pour éviter les injections. » « depuis que je viens là j'ai

		reçut une fois mais là je prends plus rien, bon un joint de temps en temps. »
--	--	---

Du fait de la difficulté d'accès aux soins médicaux et notamment aux TSO, le patient s'est tourné vers le marché parallèle. Ainsi, il a été informé de l'existence du centre de soins et a pu débuter sa prise en charge.

Code	Définition	Extrait
Difficultés accès aux soins médicaux	Nombre de médecins prescripteurs de TSO restreints sur le territoire étudié	« Alors je suis venu sur Pouzauges il y a 10 ans et depuis je galère pour trouver un médecin »
Marché parallèle	Le patient a consulté son MÉDECIN PRESCRIPTEUR suite à l'achat de TSO "dans la rue"	« Et c'est comme ça qu'un jour on m'a dit que je pouvais venir ici... c'est marrant parce que c'est un mec qui venait ici pour du subutex et qui le revendait après. Enfin du coup je suis venu ici et c'était il y a un an. »
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO	

Le patient cite ses représentations de l'héroïne et les problèmes relationnels issus du milieu des drogues ainsi que l'altération de l'image de soi.

Code	Définition	Extrait
Drogues illicites	Représentation de la drogue par les patients	«Avec la drogue, on était dans l'artificiel, on était bien pendant 2 heures et après

		on avait mal pendant 2 jours, on n'est pas dans la vrai vie.»
Méfais de l'héroïne et autres drogues	Effets délétères des drogues sur la santé physique, mentale, sur le travail et sur la structure familiale	« Je dois vraiment avoir la gueule de l'emploi, ça doit être les dents qui font ça !!! »
Dépendance et drogue illicite	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et également dépendance psychique (les tentations)	«Mais c'est fou, même si ça fait longtemps que j'ai pas repris de l'héro, [...] j'ai toujours le droit à voir un mec qui peut me vendre de la came, je dois vraiment avoir la gueule de l'emploi, ça doit être les dents qui font ça !!! (Rires) mais bon j'arrive à dire non et ça c'est super important [...] après coup, je me dis « oh allez juste une fois ça n'aurait pas été une catastrophe ». Mais bon je tiens le bon bout ! »
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	«Eh ben, au début, quand on est arrivé on avait des connaissances peu fréquentables on va dire, donc c'est vrai que depuis pas mal de temps et bien on n'a plus d'amis. Ça c'est pas facile. »

Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, a priori, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	« je dois vraiment avoir la gueule de l'emploi, ça doit être les dents qui font ça !!! »
-----------------------------	--	--

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle : il ne ressent pas de jugement de la part de son médecin prescripteur, il peut lui parler librement, il se sent accompagné. Il insiste sur la connaissance de la toxicomanie et l'investissement dans le soin par son médecin prescripteur. Enfin il apprécie sa prise en charge globale. D'ailleurs, son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant, malgré le manque de proximité géographique de ce dernier.

Code	Définition	Extrait
Pas de jugement	Importance pour le patient de ne pas se sentir jugé	« Ben moi, je suis très bien pris en charge. Je ne suis pas jugé, parce qu'avant... »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« Là je peux parler librement, y a pas de jugement. »
Accompagnement et aide	Accompagnement psychologique, aide sociale et orientation vers les différents acteurs sociaux	« En juin dernier j'ai rechuté, mon père est décédé, bon c'est pas une excuse mais ça m'allait pas et bien j'ai pu en parler, il m'a aidé et accompagné et pas jugé et ça c'est passé comme ça. »
Notion de connaissance de la	Le médecin prescripteur est	« Mr G il a bien vu qu'avec le

spécialité	perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	subutex ça m'allait pas alors il a cherché pour moi, pour savoir quel traitement serait le mieux et du coup depuis 14 jours je suis sous Suboxone pour éviter les injections »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	«par exemple l'année dernière j'ai fait une phlébite et bien il m'a tout de suite orienté sur l'hosto, m'a fait un papier et tout et puis au décès de mon père il a vraiment été là et ça m'a fait vachement du bien. »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« c'est D G mon médecin traitant, je viens le voir même si je dois faire 30 km en scooter »
Pas de limites géographiques	Malgré la distance le patient continue à voir son médecin prescripteur	

Le patient revient beaucoup sur des prises en charge précédentes non satisfaisantes. Il évoque des médecins généralistes refusant de suivre les patients toxicomanes dépendants aux opiacés et des médecins « dealers » cités lors de l'introduction. Il insiste sur plusieurs éléments illustrant ses difficultés avec des médecins généralistes non prescripteurs : l'absence de relation de confiance, le sentiment d'être infantilisé et jugé par les médecins et l'absence de liberté de parole et de dialogue. Enfin le patient déplore le manque d'investissement et de connaissances des médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie. Il est d'ailleurs très critique sur le rôle des médecins généralistes dans cette prise en charge.

Code	Définition	Extrait
Refus de prise en charge	Médecins généralistes refusant le suivi et la prescription de TSO	« ils disent qu'ils peuvent pas faire ce genre d'ordonnance, ben nous on comprend tout de suite, ils ne veulent pas se faire suer avec nous, remarquez de fois ils nous disent carrément qu'ils ne veulent pas nous voir »
Profil médecin généraliste « dealer en blouse blanche »	Médecins généralistes vu comme dealer de TSO par le patient	« Remarquez il y en a qui en profite et du coup le médecin il devient dealer de sub »
Manque d'une relation de confiance	Relation basée sur le contrôle	«Ils sont toujours dans le contrôle : ils nous demandent pas si on se shoote mais ils nous prennent la tension en regardant bien nos bras, ils menacent avec les analyses d'urines... ah ça le contrôle ils connaissent mais y-a jamais de dialogue. On ne se sent pas autorisé à parler de toute façon. »
Manque de dialogue	Peu ou pas d'échange avec le médecin généraliste	« On ne se sent pas autorisé à parler de toute façon [...] le pire c'est qu'on n'ose rien dire »
Pas de liberté de parole	L'expression du patient est limitée par le médecin généraliste	« On ne se sent pas autorisé à parler de toute façon [...] le pire c'est qu'on n'ose rien dire »

<p>Sentiment de jugement</p>	<p>Sentiment de ne pas être accueilli comme d'autres patients, notion d'apriori sur la toxicomanie de la part du médecin généraliste</p>	<p>«ils nous jugent tellement qu'on n'a même pas envie de leur en parler qu'on a repris de la came, sinon ils nous casseraient encore plus, déjà que c'est pas facile. »</p>
<p>Sentiment d'infantilisation du patient</p>	<p>Relation où le médecin généraliste est plus que paternaliste, où les objectifs de soin sont différents entre le patient et le soignant.</p>	<p>« ils veulent à tout prix qu'on baisse tous les mois, c'est pour se débarrasser de nous et le pire c'est qu'on n'ose rien dire. Résultat, ben on est de plus en plus mal, et puis ben moi j'avais besoin de plus donc ben j'en achetais sous le manteau »</p>
<p>Manque d'investissement du médecin généraliste non prescripteur</p>	<p>Absence d'intérêt pour la toxicomanie, prise en charge réduite à l'ordonnance</p>	<p>« De toutes façons, on le voit bien, on les emmerde. Ils font juste l'ordonnance et puis c'est tout»</p>
<p>Sentiment d'un manque de formation</p>	<p>Critique du manque de formation des médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie</p>	<p>«Et puis ils y connaissent rien. »</p>
<p>Réticence d'être pris en charge par un médecin généraliste</p>	<p>Volonté des patients de ne pas être suivis par un médecin généraliste</p>	<p>« J'ai pas envie de voir d'autres médecins généralistes, ils me dégoutent.»</p>

Actuellement, son traitement lui permet un retour à la vie normale, la possibilité de travailler. D'autre part le patient est satisfait depuis son changement de traitement il ne pratique plus d'injections.

Code	Définition	Extrait
TSO pour retour à la normale	Le TSO aide les patients à s'en sortir, à retrouver une vie normale	« donc ouais le traitement m'aide à avoir une vie normale, en plus maintenant je m'injecte plus, c'est cool ! »
TSO et travail	Le TSO permet au patient de travailler ou de pouvoir chercher du travail	« Et puis je travaille chez Fleury-Michon, c'est quand même pas rien comme entreprise ».

Pour finir, le patient évoque le plaisir, non lié à la prise de drogue.

Code	Définition	Extrait
Notion de plaisir	Sentiment de plaisir non lié à la consommation de drogues	« Et puis depuis pas longtemps c'est juste bien d'avoir du plaisir pour les choses simples, ça fait du bien !! Par exemple là venir en scooter (cette journée il faisait bon et beau), ou le plaisir de manger un bon beefsteak. »

3.3.3. CSAPA3

La patiente évoque son parcours dans la toxicomanie qui a débuté à l'adolescence, et son parcours de soins depuis en 2006. Elle a accouché de sa deuxième fille il y a plus d'un mois.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« Moi j'ai commencé à goûter à tout dans les raves après c'est l'héro, la coke mais la coke c'était de plus en plus cher, mais bon tout ça c'est derrière maintenant j'ai une autre vie. »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'auto substitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« depuis 2006, au début j'étais sous subutex, mais bon ça m'allait pas du tout alors on m'a mis sous méthadone. » « avec la grossesse [...] on avait augmenté les doses, [...] là on est juste en train de la diminuer. »

Son mode d'accès aux soins résulte de l'orientation par son médecin généraliste :

Code	Définition	Extrait
Coordination médicale	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à son orientation par son médecin traitant ou son	« de toutes façons ça ne l'intéressait pas, donc elle m'a dit de venir ici »

	précédent médecin prescripteur	
--	--------------------------------	--

La patiente est satisfaite de sa prise en charge actuelle. Elle apprécie l'écoute et la liberté de parole. Elle insiste également sur la notion de connaissance spécifique nécessaire à la prise en charge de la toxicomanie. Enfin, elle cite la prise en charge globale effectuée au centre de soins.

Code	Définition	Extrait
CSAPA et écoute	Sentiment d'être écouté par le médecin du centre	« les médecins ici ils nous écoutent, ils savent discuter avec nous des problèmes qui nous concernent, eux au moins ils connaissent et du coup on se sent libre pour parler, y a pas de sous entendus. Pour ça c'est vraiment bien. »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	
Prise en charge globale	importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« Comme aujourd'hui par exemple !!!(Rires : elle a une bonne laryngite !!) Ben en fait moi quand c'est pas grand-chose je me débrouille toute seule ! Je ne vais pas souvent voir le médecin de toutes façons, ouais là aujourd'hui c'est rien », « c'est vrai que si

		j'avais un problème psy, j'irais plus au CSAPA que chez mon médecin. »
--	--	--

La patiente évoque le point de vue de son médecin traitant sur la toxicomanie. D'ailleurs, elle nous informe qu'il n'existe pas de communication entre son médecin et les médecins du centre de soins.

Code	Définition	Extrait
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« - Vous ne vous sentez pas autorisée à en parler ? - Ah non, c'est pas son truc. ».
Manque d'investissement du médecin généraliste non prescripteur	Absence d'intérêt pour la toxicomanie, prise en charge réduite à l'ordonnance	« ça ne l'intéressait pas », « moi, je vais la voir pour des petits trucs, pour moi ou surtout pour les enfants mais le reste ça ne l'intéresse pas »

Son traitement actuel est vécu comme un piège : elle reconnaît qu'il lui permet de lutter contre le syndrome de manque, mais elle souhaiterait l'arrêter.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« Ben en fait euh moi j'aimerais bien l'arrêter, j'en ai un peu marre, mais même si je sais que psychologiquement je peux m'en passer, physiquement

		je vais encore être mal et le pire c'est les courbatures »
TSO et piège	Le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il ne peut pas du fait des signes de sevrage, le TSO le limite dans ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre	«Je voudrais bien arrêter, mais je suis obligée de traîner ça, ouais comme un boulet ! »

3.3.4. CSAPA4

Le patient aborde brièvement son parcours dans la toxicomanie. Cela fait plus de dix ans qu'il consulte au centre. Il vivait auparavant à Paris. Là-bas il travaillait et s'autosubstituait selon ses besoins.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« Il y avait un tout petit peu de THC, donc 6 mois de suspension de permis plus les 175 km/h [...] donc ça m'a fait un an de retrait de permis. », « j'ai pas d'univers ici. J'en ai eu un avant avec mon ex [...] Donc là c'est retour à la case départ, je suis chez maman sinon c'est la rue, j'ai 300 euros d'RSA »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« Depuis que j'ai quitté Paris donc depuis 2001. » « - Et sur Paris, vous étiez dépendant aussi ? - Ouais mais tout ce passait bien », « quand j'étais en manque je prenais du néocodion et puis de l'haldol, [...] des gens qui me dépannaient de substituts », « la dernière fois que j'ai pris [...] c'était dégueulasse, j'en ai pas repris, sinon c'était en

		Inde. »
--	--	---------

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il cite l'importance de l'écoute, de la confiance et de la liberté de parole. Il évoque également l'importance du secret professionnel. Ensuite, il revient rapidement sur la notion de prise en charge globale et sur la facilité d'accès au centre de soins qu'il compare à un lieu de répit. Enfin, il apprécie le contact avec d'autres patients au cours de sa prise en charge.

Code	Définition	Extrait
CSAPA et écoute	Sentiment d'être écouté par le médecin du centre	« Rien, y a rien qui me déplaît, ils sont à notre écoute quoi »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« on peut discuter librement, de toutes façons ils sont tenu par le secret professionnel, donc il y a pas de problème si vous leur dites et de toutes façons il vaut mieux leur dire si vous avez consommé de la drogue ou pas, si on parle plus, ça sert à rien »
Confiance	Le patient accorde sa confiance au médecin prescripteur	
Notion de secret médical	Importance du secret médical dans la relation	
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« Bon, j'ai pas eu trop de pépins mais à chaque fois que j'étais pas bien et bien je téléphonais », « je serai pas là si le moral allait »
Prise en charge multidisciplinaire	Importance de la prise en charge multidisciplinaire au	« avec l'IDE on sait si on n'a pas le SIDA, [...] c'est parfait

	sein des centres de soins avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire (orientation dans les démarches sociales)	[...] tout est centralisé » « Ouais c'est un lieu où on peut souffler un peu, et repartir après pour faire les choses de tous les jours »
Contact au cours de la prise en charge au CSAPA	Les patients se rencontrent plus fréquemment lors de leurs soins au CSAPA du fait de la spécificité du centre	« et puis ici on voit des gens, donc c'est cool aussi. »

Son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant.

Pour le patient, les différents freins à une prise en charge satisfaisante sont les difficultés d'accès aux médecins prescripteurs et le coût financier.

Code	Définition	Extrait
Difficultés accès aux soins médicaux	Nombre de médecins prescripteurs de TSO restreint sur le territoire	« Parler de la drogue, non. Y a qu'ici. Ah si à Thouars, avant de partir en Inde, euh Dr D, il s'occupe des toxicos à Thouars, mais bon, il faut payer donc voilà, j'ai pas d'argent. »
Coût par le patient de la prise en charge	Problème des revenus lorsqu'il faut avancer les frais, représentation du coût des soins (consultation+ TSO)	

Le patient nous parle de ses représentations sur la consommation de drogues et sur le milieu de la toxicomanie ; il évoque également sa solitude.

Code	Définition	Extrait
Effets positifs de l'héroïne et autres drogues	Ressenti des patients sur les effets positifs de l'héroïne ou des autres drogues et plaisirs de consommation	« là bas c'est quasiment pas coupé voilà, donc je suis revenu j'étais waouh »,
Méfais de l'héroïne et autres drogues	Effets délétères des drogues sur la santé physique, sur le travail et sur la structure familiale	« et la cocaïne, ah ben là bas vous n'avez pas besoin de l'injecter, ceux qui injectent, et bien il y en a plein qui meurent, bon après si vous voulez mourir au bord du Gange, libre à vous, moi non c'est pas mon trip de mourir, j'ai envie de voyager ».
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	« j'ai pas besoin de voir d'autres toxicos qui sont des enculés parce qu'ici, enfin, en général c'est un monde particulier, mais ici ça tient vraiment une part importante, à Paris, tout le monde sait comment ça se passe dans les cités [...] Ici les gens y vous sourient et par derrière ils vous assassinent »
Amis	Représentation des amis notamment dans le milieu de la drogue, crainte du	«j'ai un portable mais il me sert à rien, à part attendre le boulot, j'ai pas d'amis, j'ai

	jugement et des "apriori"	rien ici », « j'ai pas d'univers ici »
--	---------------------------	---

Enfin, le traitement de substitution du patient facilite la gestion de ses consommations et de son humeur. Son traitement l'aide également pour pouvoir chercher du travail.

Code	Définition	Extrait
Traitement et réduction des risques	Le traitement aide à la réduction des risques sanitaires et judiciaires par arrêt de consommation des drogues	« A pas reprendre de l'héro déjà, ouais, pour pas, euh, pour pas péter les plombs »
TSO et gestion de l'humeur	le TSO apporte une stabilité de l'humeur améliorant les rapports sociaux	
TSO et travail	le TSO permet au patient de travailler ou de pouvoir chercher du travail	« Pour pouvoir chercher du travail, parce que bon, quand vous êtes pas de la région, vous êtes mal »

3.3.5. CSAPA5

Le patient évoque brièvement son parcours dans la toxicomanie. Il nous informe qu'il a débuté l'usage des drogues il y a 8 ans, alors qu'il avait 17 ans, et qu'il est suivi au centre depuis 6 ans. Il a également bénéficié de plusieurs prises en charge psychiatriques peu satisfaisantes pour lui que nous citerons plus loin.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« Ben, j'étais mineur à l'époque, ça fait 8 ans »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« Ça fait 6 ans un truc comme ça. »

Le patient consomme actuellement des drogues illicites et notamment des produits issus du Drug-design (4). Il nous renseigne sur ses modes et habitudes de consommation (produits achetés sur internet plusieurs fois par mois et leurs injections intraveineuses). Il semble connaître de nombreuses substances ainsi que leurs effets. Paradoxalement, il déplore le manque d'informations disponibles sur ces produits et souhaiterait même participer à des essais cliniques sur ces substances. Concernant la consommation de drogues illicites, il critique la législation française qui condamne l'usage des drogues alors que leur achat n'est pas contrôlé.

Le patient est dépendant aux drogues illicites et reconnaît leurs méfaits. Il nous fait part de ses représentations sur le milieu de la toxicomanie et sur lui-même.

Code	Définition	Extrait
Produits illicites	Consommation actuelle de produits illicites (drogues internet, kétamine, héro, cocaïne...)	« j'ai fait pousser de l'herbe », [...] Je me suis fait [...] une injection d'amphétamine [...]c'est mon petit pêché mignon », « la kétamine, j'adore ça en intraveineuse », « je suis prêt à faire des essais, je les fais moi-même chez moi donc c'est aussi dangereux. »
Connaissances des patients	Connaissances sur les différentes molécules (drogues, TSO ou autres) et sur leurs effets	« j'en connais une cinquantaine même plus, mais ça coûte cher tout ça, les DCT4 c'est des champignons en poudre », « parce que ça donne la sérotonine et la dopamine », « j'ai demandé du seroplex pour avoir de la sérotonine au lieu de m'injecter des trucs. »
Coût	Coût financier de l'héroïne et autres drogues	
Effets positifs de l'héroïne et autres drogues	Ressenti des patients sur les effets positifs de l'héroïne ou des autres drogues et plaisirs de consommation	« on est heureux quoi ! y a pas mieux quoi pour se sentir bien »
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et	« - vous arriverez un jour à vous en passer ? - Ah non, j'y arriverai pas. », « en fait tout

	également dépendance psychique (et les tentations)	revient qu'à ça », « je pense à ça tout le temps ».
Méfaits de l'héroïne et autres drogues	Effets délétères des drogues sur la santé physique, sur le travail et sur la structure familiale	« je sais très bien que c'est pas bon, que je me suis mis de la merde dans les veines », « je suis anti-héroïne, ça fait trop de dégâts, je vois que je peux pas m'en défaire »
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	« - Est-ce que vous avez de l'entourage, du soutien, des amis ? - Eh non, c'est des faux amis, c'est des amis de came.
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, à aprioris, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	- Et des amis que vous aviez auparavant ? - Ben non, parce que ça se mélange pas. »

Le patient est globalement satisfait de sa prise en charge actuelle. Il relève l'importance l'accompagnement et de l'investissement des médecins prescripteurs dans la relation de soins. Il apprécie la liberté de parole et la confiance au sein de cette relation. Il revient brièvement sur la prise en charge multidisciplinaire du centre de soins et sur la prise en charge globale dont sociale, dispensée par les médecins. Il insiste sur les compétences requises afin de prendre en charge les patients dépendants aux opiacés. C'est ainsi que son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant. Pour lui, la connaissance du domaine de la toxicomanie est primordiale dans la relation.

Code	Définition	Extrait
Accompagnement et aide	Accompagnement psychologique, aide sociale et orientation vers les différents acteurs sociaux	« Moi je dis rien, parce qu'ils sont là parce que sinon je serais dans la merde [...] je pourrais pas vivre normalement. »
Investissement du médecin prescripteur	Ressenti sur l'intérêt, l'investissement du médecin dans la relation avec le patient	« c'est eux qui ont décidé ça comme ça, sinon je prendrais tous mes médicaments d'un coup [...] - vous êtes obligé de venir deux fois par semaine, est-ce que vous avez l'impression que c'est bénéfique pour votre santé ? - Ah ben oui, oui, c'est clair, sinon je me serais tiré une balle, donc ça m'embête mais bon... »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« je peux dire ce que je veux, pas de soucis »
Confiance	Le patient accorde sa confiance au médecin prescripteur	« Quand j'fais des conneries je le dis »
Prise en charge multidisciplinaire	importance de la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres de soins	« dès que je veux, je peux rencontrer la psychologue, mais bon, j'ai fait de la

	avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire (orientation dans les démarches sociales)	psychiatrie pas mal, je suis anti ça quoi, moi des psychologues, je ne veux pas en voir du tout »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« c'est clair ils me parlent de ma vie souvent, ce que je fais, qu'est ce que je deviens, qu'est ce que je veux faire voilà quoi ».
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	« il s'y connaît très bien, y'a pas de soucis »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« Parce qu'il s'y connaît bien dans la toxicomanie », « je pense que si j'avais un médecin qui n'y connaissait rien et bien je ne lui parlerais pas »

Le patient nous fait part de prises en charge (en psychiatrie et par son ancien médecin de famille) non satisfaisantes pour lui.

Code	Définition	Extrait
Prise en charge psychiatrique	A propos d'une prise en charge psychiatrique peu satisfaisante pour le patient	«c'est carcéral [...] j'aime pas la psychiatrie, c'est pas là-bas qui nous aident, c'est plus là-bas qu'on commence.

		Tous les médicaments qu'ils nous donnent ! [...] je vois pas l'intérêt de donner 17 médicaments à quelqu'un qui est déjà accro, pas aux médicaments mais à d'autres produits, non vraiment je vois pas.»
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« - Il ne voulait pas me prescrire la méthadone [...] Il était anti-ça, ça pouvait pas être pire [...] du coup, on s'est mal entendu »

Actuellement, le rôle du traitement de substitution du patient est de gérer le manque. La gestion de son traitement est difficile pour lui. Il regrette fortement la dépendance qu'il ressent vis-à-vis de son traitement ; pour lui la méthadone s'apparente à une drogue, à un piège.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	«mon traitement il m'aide à aller bien tous les jours sinon j'ai froid, je tremble, je suis pas bien, je transpire, j'ai la chiasse », « Ça me permet juste d'aller bien, mais j'ai pas l'impression qu'il y ait d'autres effets. C'est vraiment juste pour pas me

		sentir malade »
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« sinon je prendrais tous mes médicaments d'un coup », « c'est vrai que je prends plus de médicaments qu'ils me donnent. »
TSO et dépendance	Patients gênés par la dépendance (physique et psychique) du TSO	« Même j'ai essayé d'arrêter ça marchait pas. C'est vachement accrochant, c'est encore plus accrochant que la came, ça oui »
Représentation médicament drogue	Le médicament est assimilé à une drogue	« je ne pensais pas. J'aimerais bien arrêter. Parce que c'est comme de l'héroïne en gélule, et oui... », « la méthadone, pour moi, c'est de l'héroïne »
TSO et piège	Le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il ne peut pas du fait des signes de sevrage, le TSO le limite dans ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre	« C'est que je peux pas arrêter, si je pars à l'étranger, comment je fais si j'ai pas ma méthadone, j'suis malade », « moi je suis dans une belle merde », « quitte à prendre ça toute ma vie, j'm'en fous. Mais on aurait du me le dire avant que ça durait aussi longtemps ».

3.3.6. CSAPA6

La trajectoire dans la toxicomanie du patient est particulière. Il a débuté sa consommation il y a 2 ans et est devenu dépendant aux traitements de substitution.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	«j'en (de l'héroïne) avais pris juste en festif [...] puis en plus je supportais pas », «ben déjà moi j'en ai pas pris pendant euh, moi j'en ai pris une seule fois pendant une semaine et après j'étais mal »,
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	«quelqu'un qui connaissait, [...] m'a dit que j'étais en manque, qu'il fallait un traitement »

Le mode d'accès aux soins s'est effectué par « bouche à oreille ».

Code	Définition	Extrait
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO	«Par le biais de quelqu'un qui connaissait, moi je lui ai dit mes symptômes, ce que j'avais et du coup il m'a dit que j'étais en manque, qu'il fallait un traitement »

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il cite l'écoute, l'aide et l'accompagnement des médecins du centre. Il évoque également l'importance de la spécificité des mots utilisés par rapport au problème de toxicomanie.

Code	Définition	Extrait
CSAPA et écoute	Sentiment d'être écouté par le médecin du centre	«Ce qui est bien, ben c'est qu'ils nous aident par rapport à ça », «ils sont à l'écoute, et puis ils nous aident si on rechute, c'est important ».
Accompagnement et aide	Accompagnement psychologique, aide sociale et orientation vers les différents acteurs sociaux	
Spécificité des mots	Importance pour les patients de pouvoir se faire comprendre selon le vocabulaire lié à la toxicomanie	« - De quelle façon vous vous sentez aidé par rapport à ça (toxicomanie) ? - Ben les mots déjà, ils nous aident par rapport à ça, ils nous disent ce qu'il faut faire, pas faire, et puis ben si on a besoin. »

Le patient distingue sa toxicomanie de tout autre problème de santé. Le centre prend en charge uniquement sa dépendance. D'ailleurs le patient pense qu'il n'y a pas de communication entre son médecin prescripteur et son médecin traitant, et il préfère qu'il en soit ainsi. Son médecin traitant ne suit pas de patients dépendants aux opiacés même si, selon lui, il n'a pas d'a priori sur les patients toxicomanes. Cependant, le patient a ressenti des difficultés pour lui parler de son addiction, comme si un sentiment de honte le limitait.

Code	Définition	Extrait
CSAPA et prise en charge	Le centre est un lieu où, pour	« - Si vous avez un souci de santé ou un problème

le patient, seul le problème

spécifique	de toxicomanie doit être pris en charge	psychologique ou social, est-ce que vous en parleriez ici, ou plus à votre médecin traitant ? - Non, plus à mon docteur, parce qu'il me suit par rapport à ça. - Là c'est vraiment que pour votre traitement. - Oui. »
Distinction toxicomanie et autre problème de santé	Le patient dissocie son problème de toxicomanie et sa santé	
Communication médecins CSAPA – médecins traitants	Avis sur la communication (ou non) entre les médecins prescripteurs du centre et les médecins traitants	« chacun son truc »
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« Il m'a dit qu'il ne faisait pas de prescription », « Mais autrement lui il n'a pas de préjugé ou quoique ce soit »
Sentiment de honte par rapport à la toxicomanie	"je n'ai pas osé" en parler à mon médecin, difficulté pour les patients de se confier à leurs médecins	« Vous avez discuté de ça (la toxicomanie) ? - Non pas du tout. - Ça ne l'intéresse pas ? - Ah je ne sais pas, déjà j'ose pas trop lui en parler parce que... - Parce que quoi ? - Ben parce que...parce que c'est pas facile et puis voilà. »

Son traitement actuel l'aide à être bien, à s'en sortir et à gérer son humeur.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« Ben il fait que je suis bien, parce que sinon ça va pas, et puis ben il m'aide à avancer, si j'avais pas ça je crois que je serais à la rue »,
TSO pour retour à la normale	Le TSO aide les patients à s'en sortir, à retrouver une vie normale	
TSO et gestion de l'humeur	le TSO apporte une stabilité de l'humeur améliorant les rapports sociaux	« après c'est psychologique aussi, je pense, parce que moi je suis beaucoup nerveux»

3.3.7. CSAPA7

La patiente a une trajectoire dans la toxicomanie très singulière. En effet, suite à une hospitalisation pour sevrage alcoolique, elle avait remarqué que la prise du Topalgic® lui procurait un bien-être sans consommer de l'alcool ; c'est ainsi qu'elle a rencontré les drogues.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« et après quand je suis sortie d'une cure [...] j'avais trouvé un opiacé, qu'on me délivrait contre la douleur euh le topalgic® [...] pour m'empêcher de consommer de l'alcool », « j'ai découvert les drogues qui me permettaient d'être bien, de ne pas prendre d'alcool et d'avoir toute ma tête»
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« le traitement de substitution c'est ici qu'on me l'a prescrit », « Ça fait bien 2-3 ans », « Là ça fait un an et deux mois que je suis abstinente, j'ai pas envie de retomber bas. Mais je continue à rêver d'alcool, ça c'est terrible. »

Le mode d'accès aux soins s'est effectué par une coordination entre son médecin traitant à cette époque et les médecins du centre

Code	Définition	Extrait
Coordination médicale	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à son orientation par son médecin traitant ou son précédent médecin prescripteur	« j'ai un problème de dépendance à un produit que je détournais de son utilisation [...] je suis venue là pour en parler au Dr D, sur les indications de mon médecin traitant Dr B. [...] il a préféré m'orienter ici »

La patiente est très satisfaite de sa prise en charge actuelle. Elle évoque l'écoute, la liberté de parole et la disponibilité des médecins. Elle insiste sur leurs investissements dans la relation avec les patients et revient également sur l'importance de la prise en charge globale.

Son médecin prescripteur est son médecin traitant ; d'ailleurs elle s'engage également dans la relation : pour elle, l'éloignement géographique n'est pas une limite dans le suivi.

Code	Définition	Extrait
CSAPA et écoute	sentiment d'être écouté par le médecin du centre	« je sais qu'avec le Dr D je peux venir parler, en cas de problèmes je viens le voir ici », « on sent que les médecins sont ouverts »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	

Disponibilité	Les différents intervenants (médecins, infirmière) se montrent disponibles pour les patients	«à la limite, il préfère que je vienne en parler sur le moment »
Investissement du médecin prescripteur	Ressenti sur l'intérêt, l'investissement du médecin dans la relation avec le patient	« Mais de toute façon, ils s'intéressent à leurs patients », «il avait fait des recherches pour moi, il s'est intéressé au fait que j'étais dépendante de ce produit et qu'il y avait un observatoire de ce produit concernant la dépendance »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« je trouve qu'il y a un bon relationnel, il y a plus qu'une prescription de médecin. »
Pas de limites géographiques	Malgré la distance, le patient souhaite voir son médecin prescripteur	« si un jour il fallait, ce ne serait pas un obstacle d'aller là bas. Comme il me connaît, je préfère faire plusieurs kilomètres pour le voir, que voir un médecin qui ne me connaît pas »

La patiente évoque sa dépendance à l'alcool et ses conséquences. Elle a connu plusieurs structures dans le cadre de son alcoolisme et compare deux prises en charge.

Code	Définition	Extrait
Dépendance à l'alcool	Conséquences physiques, psychiques et sociales de la dépendance alcoolique	« au niveau du foie je suis suivie, mais il y a aussi d'autres soucis notamment au niveau social [...] j'ai failli perdre ma fille [...] on a même pas de vie sociale », « il y a pleins de souvenirs que j'ai oublié, même les vacances [...] c'est fou !... », « Mais je continue à rêver d'alcool, ça c'est terrible [...] je regarde la télé, je ne vais voir que les bouteilles d'alcool, en plus ils montrent toujours le whisky », « Ah je crois que c'est en moi pour toujours »
Sevrage alcoolique non satisfaisant	Prise en charge non adaptée pour le patient aux problématiques addictives	« c'est une cure qui se fait sur 8 jours euh ça n'a ni queue ni tête un truc pareil, on vous laisse dans un coin [...] Y'a très peu de contact [...] c'est inhumain »
Sevrage alcoolique satisfaisant	Importance de la prise en charge globale avec suivi dans les problématiques d'addictions	« Y'a une écoute, y'a une prise en charge physique, psychologique bien sûr, y'a un suivi [...] j'y suis allée plusieurs fois par semaine pour avoir un suivi, pour ça

		c'est vraiment bien ».
--	--	------------------------

Elle nous informe sur ses représentations des drogues et de leurs usagers.

Code	Définition	Extrait
Effets positifs de l'héroïne et autres drogues	Ressenti des patients sur les effets positifs de l'héroïne ou des autres drogues et plaisirs de consommation	« j'ai découvert les drogues qui me permettaient d'être bien, de ne pas prendre d'alcool et d'avoir toute ma tête, mais bon comme ça coûte cher »
Coût	Coût financier de l'héroïne et autres drogues	
Connaissances des patients	Connaissances sur les différentes molécules (drogues, TSO ou autres) et sur leurs effets	« quand on est toxicomane on connaît les médicaments, donc j'avais trouvé un opiacé [...] c'était le maximum qu'il pouvait prescrire contre la douleur, mais bon je m'étais bien fournie en topalgic pour m'empêcher de consommer de l'alcool »
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, a priori, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	

Actuellement son traitement représente un soutien dans son sevrage alcoolique ; il lui permet également de ne pas consommer des drogues. Il arrive que la patiente ait des difficultés à gérer son traitement dans le quotidien.

Code	Définition	Extrait
TSO contre alcool et drogue	la prise du TSO est un soutien au sevrage alcoolique et également des drogues opiacées.	« Il représente une béquille contre l'alcool et contre les drogues », « Avec le subutex, maintenant ça va, parce qu'avant c'était une catastrophe »
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« C'est vrai que je prends plus que ce qu'il me donne. Parce que si je sors un peu et que je vois les bouteilles d'alcool, euh là c'est difficile. »

3.3.8. CSAPA8

La patiente revient sur son parcours dans la toxicomanie, elle a débuté sa consommation en 2008, initiée par ses amis au cours de fêtes. La prise en charge de son addiction a commencé en 2009 avec notamment la prescription de Subutex qu'elle n'a pas toléré d'où son suivi actuel au centre de soins suite à la primo-prescription de méthadone. Récemment, elle a été emprisonnée pendant 6 mois.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice ; mode de vie	« ils ont fini par me convaincre, comme tous nos copains consommaient », « c'est comme toute addiction, si on n'accroche pas du premier coup, ça va mais si c'est plaît... », « Au début [...] je consommait en soirée [...] je prenais un peu tout ce qui pouvait exister, et puis avec le temps j'ai surtout pris de l'héroïne », « de passer un an à ne pas travailler, le moindre effort demande beaucoup [...] c'est vrai que parfois je fais quelques heures par ci par là », « j'ai fait 6 mois de prison »,
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une	« ma première ordonnance ouais c'est en 2009 », « j'ai commencé par du subutex,

	mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	comme ça peut être prescrit par le médecin généraliste et du coup j'ai pas supporté le produit », « j'ai réussi à arrêter mon traitement par méthadone y'a un an et demi et je suis restée 6 mois sans traitement, et j'ai rechuté [...] c'est souvent bien connu, quand on s'arrête et qu'on recommence c'est encore pire, donc j'en suis rendue après à me shooter ».
--	---	---

Le mode d'accès aux soins s'est effectué par une coordination entre son médecin traitant de l'époque et les médecins du centre.

Code	Définition	Extrait
Coordination médicale	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à son orientation par son médecin traitant ou son précédent médecin prescripteur	«c'est lui qui m'a conseillé de venir ici [...] qu'il valait mieux voir les psychologues tout ça »

La patiente est très satisfaite de sa prise en charge actuelle. Elle évoque la disponibilité des médecins du centre. Elle revient sur l'écoute et l'aide des médecins du centre, sur l'importance des mots en lien avec la prise en charge de la toxicomanie et sur la notion de connaissance de la spécificité des soins. Elle reconnaît l'investissement des médecins dans la

relation thérapeutique et apprécie leur absence de jugement. Elle revient sur les notions de confiance (surtout liée aux connaissances du médecin), de liberté de parole (en rapport avec le secret professionnel) et de médecin traitant. Enfin la patiente cite l'importance de la prise en charge globale et multidisciplinaire.

Code	Définition	Extrait
Disponibilité	Les différents intervenants (médecins, infirmière) se montrent disponibles pour les patients	« ils ont toujours été là, pour discuter, pour remonter le moral », « on a un problème, on vient un peu plus tard que prévu, ils sont toujours disponibles »
CSAPA et écoute	sentiment d'être écouté par le médecin du centre	« A l'extérieur, c'est difficile d'en parler et de vivre avec, et du coup trouver des médecins qui sont à l'écoute, et qui savent de quoi ils parlent surtout, c'est très bien »,
Accompagnement et aide	Accompagnement psychologique, aide sociale et orientation vers les différents acteurs sociaux	« parce que j'ai fait 6 mois de prison, bien coupée du monde et quand je suis ressortie, c'était vraiment très dur et ils ont été formidables, ils m'ont dirigée vers des avocats... »
Spécificité des mots	Importance pour les patients de pouvoir se faire	« Quand ils nous parlent de quelque chose, ils

	comprendre selon le vocabulaire lié à la toxicomanie	connaissent les termes, les problèmes que ça engendre »
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	« ils connaissent leur travail », « ils connaissent bien et peuvent nous aider, si on a une question »,
Investissement du médecin prescripteur	Ressenti sur l'intérêt, l'investissement du médecin dans la relation avec le patient	« au final il commence à nous connaître, on crée des liens avec lui »
Pas de jugement	Importance pour le patient de ne pas se sentir jugé	«- Donc le fait de venir ici c'était vraiment euh...-Un soulagement ? -Ouais un soulagement et puis le fait de ne pas être jugée. »
Confiance	Le patient accorde sa confiance au médecin prescripteur	«- Et quand vous avez rechuté, vous avez pu en parlé ? - Oui, oui tout de suite, parce que de tout façon c'est mon médecin traitant [...] quand je suis arrivée [...] il a tout de suite compris, la preuve qu'ils connaissent bien leur travail, [...] c'est pas lié à la justice, donc on peut tout dire, c'est important, sans craindre »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	
Notion de secret médical	Importance du secret médical dans la relation	
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	

Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	«En général je viens ici, toujours, pour tout.», « J'ai fait 6 mois de prison, bien coupée du monde et quand je suis ressortie, c'était vraiment très dur et ils ont été formidables, ils m'ont dirigés vers des avocats... »
Prise en charge multidisciplinaire	Importance de la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres de soins avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire (orientation dans les démarches sociales)	« c'est vrai qu'ici on est encadré que ce soit les médecins, la psychologue, il y a tout ce qu'il faut, c'est bien cadré »

La patiente a connu peu d'autres médecins prescripteurs. Elle note leur manque de connaissances et d'investissement dans le domaine de la toxicomanie. Elle revient également sur la difficulté de parler de la toxicomanie du fait d'un sentiment de honte et de jugement de la part des médecins généralistes qui justement ne semblent pas avoir de compétences dans ce domaine.

Code	Définition	Extrait
Sentiment d'un manque de formation auprès des médecins généralistes	Critique sur le manque de formation des médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie	«il m'avait dit que ben il ne s'y connaissait pas plus que ça », « on sent qu'il y a, pas une peur mais euh quelque chose qu'il connaît pas donc

		souvent quand on connaît pas ben voilà ... »
Manque d'investissement du médecin généraliste non prescripteur	Absence d'intérêt pour la toxicomanie, prise en charge réduite à l'ordonnance	« les médecins généralistes n'apprécient pas particulièrement ce problème là, donc c'est un peu à la va vite, un coup de tampon sur l'ordonnance et puis voilà »
Sentiment de honte par rapport à la toxicomanie	"je n'ai pas osé" en parler à mon médecin, difficulté pour les patients de se confier à leurs médecins	«Ça a été très difficile de lui en parler »
Sentiment de jugement par les médecins généralistes	Sentiment de ne pas être accueilli comme d'autres patients, notion d'a priori sur la toxicomanie de la part du médecin généraliste	« j'aime bien en parler avec des gens qui savent de quoi il est question [...] c'est difficile pour elle, quand il y a des a priori on a du mal à passer outre »
Réticence d'être pris en charge par un médecin généraliste	Volonté des patients de ne pas être suivi par un médecin généraliste	

Le traitement actuel représente un moyen pour la patiente de ne pas souffrir mais elle considère son traitement un peu comme un piège car il ne prévient pas des rechutes, au contraire.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« (Soupir) c'est...euh... d'un côté c'est un soulagement parce que je ne suis pas malade, je n'ai pas ma dose à aller chercher tous les jours »
TSO et réduction des risques	Le traitement aide à la réduction des risques sanitaires et judiciaires par arrêt de consommation des drogues	
TSO et piège	le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il ne peut pas du fait des signes de sevrage, de plus le TSO limite le patient dans ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre	« ça ne protège pas du tout contre la rechute », « quand on a la méthadone, on sait qu'on peut consommer, parce que derrière on ne sera pas malade ».

D'ailleurs, il lui arrive de consommer des drogues illicites selon les personnes qu'elle rencontre. Elle éprouve parfois des difficultés dans les relations sociales liées au milieu de la toxicomanie. Elle essaie donc de reprendre des loisirs afin de moins songer aux produits.

Code	Définition	Extrait
Produits illicites	Consommation actuelle de produits illicites (drogues internet, kétamine, héro, cocaïne...)	« Ça m'arrive de reconsommer de temps en temps, avec certaines fréquentations, ça dépend »
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	« y'a des amis, mais on sait pas toujours dans quel sac mettre les amis, et puis des fois on a un jugement »
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et également dépendance psychique (et les tentations)	« ça libère, ouais ça libère un petit peu ça fait du bien, parce que penser qu'au produit... »

3.3.9. LIB1

Concernant la trajectoire dans la dépendance, le patient nous indique avoir débuté ses consommations à l'âge de 15 ans ; peu après il tombe sous le fait d'une injonction thérapeutique suite à la consommation d'alcool et de cannabis. Il y a quelques mois, le patient avait stoppé ses consommations car il vivait en couple. Il a rechuté lors de la séparation.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« j'ai fait pas mal de soirée, j'ai commencé il y a dix ans, j'en ai fait et pris pas mal », « je fumais juste, je prenais des trucs en découverte », « j'ai eu un accident de voiture, où y a eu de l'alcool, et autre chose », « je prenais un gramme d'héroïne et je pouvais m'arrêter pendant trois semaines, y'avait pas de soucis. Mais après j'en prenais plus et au bout d'un moment ben voilà c'est parti, et puis j'ai rencontré une fille qui avait deux filles, pas de boulot donc là on s'est dit on arrête, mais bon après on s'est séparé, donc voilà quoi »

Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« Ça fait ...euh...8 mois », « ben j'ai commencé avec la bupré après au sub et bon, ça suivait pas donc on est passé à la méthadone », « elle est repartie et j'ai repris des soirées, et puis j'ai revu des personnes qu'il aurait pas fallu que je revoie, et je suis retourné dedans quoi », « par exemple là il y a trois semaines que je ne suis pas venu alors que j'ai traitement méthadone. »
----------------------	--	---

Le mode d'accès aux soins s'est fait par l'intervention d'un proche (sa mère) et par le bouche à oreille.

Code	Définition	Extrait
Intervention d'un proche	Le patient a consulté suite à l'inquiétude d'un proche	«c'est ma mère qui m'a vu un soir, j'avais plus rien, [...] elle m'a emmené à l'hôpital [...] à partir de là je me suis repris en main »
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi	« je suis venu là par l'intermédiaire de personnes qui connaissaient le médecin, qui venaient déjà

	pour un TSO	ici pour la même chose et c'est eux qui m'ont conseillé de venir ici justement »
--	-------------	--

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il revient notamment sur l'écoute, la confiance et le secret professionnel. Il insiste sur la spécificité des termes liés au domaine de la toxicomanie ainsi que les connaissances spécifiques requises. Il cite l'importance du suivi et de la prise en charge globale. Enfin, Il aborde la notion de volonté de soins en opposition notamment à l'injonction thérapeutique. Son médecin prescripteur est son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin libéral prescripteur de TSO et écoute	Sentiment d'être écouté par son médecin prescripteur	« il est très à l'écoute, on peut avoir confiance en lui », « je sais que ça restera entre nous, donc voilà ça fait du bien d'en parler et je sais que lui il n'ira pas balancer aux flics ou n'importe »
Médecin libéral prescripteur de TSO et confiance	Le patient accorde sa confiance au médecin prescripteur	
Notion de secret médical	Importance du secret médical dans la relation	
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« on peut lui dire ce qu'on veut »
Spécificité des mots	Importance pour les patients de pouvoir se faire comprendre selon le vocabulaire lié à la toxicomanie	« si je dis j'ai pris des shoots, c'était 2 g par jour, voilà il sait de quoi on parle », « je ne vais pas dire à n'importe qui « j'ai pris un shoot » y va pas capter, alors que lui c'est un médecin pourtant je suis
Notion de connaissance de la	Le médecin prescripteur est	

spécialité	perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	pas sûr qu'il soit la dedans», « il sait de quoi il parle, c'est vraiment pour ça que je suis venu là »
Suivi	Importance du suivi pour le patient	« et puis il y a un suivi, ouais à chaque fois que je viens ça se passe bien »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« dès que j'ai un problème j'appelle Dr G et il sait ce que je prends, comment ça s'est passé donc voilà »
Notion de volontariat	Importance de la volonté du patient dans l'investissement du soin	« il faut le vouloir »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« comme j'avais Dr G pour ça, je me suis dit bon voilà autant avoir le même médecin qui sait ce que j'ai fait avant, pourquoi je suis là »

Après la séparation, le patient avait pu évoquer son problème de toxicomanie à un autre médecin généraliste avant de déménager.

Code	Définition	Extrait
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou,	« on en avait un peu discuté déjà, comme quoi ben je fume, je buvais de l'alcool,

	sans limite	que je prenais des trucs, on en avait parlé pendant une ou deux heures »
--	-------------	--

Le patient revient sur trois prises en charge antérieures non satisfaisantes pour lui :

Code	Définition	Extrait
Contact au cours de la prise en charge au CSAPA	Les patients se rencontrent plus fréquemment lors de leurs soins au CSAPA du fait de la spécificité du centre	« Quand tu vas au CDAG ben voilà tu vois toujours les même personnes, que t'as vu en soirée enfin bon [...] limite c'est encore plus une tentation, ben même moi, je suis pas totalement sorti de là dedans du coup « tu fais quoi ce soir... »Et puis voilà c'est reparti pour une soirée... »
Rôle de l'entourage	Limite de parole liée à un proche	« le médecin c'était le père d'un ami [...] c'était pas pareil »
Injonction thérapeutique	le patient a consulté son médecin prescripteur suite à une décision judiciaire	« par rapport à mes soucis avec la justice, le juge enfin il fallait un rendez-vous avec un médecin », « j'étais obligé, c'est pas comme si j'étais venu de moi-même »

Enfin concernant sa prise en charge, le patient cite fréquemment les limites de l'offre de soins aussi bien des médecins que des pharmaciens.

Code	Définition	Extrait
Difficultés accès aux soins médicaux	Le nombre de médecins prescripteurs de TSO est restreint sur le territoire	«c'est qu'il n'y a pas assez de médecins qui le font je pense, parce que là dans le coin, donc y'a 2 médecins, mais bon étant donné que je suis de Thouars il faut monter sur Bressuire à chaque fois, après c'est la pharmacie St J dans le milieu de Bressuire, donc ouais ça fait pas mal de route, c'est ça le plus gênant »
Difficulté accès pharmacie	L'offre de soins de pharmaciens acceptant le suivi des patients substitués aux opiacés est limitée sur le territoire	

Actuellement le traitement l'aide à travailler, à avoir une vie normale et à gérer les syndromes de manque. Pour le patient, la limite du traitement est la fréquence des consultations. Cependant, il relativise car certains de ses amis suivis dans une région voisine ont plus de difficultés à obtenir leurs traitements ; nous notons d'ailleurs une forme d'idéalisation de la méthadone.

Code	Définition	Extrait
TSO et travail	le TSO permet au patient de travailler ou de pouvoir chercher du travail	«ça m'a permis de reprendre une vie normale où je pouvais aller travailler, où voilà j'étais bien quoi, je ne me levais pas le matin trempé
TSO pour retour à la normale	Le TSO aide les patients à	

s'en sortir, à retrouver une

TSO pour retour à la normale	vie normale	où je me disais, je vais faire quoi aujourd'hui, il faut que je trouve un truc parce que sinon ça va pas le faire, donc ça c'est énorme »
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	
Prescription des produits de substitution	Ressenti par rapport à la limite de la durée de prescription des TSO et à la législation concernant la méthadone (passage du sirop aux gélules...)	«-Qu'est ce qui vous déplaît? -Ben rien de spécial, le fractionnement tous les 14 jours », «j'en parle avec des copains [...] ils sont obligés d'aller à l'hôpital tous les jours »
Représentation idéalisation méthadone	Prescription de méthadone perçue comme le quête d'un graal	«je suis bien content de l'avoir pour 14 jours <u>ma</u> méthadone. », « je suis passé au CDAG et bon j'ai <u>réussi</u> à avoir <u>ma</u> méthadone »

Actuellement le patient consomme toujours des substances illicites. Il évoque d'ailleurs ses difficultés à ne plus consommer (marché parallèle et relations); nous remarquons également une volonté d'opposition face à la société actuelle.

Code	Définition	Extrait
Produits illicites	Consommation actuelle de produits illicites (drogues internet, kétamine, héro,	« des trucs de médecins, de la kétamine c'est un truc de vétérinaire [...] ça envoie

	cocaïne...)	encore pire, vous qui êtes médecins vous devez savoir ce que c'est, c'est assez puissant... »
Marché parallèle	Revente illégale de produits de substitution et autres	: « dans mon milieu, il y a pas mal de monde qui consomme y'a de l'alcool, du subutex, de la bupré donc il y a toujours un moyen d'avoir de la drogue [...] c'est vraiment facile d'en trouver, la méthadone, on en trouve quand on veut », « mais après ben voilà on a tout le temps les mêmes délires, ben c'est des potes que je reverrai toujours, ah moins vraiment de ne plus faire les mêmes teufs, ou d'aller chez des gens »
Entourage	Ressenti sur la qualité de l'entourage en termes d'aide et de soutien	
Rébellion contre la société et le système	Patient en opposition face à la société actuelle	« après moi je suis « traveller » j'ai mon camion, et puis voilà j'emmerde le système...»

3.3.10. LIB2

Le patient nous informe sur sa trajectoire dans la toxicomanie. Il a débuté ses consommations à l'âge de 14 ans, sa prise en charge initiale s'est effectuée au CSAPA « Le Tourniquet » à Poitiers. Initialement, son traitement comportait du Subutex qu'il supportait mal. Vers l'âge de 23 ans, le patient a été condamné à un emprisonnement pour trafic. Actuellement, le patient est sous méthadone.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« j'ai commencé à fumer, j'avais 14-15 ans et à partir de 17 ans j'ai commencé à consommer un peu tout et n'importe quoi et puis à cette âge-là et bien tu ne te rends pas trop compte et même si déjà avant d'aller en prison c'était plus ce que c'était : je ne consommais plus de tout et après ça c'est fait comme ça », « c'était pas pour la consommation, c'était plus pour trafic », « en fait je suis venu là parce que quand je suis sorti de prison, il fallait absolument que je travaille et Heuliez embauchait donc je suis resté là »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de	« à Poitiers il y a ce centre donc la plupart des gens

	<p>traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement</p>	<p>cherche même pas à aller ailleurs », « ça fait maintenant 5 ans que je suis là », « au début je faisais les aller-retour », « subutex c'est vraiment pas bon, ça donne mal au ventre, enfin moi ça me donne super mal au ventre », « au début du traitement subutex, y'a eu des rechutes et enfin voilà c'était ingérable », « le médecin du tourniquet qui m'a dit « bon si vraiment ça va pas on va voir avec la méthadone... » »</p>
--	---	--

Le mode d'accès aux soins s'est fait par bouche à oreille.

Code	Définition	Extrait
Bouche à oreille	<p>Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO</p>	<p>« c'est deux-trois personnes qui venaient qui m'ont dit que ça se passait très bien et donc voilà, je suis venu ici et puis ça c'est bien passé »</p>

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle : il apprécie la disponibilité et associe d'ailleurs cette notion à celle de connaissance du domaine de la toxicomanie. Il insiste sur l'intérêt de son médecin prescripteur pour la toxicomanie et sur l'importance de la prise en charge globale. D'ailleurs le patient rapproche la notion de prise en charge globale et celle

de médecin traitant. Enfin, il nous donne son avis sur les réseaux de soins pour les patients substitués aux opiacés.

Code	Définition	Extrait
Disponibilité	Disponibilité du médecin prescripteur pour ses patients	« genre de médecin qui s'implique, qui s'intéresse, qui connaît, qui sait être arrangeant si il faut, qui voilà, y'a des fois je l'appelle j'ai pas pu venir vendredi, « viens maintenant » il va être trop tard pour la pharmacie, donc je passe entre deux patients vite fait, non vraiment il répond bien au problème », « c'est bien d'avoir quelqu'un qui s'y connaît, qui sait de quoi il parle, qui connaît les symptômes, les problèmes que ça engendre, y'a un truc, voilà, on peut lui en parler il sait, il connaît »
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	
Investissement et intérêt du médecin prescripteur	Rôle de l'investissement et de l'intérêt du médecin libéral prescripteur de TSO pour ses patients	
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	

		il est bien »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	«- Mr G vous le voyez pour autre chose du genre vous avez un problème pulmonaire... -Ah ben oui, c'est devenu mon médecin traitant [...] sachant que c'était un médecin du CDAG»
Avis sur le réseau de soins	Patients convaincus de l'utilité du réseau de soins	« Moi personnellement j'ai pas spécialement de besoin, après je sais que enfin qu'il y est une psychologue accessible [...] c'est super parce que souvent les personnes ils n'iraient pas d'elles même donc là [...] c'est plus facile d'y aller et ça ne peut être que bien [...] oui ça apporte un plus. »

Le patient évoque ses prises en charges antérieures. Sa première démarche de soins s'est faite avec le CSAPA Le Tourniquet à Poitiers. Il était très satisfait de sa prise en charge. En effet, le patient compare sa prise en charge actuelle et celle dont il a bénéficié au Tourniquet.

Code	Définition	Extrait
Le tourniquet	Description de la prise en charge au sein au	«c'est un centre pareil mais c'est ouvert tous les jours

	Tourniquet, importance de la prise en charge multidisciplinaire	même le samedi, il sont trois médecins, un psychiatre, deux psychologues, des infirmiers [...] il y a ce centre donc la plupart des gens cherche même pas à aller ailleurs »
Investissement du médecin prescripteur	Ressenti sur l'intérêt, l'investissement du médecin dans la relation avec le patient	«mon ancien médecin à Poitiers qui était vraiment quelqu'un de très bien aussi, qui connaissait très bien son sujet et tout, ben lui c'était son truc, il s'était engagé la dedans. », « il ressemble beaucoup au médecin que j'avais à Poitiers, j'ai pas vraiment eu d'adaptation nécessaire car c'est vraiment le même genre de médecin qui s'implique, qui s'intéresse, qui connaît, qui sait être arrangeant si il faut »

Le patient cite également la prise en charge au sein du centre de Bressuire et dénonce le manque de moyens et les horaires restrictifs.

Code	Définition	Extrait
Limite horaire d'ouverture	Ouverture du lundi au vendredi de 13 à 15 heures	« mais le problème c'est quand on travaille, on peut

	(10h par semaines)	pas y aller, de 13h à 15h c'est pas évident et encore maintenant c'est tous les jours »
Manque de moyens	Manque de moyens financiers, que ce soit en termes de locaux (délabrés) et en termes de temps médical disponible	« ici on a l'impression que c'est un peu contraint, je pense enfin on dirait que ça c'est fait sur l'initiative des médecins [...] Avec le peu de moyens qu'ils ont, il font de leur mieux, mais des permanences comme ça...c'est pas aux médecins qu'on le reproche, c'est plus du fait des manque de moyens, même si je pense que ça ne coûterai pas grand-chose au moins un médecin de plus qui soit là... ».

Enfin le patient revient sur quelques prises en charge non satisfaisantes, médecins généralistes ne s'occupant pas de patients toxicomanes et médecins généralistes « dealer ».

Code	Définition	Extrait
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« il y a des médecins qui refusent totalement », « enfin c'est un peu ce que j'ai ressenti, il n'avait pas envie de

		chercher, de s'impliquer, c'était pas son truc »
Profil médecin généraliste « dealer en blouse blanche »	Médecins généralistes vu comme dealer de TSO par le patient	« le médecin était conciliant [...] d'ailleurs il y avait eu un médecin qui avait eu des problèmes à cause de ça [...] c'était la queue devant chez lui, je crois que pour les traitements de substitution il donnait ce que le gens voulaient»

Enfin, le patient insiste sur le manque de connaissance des médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie, ce qui représente pour lui un frein à l'accès aux soins et il regrette les *a priori* des médecins sur ce domaine.

Code	Définition	Extrait
Sentiment d'un manque de formation auprès des médecins généralistes	Critique sur le manque de formation des médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie	« y'a beaucoup de généralistes qui connaissent pas », « Je pense d'ailleurs, je pense que les médecins généralistes devraient avoir une journée de formation »
Sentiment de jugement par les médecins généralistes	Sentiment de ne pas être accueilli comme d'autres patients, notion d'aprioris sur la toxicomanie de la part	« Il faudrait un minimum d'information auprès des médecins généralistes, parce que les gens ils s'imaginent

	du médecin généraliste	des trucs, de toute façon il y a aura toujours des patients difficiles que ce soient des toxicomanes ou autres »
Réticence d'être pris en charge par un médecin généraliste	Volonté des patients de ne pas être suivis par un médecin généraliste	« - Votre premier interlocuteur par rapport à ce problème là c'était le Tourniquet ? – Ouais, ouais parce que les médecins ne connaissent pas »

Le patient revient également sur le manque de connaissance des pharmaciens dans le soin des patients toxicomanes substitués et critique leurs refus de prise en charge et leurs a priori.

Code	Définition	Extrait
Manque connaissance pharmacien	Sentiment d'un manque de connaissance des pharmaciens dans le domaine de la toxicomanie	« parce que les médecins ne connaissent pas comme beaucoup de pharmaciens aussi d'ailleurs »
Refus de prise en charge	Pharmaciens refusant la prise en charge des patients toxicomanes substitués	«tout de suite « non, non on ne fait pas les traitements de substitution » c'est un peu spécial quand même, c'est soit ils disent direct « non on ne fait pas », ou alors « non on a pas en stock » mais bon c'est la même chose, mais ça c'est pas normal, les

		pharmacies que ce soit n'importe lequel médicament elle doit le délivrer »
Image de la pharmacie	Au même titre que l'image des cabinets médicaux et de leur salle d'attente, difficulté d'accueil pour les patients toxicomanes au sein des pharmacies du fait d'a priori	« c'était plus une question de ... - Renommée vous pensez ? - Ouais par rapport aux autres clients »

Le traitement actuel du patient représente une liberté retrouvée par la gestion des consommations et du manque. Il l'aide aussi pour pouvoir travailler. La seule contrainte pour le patient est la fréquence des consultations. D'ailleurs, il est critique sur les modalités de prescription des traitements substitutifs et le coût que cela représente.

Code	Définition	Extrait
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	«même la méthadone, si tu rechutes dans les débuts, même si c'est fait en extra une soirée, même si tu tapes une soirée, le lendemain tu reprends ta méthadone et c'est oublié, c'est beaucoup plus simple, enfin moi, je trouve que c'est mieux »
TSO et réduction des risques	Le traitement aide à la réduction des risques sanitaires et judiciaires par	« Il représente la liberté entre guillemets, ouais c'est vraiment ça », « la gélule tu

	arrêt de consommation des drogues	la prends t'y penses plus, je trouve que tu t'éloignes encore plus du truc quoi, y'a pas de goût, y'a rien, y'a pas d'habitude. »
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	«j'ai pas envie d'être pas bien de mal dormir, d'être mal de suer, des bouffées de chaleur j'ai pas envie »
TSO et travail	le TSO permet au patient de travailler ou de pouvoir chercher du travail	« je travaille avec un poste à responsabilité et j'ai pas envie de me retrouver mal au travail »
Prescription des produits de substitution	Ressenti par rapport à la limite de la durée de prescription des TSO et à la législation concernant la méthadone (passage du sirop aux gélules...)	« ça revient vite surtout quand tu travailles quand t'es pas chez toi, c'est toujours la limite pour venir [...] du coup t'es toujours en train de compter, aller au bout de 12 jours j'en suis où ?combien il me reste ? Ah putain faut pas que j'oublie d'y aller »
Coût de la prise en charge	Problème des revenus lorsqu'il faut avancer les frais, représentation du coût des soins (consultation+	« je trouve ça ridicule le prix que ça coûte [...] je travaille j'ai une mutuelle ça me coûte rien et même ça

	TSO)	revient plus cher à ma mutuelle que ce que je la paie, c'est sûr rien que le remboursement de la méthadone et la consult, y'a longtemps que j'ai fait le calcul ils sont perdants »
--	------	---

Le patient cite le rôle du traitement dans le parcours du patient toxicomane lorsqu'il évoque les craintes, les a priori sur l'ambiance des salles d'attentes des médecins prescripteurs de traitements substitutifs.

Code	Définition	Extrait
Rôle du traitement selon la trajectoire du patient	Différences des modalités de prises du TSO et du suivi selon la trajectoire du patient (période d'apparition de la tolérance, période de galère, entrée dans le soin)	« après il y a plusieurs sortes de patient, celui qui vient en dépannage parce que ben parce qu'il en a besoin là tout de suite et on le reverra pas pendant longtemps et après il y a ceux qui ont un suivi [...] c'est sûr qu'en général quand il y a des « problèmes » c'est plus quand c'est quelqu'un pour du dépannage il a besoin tout de suite parce qu'il n'a pas trouvé autre chose voilà, c'est plus là que ça va mal se passer. »

<p>Avis sur l'image des salles d'attente dans les cabinets libéraux</p>	<p>En rapport aux arguments présentés dans différentes études par des médecins ne prenant pas en charge des patients toxicomanes</p>	<p>« deux-trois fois c'est arrivé à Mr G d'être obligé de calmer deux-trois personnes qui s'énervent un peu parce qu'il arrive là, qu'ils sont pas bien et puis voilà, autrement en général, au contraire, les gens sont plutôt gentils parce que ben ils ont besoin du traitement donc... »</p>
---	--	--

Il compare à plusieurs reprises les traitements substitutifs que ce soit sur leurs représentations, leurs durées de prescriptions et leurs effets thérapeutiques et indésirables.

Code	Définition	Extrait
<p>Représentation du traitement pour le patient</p>	<p>Rôle du traitement pour les patients, représentations culturelles</p>	<p>« enfin je vois sur les études en Belgique c'est beaucoup plus de Subutex, les patients ils veulent du Subutex et pas de méthadone, en France c'est plus l'inverse [...] en gros ça va jamais quoi », « les gens y te disent ouais mais la méthadone c'est plus fort donc il vaut mieux éviter »</p>
<p>Gout et effets indésirables des TSO</p>	<p>Avis sur les différents goûts des TSO, sur leurs effets indésirables, sur les rechutes sous BHD, et sur les</p>	<p>« le subutex [...] ça a un gout dégueulasse [...] ça me donne super mal au ventre» « les gens qui disent qui</p>

	surdosages méthadone	subutex fait plus d'effet que l'autre (BHD) c'est un peu dans la tête, c'est comme pour les gens qui sont habitués à un médoc, tu leur donnes en générique [...] ça marche moins bien », « le sirop quand tu le bois [...] tu le goûtes, y a toujours une habitude ».
Prescription des produits de substitution	Ressenti par rapport à la limite de la durée de prescription des TSO et à la législation concernant la méthadone (passage du sirop aux gélules...)	« pourquoi un produit c'est un mois et l'autres c'est 15 jours c'est un peu bizarre [...] bon après la méthadone est soit disant plus dangereuse », « C'est pareil y'a des trucs incompréhensibles, tu passes aux gélules [...] il faut d'abord minimum un an de traitement sous sirop pourquoi ? Tu sais pas. Et après avec les gélules normalement il faut une prescription initiale tous les 6 mois, qui d'ailleurs n'est pas vraiment suivie »

3.3.11. LIB3

Le patient évoque brièvement sa trajectoire dans la toxicomanie

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice ; mode de vie	« ça fait au moins 8 ans que je suis tombé dans l'héroïne », « quand j'ai commencé, je venais avec ma copine et vu qu'on s'est séparé [...] il a été là aussi pour ça il nous a bien aidé à passer le cap quoi déjà »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« Ça fait trois quatre ans que je suis sous traitement »

Le mode d'accès au médecin prescripteur s'est effectué par une coordination avec son ancien médecin traitant vers le centre de soins aux toxicomanes où le patient a rencontré son médecin prescripteur.

Code	Définition	Extrait
Coordination médicale	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à son orientation par son médecin traitant ou son	« le docteur il nous prescrivait des ordonnances mais en fait il n'avait pas l'agrément du CSST donc il

	précédent médecin prescripteur	nous a envoyés au CSST »
--	--------------------------------	--------------------------

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il apprécie la relation avec son médecin prescripteur. Il évoque les notions d'écoute, de prise en charge globale et le sentiment d'être compris. Il insiste sur l'investissement et l'intérêt de son médecin prescripteur. Son médecin prescripteur est son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« ça se passe très bien ! Je trouve qu'on a une bonne relation quoi [...] une bonne rencontre »
Médecin libéral prescripteur de TSO et écoute	Sentiment d'être écouté par son médecin prescripteur	« on s'occupe bien de moi [...] il sert un peu de psychologue en même temps je trouve, dès qu'il y a un problème on peut lui en parler pas de soucis [...] et même des problèmes familiaux ou autre, y'a une écoute [...] j'ai l'impression qu'il me comprend »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	
Sentiment d'être compris	Patient reconnu dans sa problématique de dépendance sans aprioris	
Investissement et intérêt du médecin prescripteur	Rôle de l'investissement et de l'intérêt du médecin libéral prescripteur de TSO pour ses patients	«j'aurais pas cru que, qu'on puisse s'intéresser autant à nous »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« parce qu'il s'occupe bien de moi donc du coup j'ai

		préféré, enfin voilà quand on a un docteur qui est à l'écoute ben tout de suite... ».
--	--	---

Le patient a connu d'autres prises en charge non satisfaisantes par un médecin non investi dans la relation, dans le domaine de la toxicomanie et par le centre de soins avec d'une part ses limites d'ouverture et d'autre part les patients fréquentant le centre.

Code	Définition	Extrait
Manque d'investissement du médecin généraliste non prescripteur	Absence d'intérêt pour la toxicomanie, prise en charge réduite à l'ordonnance	«ils nous faisaient notre ordonnance et puis voilà [...] y'avait pas de suivi [...] ça se sentait qu'il n'avait pas envie, que ça le faisait chier qu'on vienne chercher notre traitement chez lui »
Limite horaire d'ouverture	Ouverture du lundi au vendredi de 13 à 15 heures (10h par semaines)	«déjà c'était les horaires, je ne pouvais pas tout le temps y être entre 12 et 15 heures »
Contact au cours de la prise en charge au CSAPA	Les patients se rencontrent plus fréquemment lors de leurs soins au CSAPA du fait de la spécificité du centre	« enfin là-bas, il y a beaucoup trop de monde quoi, on revoit toutes les connaissances [...] avec qui on a des problèmes... »

Actuellement le rôle du traitement du patient est de gérer son manque afin de ne plus souffrir et de ne plus penser à l'héroïne. Le traitement lui permet de diminuer les risques judiciaires. Cependant, le patient revient sur la notion de remplacement d'un produit par un autre.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« si je ne prends pas ma méthadone tous les jours, je ne suis pas bien », « avec la méthadone, ce qui est bien, c'est qu'on pense pas, on pense à rien du tout [...] on peut voir d'autre personne [...] sans forcément avoir envie de consommer »
TSO et réduction des risques	Le traitement aide à la réduction des risques sanitaires et judiciaires par arrêt de consommation des drogues	«on n'est pas prêt à tout :parce que moi je sais qu'avant quand j'avais pas de traitement, ben voilà j'ai fait plein de voyages pour aller chercher en Hollande ou autre, là tu vois du coup d'avoir un traitement ça m'a stoppé, arrêté de prendre des risques pour rien »
TSO et piège	le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il ne peut pas du fait des signes de sevrages, de plus le TSO limite le patient dans	« limite je ne pourrais pas vivre sans, il me le faut absolument »

	ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre	
Représentation médicament drogue	Le médicament est assimilé à une drogue	« - Vous vous sentez plus libre (avec votre traitement) ? - Plus libre je ne sais pas, parce qu'il y a toujours l'emprise du médicament, on dit toujours qu'on est dedans, parce que c'est vrai que c'est remplacer un produit par un autre quoi mais bon au moins c'est légal »

Le patient évoque l'environnement lié à la toxicomanie notamment ses fréquentations et la dépendance aux produits illicites. Actuellement, il en consomme occasionnellement.

Code	Définition	Extrait
Entourage	Ressenti sur la qualité de l'entourage en termes d'aide et de soutien	« mes relations, elles ont un peu commencé là-dedans, j'ai commencé jeune donc, moi tous mes amis ils sont tous, euh... ben ils sont tous en traitement, à part un ou deux mais »
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et	« Ouais c'est plus fort, ouais c'est pas comme certain, enfin comme la cocaïne c'est

	également dépendance psychique (et les tentations)	psychologique c'est pas physique », « Quand on a mal il faut absolument qu'on se soulage »
Produits illicites	Consommation actuelle de produits illicites (drogues internet, kétamine, héro, cocaïne...)	« ça m'arrive de reprendre des produits enfin c'est rare mais ça m'arrive, quand y'a des fêtes, des anniversaires des amis »

Enfin, nous retenons l'impact de l'image que renvoient certains médecins aux patients toxicomanes.

Code	Définition	Extrait
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, aprioris, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	« pour eux on était des drogués, ça s'arrêtait là », « j'aurais pas cru que, qu'on puisse s'intéresser autant à nous »

3.3.12. LIB4

Le patient revient brièvement sur sa trajectoire dans la toxicomanie à partir de sa prise en charge initiale au cours de laquelle il rechutait fréquemment. Il a déménagé il y a 4 ans et depuis il est suivi par un médecin libéral. Nous n'avons de renseignement concernant le mode d'accès au soin actuel.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« - donc vous avez changé parce que géographiquement... - Oui à cause du déménagement car j'ai changé de région. »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« ça fait plus de quatre ans que je suis dans la région. Avant j'avais un autre médecin dans la région où j'étais, ça se passait bien », « c'était difficile au début, j'ai pas arrêté l'héroïne tout de suite, les premières années c'est dur même des arrêts avec rechutes, assez régulièrement même, maintenant c'est depuis quelques années »

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il évoque la qualité de la relation avec son médecin prescripteur (qu'il compare à une relation de couple), la liberté de parole et l'importance de se sentir compris. Le patient apprécie la prise en charge globale et les connaissances de son médecin prescripteur dans le domaine de la toxicomanie. Il s'investit dans sa prise en charge ainsi la distance entre son domicile et le cabinet médical n'est pas une limite.

Le médecin traitant du patient n'est pas son médecin prescripteur, cependant il explique qu'il préférerait mais n'a pas encore fait le changement.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« ça se passe bien y'a une bonne relation, [...] une relation personnelle », « c'est une relation, si ça marche pas, c'est plus difficile [...] que ça colle quoi, un peu comme un couple on va dire »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	«j'avais moins de facilité à me libérer, à parler de certaines choses, c'est vrai que c'est plus facile avec Dr G »
Sentiment d'être compris	Patient reconnu dans sa problématique de dépendance sans a priori	«je suis tombé sur le bon médecin par rapport à moi, par rapport à ma personnalité, il me comprend y'a ça aussi »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris	«ça m'arrive de le consulter

	en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	pour autre chose, il s'en fiche, par exemple pour mes blessures au boulot [...] il me connaît bien donc y'a ça aussi »
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	« voilà il connaît les problèmes, ce monde-là, parce que, il ne côtoie pas que moi [...] au début on peut essayer de cacher, alors que Dr G le voit et installe la discussion pour débloquer la situation»
Pas de limites géographiques	Malgré la distance, le patient souhaite voir son médecin prescripteur	« je suis tombé sur le bon médecin [...] pour moi c'est pas un frein [...] y a des fois le soir j'ai pas trop envie de bouger mais bon je le fais parce que j'ai pas le choix et je sais que ça avance donc j'y vais »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« je préfère que ce soit mon médecin général, qui gère tout, oui plutôt que ce soit deux médecins et puis il y a le traitement c'est embêtant de mélanger les médicaments, comme ça il est au courant »

Le patient revient sur plusieurs prises en charge antérieures. Il évoque le début de ses soins dans d'un CSAPA, puis son suivi par son médecin généraliste avant qu'il ne déménage. Actuellement, il lui arrive de voir son médecin traitant (qui est à proximité de son domicile) mais ce dernier est plutôt réticent pour le suivre et lui prescrire son traitement.

Code	Définition	Extrait
Prise en charge multidisciplinaire	Importance de la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres de soins avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire (orientation dans les démarches sociales)	« là-bas il y avait du monde d'habitude, j'avais une infirmière, un médecin et voilà ils ont lancé le traitement et puis c'est parti comme ça »
Prise en charge par médecin généraliste prescripteur inadaptée	Prise en charge où le médecin généraliste prescrit un TSO mais de façon non satisfaisante pour le patient	« j'avais un autre médecin dans la région où j'étais, ça se passait bien [...] j'étais plus à distance avec l'ancien médecin [...] j'trouvais que ça avançait pas trop, il ne discutait pas trop »
Objectif de soins	Les objectifs de soins du patients ne sont pas les mêmes que ceux attendus par le médecin généraliste	« je pense qu'il était plus dans un objectif pour me faire arrêter la drogue, l'héroïne, mais m'aider... »
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« mon médecin traitant le fait, il m'a déjà dépanné [...] il me l'a déjà fait mais il ne veut pas trop [...] il m'a déjà

		refusé 2-3 fois [...] il n'est pas dans cette spécialité donc il n'a pas à ... [...] je le comprends »
--	--	--

Actuellement, son traitement l'aide à gérer son manque, son humeur et à se stabiliser dans la vie professionnelle ; il lui permet un retour dans la vie normale. Le patient nous parle du rôle du traitement initial dans sa trajectoire. Les limites de son traitement actuel sont la fréquence des prescriptions, la dépendance et la durée du traitement dans le temps. Il assimile parfois son traitement à une drogue.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	«je sens que ça m'aide physique, psychologiquement aussi mais surtout physiquement, maintenant si je le prends pas je ne me sens pas bien, pas motivé, oui pas motivé, moins en forme », « donc ça m'a permis [...]de pouvoir penser à autre chose aussi »
TSO et gestion de l'humeur	le TSO apporte une stabilité de l'humeur améliorant les rapports sociaux	« je suis une personne assez speed à la base, donc me sentir pas bien ça m'énerve et donc l'humeur est moins bonne », « ça stabilise»
TSO et travail	le TSO permet au patient de travailler ou de pouvoir	« j'ai toujours travaillé mais j'étais régulièrement en

	chercher du travail	arrêt maladie [...] je changeais d'entreprise assez souvent, donc j'étais pas stable, donc ça m'a permis d'être un peu plus stable »
TSO pour retour à la normale	Le TSO aide les patients à s'en sortir, à retrouver une vie normale	« c'est surtout un mode de vie qui revient faut que ça continue »
Rôle du traitement selon la trajectoire du patient	Différences des modalités de prises du TSO et du suivi selon la trajectoire du patient (période d'apparition de la tolérance, période de galère, entrée dans le soin)	« 'était difficile au début, j'ai pas arrêté l'héroïne tout de suite, les premières années c'est dur même des arrêts avec rechutes, assez régulièrement même, maintenant c'est depuis quelques années »
Prescription des produits de substitution	Ressenti par rapport à la limite de la durée de prescription des TSO et à la législation concernant la méthadone (passage du sirop aux gélules...)	« Non, non y 'a pas de choses qui me...non franchement non, à part oui, tous les mois des fois c'est ...c'est pas lassant mais c'est souvent revenu »
TSO et dépendance	Patients gênés par la dépendance (physique et psychique) du TSO	«c'est plus au niveau psycho, c'est ben la dépendance, je vois en fin de traitement c'est là le plus dur [...] c'est vrai que c'est psychologique, je m'en rends compte que c'est psychologique »

Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« ça je l'ai aussi assimilé, grâce à Mr G [...] y'a pas de date de fin de contrat [...]c'est avec ça que j'ai eu du souci en arrivant [...]je voulais arrêter les opiacés, parce que au début c'était remplacer une drogue par une autre drogue, je voulais qu'on en finisse, et donc il m'a fait comprendre qu'il fallait du temps [...] que ça viendrait [...]maintenant, je me dis « ouais il y a le temps »on verra comment ça se terminera même s'il y a plus d'inconvénients qu'on pensait, ça en fait partie d'un autre côté c'est rien à côté...du rendu positif, voilà, je ne suis pas mécontent »
Représentation médicament drogue	Le médicament est assimilé à une drogue	

Le patient nous donne son avis sur les réseaux de soins aux toxicomanes, en évoquant notamment une mauvaise expérience auprès de dentistes.

Code	Définition	Extrait
Avis sur le réseau de soins	Patients convaincus de l'utilité du réseau de soins	« Oui ça ce serait pas mal, parce que les dentistes depuis que je suis dans la région j'arrive pas à en voir,

		j'ai des gros problèmes de dents à cause de l'héroïne et je suis obligé d'aller voir un stomato »
--	--	---

Le patient revient sur l'environnement lié à la toxicomanie notamment l'influence de l'entourage et il cite brièvement les méfaits de l'héroïne.

Code	Définition	Extrait
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	«il a fallu que je, euh...que je retrouve d'autres amis pour pouvoir arrêter, parce que sinon on arrête pas [...] il a fallu que je fasse le tri [...] parce que quand on a les relations on sait où la trouver la drogue [...] il faut casser ces relations et éviter de s'en approcher, et du coup il faut être dur mentalement »
Méfaits de l'héroïne et autres drogues	Effets délétères des drogues sur la santé physique, sur le travail et sur la structure familiale	« au début c'est ça le problème, on se met dans la tête qu'on peut arrêter les deux la drogue mais on pense pas aux à côtés, comment ça détruit tout à côté la drogue »

3.3.13. LIB5

La patiente cite brièvement sa trajectoire dans la toxicomanie ; elle nous informe qu'elle a changé de médecin prescripteur suite à un déménagement et elle évoque ses rechutes et une attirance passagère pour l'alcool.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« moi avant je voyais le Dr G, parce qu'il était sur C. [...] mais maintenant je suis à Secondigny donc c'est plus prêt de voir Dr Go, d'aller à P. »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« (la première prise en charge) c'était au CSST [...] ça me faisait loin donc », « j'ai réussi à arrêter deux fois la méthadone très très facilement [...] il n'y a jamais eu de problèmes de passer de « zéro, un à zéro », jamais aucun souci et voilà », « c'est la troisième fois que j'ai un traitement méthadone [...] ça fait la troisième tentative, c'était un peu une situation d'échec donc forcément »

Le mode d'accès aux soins s'est fait par le « bouche à oreille » suite au déménagement de la patiente.

Code	Définition	Extrait
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO	« c'est plus prêt de voir Dr Go [...] c'est pour ça que je le vois lui, et parce que j'avais aussi entendu parler qu'il s'occupait des patients, voilà »

La patiente est satisfaite de sa prise en charge actuelle. Elle apprécie la relation, l'investissement, l'écoute et l'absence de jugement de la part de son médecin prescripteur (elle parle au pluriel car son médecin prescripteur actuel et celui d'avant exercent ensemble des vacations au centre de soins). Elle revient également sur la liberté de parole et globalité de la prise en charge. Enfin, elle insiste sur la notion de volontariat du patient dans le soin.

C'est ainsi que son médecin prescripteur est aussi son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	«le contact passe bien. »
Investissement et intérêt du médecin prescripteur	Rôle de l'investissement et de l'intérêt du médecin libéral prescripteur de TSO pour ses patients	« j'avais aussi entendu parler qu'il s'occupait des patients [...] ils sont à l'écoute vraiment, qu'ils ne jugent pas, euh voilà c'est ce qui est important surtout »
Médecin libéral prescripteur de TSO et écoute	Sentiment d'être écouté par son médecin prescripteur	
Pas de jugement	Importance pour le patient de ne pas se sentir jugé	

Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« (quand j'ai un pépin de santé) [...] je viens directement lui en parler, j'ai pas peur de lui en parler, il comprend bien il n'y a pas de problème »
Notion de volontariat	Importance de la volonté du patient dans l'investissement du soin	« je suis très confiante, et puis c'est aussi un effet de la volonté, quand on a envie de s'en sortir... »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« c'est un choix ben euh tout simplement aussi par facilité, je lui parle de tous mes soucis en même temps, ça sert à rien d'aller voir deux médecins. »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	

La patiente évoque sa prise en charge ultérieure : elle a été suivie très peu de temps au centre de soins puis un des médecins du centre est devenu son médecin traitant du fait d'une proximité géographique. Cette relation était également basée sur la confiance et l'écoute. Elle revient sur la distinction des soins concernant la toxicomanie et d'autres problèmes de santé (en particulier gynécologique).

La patiente n'a jamais parlé de son problème de toxicomanie à son médecin d'enfance, ni à son précédent médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Limites géographiques	Kilométrage important pour consulter son médecin	« c'était au CSST [...] ça me

	prescripteur	faisait loin »
Médecin libéral prescripteur de TSO et confiance	Le patient accorde sa confiance au médecin prescripteur	« avec le Dr G il y a vraiment une relation c'est prêt, on a vraiment une relation de confiance, on se sent vraiment bien à l'écoute »
Médecin libéral prescripteur de TSO et écoute	Sentiment d'être écouté par son médecin prescripteur	
Distinction toxicomanie et autre problème de santé	Le patient dissocie son problème de toxicomanie et sa santé	«un jour je lui ai demandé pour faire un frottis et il m'a dit « ah non, non, non moi je vous vois que pour votre dépendance et ce qui est autour mais pas pour autre chose, je préfère que vous alliez voir un spécialiste » - et ça vous l'avez ressenti comment du coup ? - ben bien »
Sentiment de honte par rapport à la toxicomanie	"je n'ai pas osé" en parler à mon médecin, difficulté pour les patients de se confier à leurs médecins	« je n'ai jamais osé lui en parler, j'ai jamais osé [...] même mon médecin de famille qui me connaissait avant je ne lui en ai jamais parlé [...] il n'a pas à me connaître sous cet angle-là »

Actuellement, son traitement représente une gestion du manque, de son humeur et une aide pour aller travailler. Elle nous explique la gestion de son traitement.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les	« je veux dire pas de

	signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	tremblements, pas de sueurs, l'envie de me lever le matin, c'est beaucoup de choses parce que évidemment si il n'y en avait pas, il faudrait que je subisse tous les désagréments quoi, donc là c'est ma roue de secours »
TSO et gestion de l'humeur	le TSO apporte une stabilité de l'humeur améliorant les rapports sociaux	« la méthadone la dessus ça aide beaucoup parce que quand on n'en a pas on est très énervé, sur les nerfs, on envoie chier tout le monde [...] A ça c'est clair, sur l'humeur ça joue vachement »
TSO et travail	le TSO permet au patient de travailler ou de pouvoir chercher du travail	« le travail ça change que je peux y aller déjà, j'arrive à me lever le matin »
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« je prends ma méthadone le matin, je fais ma journée de travail, je rentre le soir, le lendemain je me réveille, j'ai toujours un petit frisson, je prends ma méthadone et ça passe »

La patiente revient sur sa dépendance aux opiacés et sur le rôle de l'entourage lié à la

toxicomanie. Elle évoque un sentiment de honte par rapport à cette dépendance.

Code	Définition	Extrait
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	« je n'ai plus de contact avec mes anciens amis qui sont toxicomanes et concernant mes autres amis, déjà ils ne savent que je suis sous méthadone, ça ne les regarde pas »
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et également dépendance psychique (et les tentations)	« j'ai toujours envie des fois, quand je vois certaines personnes...surtout quand on m'en parle, des fois c'est tentant ça c'est sûr, [...] on a toujours envie d'avoir cette sensation quoi, mais du coup après ça me passe, [...] j'arrive à me raisonner »
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, aprioris, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	«J'ai mis très longtemps avant d'en reprendre parce que je n'avais pas envie et puis parce que j'avais un peu honte [...] je m'étais dit que c'était terminé [...] et sur une mauvaise rencontre, [...] des gens qui aiment bien faire la fête et puis voilà, on est entraîné»

3.3.14. LIB 6

La patiente revient succinctement sur sa trajectoire dans la toxicomanie. Elle a débuté sa consommation en produits illicites il y a plusieurs années entraînant ce jour une précarité. Sa prise en charge a commencé il y a 2 ans ; elle évoque également une rechute.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« pendant 10 ans ça n'arrêtait pas », « Il me fallait mes doses tous les jours, c'est ça qui nous a foutu dans la ... », « on a vécu les coupures d'électricité, pas de chauffage, c'est pour ça qu'on dormait dans la voiture », « on a plus de voiture, on a pas de boulot », « un RSA pour deux »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« ça fait longtemps il y a eu le protocole de deux ans et ouais, ça va faire deux ans », « l'année dernière [...] j'étais obligée de prendre une trace [...] bon moi l'alcool, dieu merci je ne suis pas alcoolique, mais par contre je me suis dit « aller hop, je vais me mettre dans le bain,

		et tout » là par contre j'ai pris des traces ça c'est clair »
--	--	---

L'accès aux soins s'est organisé dans le cabinet médical où la patiente était suivie suite à une crise d'asthme associée à un syndrome de manque. La patiente s'est orientée vers le médecin du cabinet prescripteur de TSO par le « bouche à oreille ».

Code	Définition	Extrait
Crise de manque	Le patient a consulté son médecin prescripteur au décours d'une crise de manque	« la première c'était sa remplaçante je pense, parce que quand je suis arrivée déjà j'avais fait une crise de manque la veille plus une crise d'asthme, j'ai cru que j'allais crever ma race et puis, puis voilà quoi, et après c'est lui qui m'a suivi directement.»
Médecin traitant et premier recours	Le médecin traitant est le médecin prescripteur depuis la prise en charge initiale de la toxicomanie du fait de sa proximité et de rôle de premier recours	
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO	«j'avais des amis qui en avaient pris et tout - Vous le connaissiez comme ça - Oui voilà par bouche à oreille »

La patiente est satisfaite de sa prise en charge actuelle. Elle cite la bonne relation avec son médecin prescripteur et l'importance de la liberté de parole. Elle apprécie également la globalité de la prise en charge et les connaissances de son médecin dans le domaine de la toxicomanie. Ainsi son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« ça me convient, ça me convient très bien »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« je lui en (soucis de santé) parle ouais, ouais tout
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	- Le moral notamment ? -Exactement, tout y passe ! »
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	« il fallait vraiment que je vois quelqu'un pour qu'il me soulage et vite fait
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	- D'accord et pour vous, voir un spécialiste c'était la seule chose possible ? - Voilà ben surtout que j'avais des amis qui en avaient pris et tout », « comme Dr Go il fait partie du centre de Bressuire »

La patiente n'a pas eu de précédentes prises en charge de sa toxicomanie car son médecin antérieur ne s'occupe pas de patients dépendants aux opiacés. De plus, son médecin suivait un proche de la patiente ce qui représentait un frein à toute prise en charge.

Code	Définition	Extrait
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« j'étais suivie par le Dr C, mais elle s'occupe pas de ... tout ce système...»
Rôle de l'entourage	Limite de parole liée à un proche	« c'est-à-dire, Dr C elle suit ma mère avec qui je suis en froid [...] c'est ma mère adoptive et elle n'était pas du tout au courant de tout ça, vu que chez elle c'est comme ça »

La patiente évoque sa dépendance aux drogues illicites, leurs effets, et leurs coûts. Elle est critique sur l'entourage lié à la toxicomanie et sur la société actuelle.

Code	Définition	Extrait
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et également dépendance psychique (et les tentations)	« c'est vrai que si j'ai le malheur d'en voir, c'est sûr que je vais y retoucher, c'est clair », « c'est clair que si j'avais les moyens, allez hop ! »
Effets positifs de l'héroïne et autres drogues	Ressenti des patients sur les effets positifs de l'héroïne ou des autres drogues et plaisirs de consommation	« c'est vrai que je travaillais mieux en étant sous la défonce [...] on est plus concentré sur notre travail on arrive plus facilement à

		faire les choses »
Coût	Coût financier de l'héroïne et autres drogues	« ça coûte cher, très très cher, je ne sais même pas combien on a pu dépenser en...7 ans-8 ans, 10 ans pratiquement»
Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient	Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance	« on reconnaît les amis là, on les reconnaît ! Quand on a du fric et tout [...] pendant 10 ans ça n'arrêterait pas, et maintenant qu'on vit comme ça, [...] on nous méconnaît. Mais bon comme je dis, moi je préfère être comme je...d'être là, moins voir du monde que d'avoir des focus à la maison, des profiteurs», « j'ai fait un gros tri de virer les quelques amis qui sont dedans bon ben je peux quand même pas, je peux pas tous les virer non plus »
Rébellion contre la société, le système	Patient en opposition face à la société actuelle	« je lui ai dit plusieurs fois que j'avais envie de retourner dedans, pour fuir cette société », « les gens passent à côté de nous, ils nous ramassent pas...oh putain !! Je me retiens parce

		qu'il y a des moments !!! »
--	--	-----------------------------

Actuellement son traitement l'aide à gérer son manque, son humeur et à retrouver une vie « normale » sans drogues. La limite du traitement est d'ordre gustatif. Par ailleurs, la patiente nous renseigne sur le ressenti de son traitement par BHD versus Subutex®.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« ça sert à [...] ne plus avoir mal aux os, aux articulations, aux muscles et tout ce qui s'en suit, parce que là c'est la totale, c'est l'horreur »
TSO et gestion de l'humeur	Le TSO apporte une stabilité de l'humeur améliorant les rapports sociaux	« Mon traitement déjà ça sert à me calmer, en me speedant d'un côté pour les bonnes choses positives », « quand je le prends je suis de bonne humeur [...] j'ai vraiment la pêche »
TSO pour retour à la normale	Le TSO aide les patients à s'en sortir, à retrouver une vie normale	« Ben dieu merci que ça existe », « ça me maintient, parce que j'aurais pas eu ça je serai peut être une carpe, une épave à l'heure actuelle, je ne sais pas mais nient ! je veux vraiment m'en sortir grâce à ce coup de flip que j'ai eu »

<p>Goût et effets indésirables des TSO</p>	<p>Avis sur les différents goûts des TSO, sur leurs effets indésirables, sur les rechutes sous BHD, et sur les surdosages méthadone</p>	<p>« c'est surtout ce gout, c'est amer, c'est pâteux, et puis c'est vraiment dégueulasse [...] ça donne envie de vomir tellement c'est infecte, ah c'est oh (grimace+++) rien que d'en parler ça [...] c'est atroce ! »</p>
<p>Représentation du traitement pour le patient</p>	<p>Rôle du traitement pour les patients, représentations culturelles</p>	<p>« y'en a qui disent « oh tu prends pas du subutex » ben je leur dis que c'est du dérivé de subutex »</p>

3.3.15. LIB7

La patiente évoque sa trajectoire de vie et sa trajectoire de soins. Au début de ses consommations, elle ne prenait que du cannabis et des amis l'ont initiée à l'héroïne. C'est dans ce milieu qu'elle a rencontré son ami. Elle apprécie la mouvance punk-rock et a évolué avec elle. La patiente a consommé pendant 5 ans avant de débiter une prise en charge suite à une crise de manque. Son médecin prescripteur en libéral l'a donc suivie quelques années mais le Subutex® lui procurait de moins en moins d'effet ainsi elle s'est adressée au centre de soins afin de changer son traitement pour de la méthadone, puis a rencontré son médecin actuel.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice ; mode de vie	« j'étais juste consommatrice de shit [...]j'ai rencontré quelqu'un qui était là-dedans [...] ça s'est mis en place un peu tout seul quoi », « au début j'ai commencé l'héroïne, parce que ben j'étais pas bien dans ma peau, et c'était le seul truc qui faisait que j'étais bien [...] ça m'a fait perdre beaucoup de kilos », « Nous on s'est connu comme ça dedans, et on a décroché ensemble », «J'ai pas perdu ce côté punk-rock, j'aime toujours autant mais voilà, ça a évolué avec mon âge[...] du coup j'en suis pas

		mécontente »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« au début ça me faisait de l'effet, mais comme je coupais avec de l'héroïne du coup, ça ne faisait plus d'effet », « il ne pouvait pas faire plus que de me prescrire le Subutex et au pire je faisais un cocktail subutex lexomil tercián pour pouvoir être à peu près bien », « pour moi il n'y avait pas d'autres solutions , que ben que la méthadone », « un jour j'en ai eu marre j'ai péché les plombs, j'en avais marre d'être malade [...] du coup je me suis renseignée et des personnes m'ont dit qu'il y avait un centre de substitution sur Bressuire »

Le mode d'accès à la prise en charge actuelle s'est fait par coordination entre médecin prescripteur du centre et médecin libéral.

Code	Définition	Extrait
Coordination médicale	Le patient a consulté son médecin prescripteur suite à son orientation par son médecin traitant ou son	« il m'a donné des noms de médecins qui étaient sur Parthenay qui pouvaient me suivre et du coup vu que

	précédent médecin prescripteur	c'était la seule femme, j'ai choisi Mme S. »
--	--------------------------------	--

La patiente est satisfaite de sa prise en charge actuelle : elle apprécie la bonne relation qui la lie avec son médecin prescripteur et l'investissement de cette dernière dans le soin. Elle évoque également l'importance de la liberté de parole et de la globalité de la prise en charge.

Pour toutes ces raisons, le médecin prescripteur de la patiente est son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« Mme S c'est ...c'est Mme S quoi, c'est voilà quoi elle est toute gentille, toute gaie enfin voilà ça donne envie de ...et puis voilà elle est réconfortante aussi », « j'espère qu'avant qu'elle parte à la retraite j'aurai fini de prendre de la méthadone, ce serait bien »
Investissement et intérêt du médecin prescripteur	Rôle de l'investissement et de l'intérêt du médecin libéral prescripteur de TSO pour ses patients	« on peut parler, « alors qu'est ce que vous faites ?, vous travaillez ? vous travaillez pas ? » elle s'inquiète de tout »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique,	« elle s'inquiète de tout », « elle fait aussi, enfin, elle

	psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	est un peu gynéco donc moi ça m'arrange aussi »
--	--	--

La patiente a connu des prises en charges ultérieures peu satisfaisantes. Le principal frein de sa prise en charge initiale était l'absence d'efficacité de son traitement et la limite de prescription de son médecin généraliste et plus récemment, elle n'appréciait pas la relation avec son médecin prescripteur. Elle revient sur le jugement de ses anciens médecins traitant et sur le rôle parfois limitant de l'entourage. Elle critique également le « délai d'attente » de prescription de méthadone lors de sa prise en charge au centre de soins.

Code	Définition	Extrait
Prise en charge par médecin généraliste prescripteur inadaptée	Prise en charge où le médecin généraliste prescrit un TSO mais de façon non satisfaisante pour le patient	« Il n'était pas habilité je crois, à délivrer de la méthadone [...] il ne pouvait pas faire plus que de me prescrire le Subutex et au pire je faisais un cocktail subutex lexiomil tercian pour pouvoir être à peu près bien »,
		« c'est pas quelqu'un que j'apprécie en fait [...] je le trouve trop froid [...] c'est un bon médecin pour la méthadone [...] c'est pas un bon médecin traitant »
Sentiment de jugement par les médecins généralistes	Sentiment de ne pas être accueilli comme d'autres	« tous les médecins que j'ai eu avant, enfin voilà le

	patients, notion d'a priori sur la toxicomanie de la part du médecin généraliste	médecin traitant et tout, ils considèrent les toxicomanes comme des...euh je ne sais pas comment ils les considèrent mais enfin »
Rôle de l'entourage	Limite de parole liée à un proche	« enfin il voyait mes parents [...] c'était la priorité que mes parents ne soient pas au courant »
Délai attente méthadone CSAPA	Protocole du centre de soins précédent la primo-prescription de méthadone	« ce qui m'a déplu, c'est l'attente qu'on a eu au CSAPA [...] pendant un mois j'y allais une fois par semaine »

La patiente nous fait part de sa gestion du traitement actuel. Elle revient brièvement sur l'aide que lui procure le traitement dans la gestion du manque. En effet, elle considère son traitement plus comme un piège. Elle nous cite les effets des différentes présentations de la méthadone. Par ailleurs, il ressort de l'entretien une certaine idéalisation de la méthadone. Enfin, elle retrace le rôle de son traitement selon sa trajectoire dans la toxicomanie.

Code	Définition	Extrait
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« je la prenais à 3h30 le matin si j'embauchais 5h, à 6 heures et bien je piquais du nez, alors du coup j'ai décalé, décalé, décalé pour la prendre le plus tard possible et en fait

		maintenant je la prends à 21 heures et à 23heures il n'y a plus personne »
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« je suis bien et du coup toute la journée je n'y pense pas »
TSO et piège	le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il ne peut pas du fait des signes de sevrage, de plus le TSO limite le patient dans ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre	« au début oui c'était une bouée mais maintenant il se transforme plus en fardeau [...] j'aimerais bien [...] aller à l'étranger et du coup à chaque fois je me dis « ah ben non je peux pas, y'a la méthadone » »
Goût et effets indésirables des TSO	Avis sur les différents goûts des TSO, sur leurs effets indésirables, sur les rechutes sous BHD, et sur les surdosages méthadone	« le sirop me brûlait l'estomac, me bouffait toutes les dents, c'est tellement sucré [...] du coup je n'arrivais plus à la prendre rien que le fait de l'ouvrir c'était horrible », «maintenant je suis passée en gélule [...] ça n'a aucun gout, ça fait de l'effet aussi vite que le sirop »
Représentation idéalisation	Prescription de méthadone	« « ça sert à rien que vous

méthadone	perçue comme le quête d'un graal	pleuriez on vous donnera pas de la méthadone » du coup je me suis dit « oh merde ben voilà ça marche pas quoi » donc je pensais que ça allait aller assez vite mais en fait ils m'ont bien fait mariner », « mais voilà la méthadone je la voulais »
Rôle du traitement selon la trajectoire du patient	Différences des modalités de prises du TSO et du suivi selon la trajectoire du patient (période d'apparition de la tolérance, période de galère, entrée dans le soin)	« même si je prenais du subutex je prenais quand même de l'héroïne à côté, alors que maintenant, depuis que je prends de la méthadone, je ne vais pas dire que la première année j'ai pas craquée mais voilà »

La patiente évoque les effets de l'héroïne et son sentiment sur le milieu de la toxicomanie.

Code	Définition	Extrait
Effets positifs de l'héroïne et autres drogues	Ressenti des patients sur les effets positifs de l'héroïne ou des autres drogues et plaisirs de consommation	« j'ai commencé l'héroïne, parce que ben j'étais pas bien dans ma peau, et c'était le seul truc qui faisait que j'étais bien quoi [...] ça m'a fait perdre beaucoup de kilos », « ça me détendait et ça me faisait me sentir bien, et puis m'endormir [...] chez

		<p>moi c'est pas quelque chose de festif [...] ça ne me motivait pas du tout ! »</p>
<p>Ressenti du milieu de la toxicomanie par le patient</p>	<p>Difficultés que ressentent les patients dans les relations amicales interhumaines, difficulté pour pouvoir accorder leur confiance</p>	<p>« j'ai coupé les ponts avec la personne qui nous fournissait enfin chez qui on allait quoi, et il y a certaines personnes que je vois toujours qui consomment toujours mais qui, enfin quand ils viennent chez nous ils savent que c'est pas la peine de nous proposer que enfin voilà soit ça partira mal »</p>

3.3.16. LIB8

Le patient nous parle de sa trajectoire de vie et celle, récente, de son soin. Sa consommation a débuté il y a 2 ans suite à des événements de vie. Sa prise en charge a commencé il y a 10 mois avec un suivi commun au CSAPA de Niort.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« c'est venu sur les coups durs de la vie, c'est pour ça que j'ai fait cette connerie, [...] ça fait pas des années non plus », « c'était soit faire quelque chose soit on se sépare, donc avec les petites qui venaient d'arriver, le choix est vite fait [...] j'ai toujours voulu arrêter mais c'était pas facile »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« je vais au centre d'addiction à Niort donc ça aide aussi, c'est même lui (son médecin prescripteur) qui m'a conseillé », « Il faut quand même un bon suivi psy, parce que sinon on craque vite quoi », « Moi j'ai craqué au début, maintenant ça va, [...] j'ai bien dû craquer de temps en temps mais ça commence à faire non c'est impeccable »

Le mode d'accès aux soins s'est effectué par le « bouche à oreille ».

Code	Définition	Extrait
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO	« Un copain qui est déjà sous traitement qui m'a conseillé d'aller le voir, il m'a dit qu'il était bien. »

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il apprécie la relation avec son médecin prescripteur. Il insiste sur la liberté de parole, la prise en charge globale et l'investissement et l'intérêt de son médecin dans le soin. Il est également satisfait de son suivi au CSAPA et de la prise en charge multidisciplinaire.

Etant donné la bonne relation et la facilité administrative du remboursement des soins, son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« ça se passe bien », « ça a bien accroché d'entrée », « il est sympa », « <u>on</u> essaie de diminuer»
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« Ben ce qui est bien c'est qu'on peut discuter avec lui de tout, de rien et puis lui il s'intéresse au moins à nous »
Investissement et intérêt du médecin prescripteur	Rôle de l'investissement et de l'intérêt du médecin libéral prescripteur de TSO	

	pour ses patients	
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe - Personne - Environnement)	« - si vous avez un autre souci de santé, une bronchite ou autre, vous venez là ? - Ouais ouais, et même quand les filles sont malades [...] on vient là »
Notion de volontariat	Importance de la volonté du patient dans l'investissement du soin	« il faut vraiment avoir la volonté et être bien entouré »
Prise en charge multidisciplinaire	Importance de la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres de soins avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire (orientation dans les démarches sociales)	« Un infirmier qui est là-bas en permanence, j'ai vu aussi un médecin à eux qui aussi peut prescrire mais bon j'ai déjà le mien et puis autrement une psychologue est aussi sur place, c'est une bonne équipe, ils s'entendent bien, ils sont sympas »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« ça va, ça se passe bien, du coup je viens de le prendre en médecin traitant, donc c'est que ça se passe bien », « on va dire : je le vois assez souvent...donc je l'ai pris en médecin traitant »
Facilité de remboursement	Facilité du remboursement des consultations et à	« c'est qu'il m'en fallait un, on va dire au niveau du

sécurité sociale	l'application du tiers payant	Subutex et [...] c'est plus facile pour les remboursements tout ça... »
------------------	-------------------------------	---

Le patient cite brièvement des prises en charge non satisfaisantes notamment le manque d'intérêt de certains médecins et le refus de soins aux toxicomanes de son ancien médecin traitant. Il évoque également leur nouveau médecin qu'il connaissait trop peu et qui suivait également sa belle-famille, ce qui représentait un frein à toute prise en charge.

Code	Définition	Extrait
Manque d'investissement du médecin généraliste non prescripteur	Absence d'intérêt pour la toxicomanie, prise en charge réduite à l'ordonnance	« y'a des médecins qui prescrivent et basta »
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	«Bon celui que j'avais avant il ne s'occupe pas de ... des médicaments de substitution »
Rôle de l'entourage	Limite de parole liée à un proche	« il y a aussi les beaux-parents qui y vont et tout ça et puis moi ça fait quoi,...ça fait deux ans que c'était devenu mon médecin familial donc je ne le connaissais pas plus que ça »

Actuellement, son traitement l'aide à gérer le manque et son humeur. Il espère pouvoir arrêter son traitement rapidement.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« Ça me permet de ne pas ressentir les manques, de pouvoir dormir assez bien la nuit, d'éviter de trop transpirer, d'être pas bien quoi, d'être malade »
TSO et gestion de l'humeur	Le TSO apporte une stabilité de l'humeur améliorant les rapports sociaux	« le fait d'avoir un traitement, d'être suivi oui ça a apaisé (le climat à la maison) »
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« là on essaie de diminuer ben pour pouvoir en finir quoi »

Enfin, le patient revient sur les représentations de l'image du toxicomane.

Code	Définition	Extrait
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, a priori, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	« mes parents [...] sont plutôt neutres quoi, ça leur fait un peu peur « oh t'as vu, y'a un drogué dans la famille » mais bon non ça va, c'est à peu près bien passé, j'ai toujours été bien entouré donc c'est pas ça qui a fait que ça a changé »

3.3.17. LIB9

Le patient retrace brièvement sa trajectoire dans la toxicomanie. Le début de sa prise en charge s'est effectué avec son médecin traitant qui est toujours aujourd'hui son médecin prescripteur.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« j'étais dans la toxicomanie, gravement, ben du coup depuis c'est impeccable, j'en prends rien quoi », « il s'est enchaîné tout un tas de boulots différents, et là j'aimerai bien y rester jusqu'à la fin »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« depuis...1998 », « il m'a dit ben y'a des produits, de substitution [...] le Subutex, qui est un produit qui sort aussi beaucoup les gens de là-dedans »

Le mode d'accès aux soins s'est fait au près de son médecin traitant, dans la continuité de son suivi habituel pour l'asthme.

Code	Définition	Extrait
Médecin traitant et premier recours	Le médecin traitant est le médecin prescripteur depuis la prise en charge initiale de	« il était venu à la maison parce j'étais malade [...] je lui en ai parlé parce que si j'en

	la toxicomanie du fait de sa proximité et de rôle de premier recours	parle pas à un médecin à qui je peux en parler ? Donc du coup il m'a dit ben y'a des produits, de substitution »
--	--	--

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il apprécie la bonne relation avec son médecin prescripteur. Il cite également sa disponibilité et la liberté de parole au sein de cette relation. Il évoque la prise en charge globale notamment au travers de son asthme et d'une lombalgie chronique. Le patient est investi dans le soin ; pour lui, la distance séparant son domicile du cabinet médical n'est pas une limite.

Le médecin prescripteur du patient était son médecin traitant avant la prise en charge de sa toxicomanie.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« tout se passe bien », « y'a pas de problème ben sinon je ne serai pas resté là »
Disponibilité	Disponibilité du médecin prescripteur pour ses patients	« « tu as mis ma poche de médicaments au feu !!ah là là, comme je vais faire ! » donc j'ai téléphoné, j'ai expliqué le cas et puis il m'a dit ben passez, on peut pas vous laisser sans ça »
Liberté de parole	Possibilité pour les patients de s'exprimer sans tabou, sans limite	« il était venu à la maison parce j'étais malade, et puis bon ben je lui en ai parlé parce que si j'en parle pas à

		un médecin à qui je peux en parler ? », «je pense que je pourrais lui en parler (si j'avais un problème de moral)»
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe Personne Environnement)	« y'a l'asthme, et tout j'ai eu des problèmes de dos, et c'est le Dr R. qui a réussi à trouver un médecin pour m'opérer »
Pas de limites géographiques	Malgré la distance, le patient souhaite voir son médecin prescripteur	« des fois ça m'est arrivé ben panne de véhicule, et bien je trouve quelqu'un pour m'emmener, ou j'emprunte un véhicule, on se débrouille ! » « j'en profite pour faire les commissions, ouais ça me fait venir à Parthenay une fois par mois bon ça fait 25 km ça va »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« y'a pas de problème ben sinon je ne serai pas resté là »

Le patient n'a donc pas connu d'autres prises en charge, il évoque juste la limite géographique dans la prise en charge au CSAPA.

Code	Définition	Extrait
Limites géographiques	Kilométrage important pour se consulter son médecin prescripteur	« il m'avait parlé aussi de, euh..., mais il fallait aller à Niort tous les jours ! »

Actuellement, son traitement lui permet de ne plus consommer de drogues, de gérer son manque. Cependant, le patient est conscient de sa dépendance au traitement, qu'il considère un peu comme un piège. Pour lui, la fréquence des consultations liées au traitement est acceptable.

Code	Définition	Extrait
TSO et réduction des risques	Le traitement aide à la réduction des risques sanitaires et judiciaire par arrêt de consommation des drogues	« j'ai plus touché à rien », « depuis c'est impeccable, je prends rien », « même plus de shit rien, et puis ça ne me manque pas, ça ne me manque pas je n'ai pas eu d'effort à faire pour ça »
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« la sécurité [...] parce que sans traitement, je ne sais pas comment je ferais [...] j'ai essayé des journées pour voir [...] si je n'en prends qu'un le matin, [...] je ne me sens pas bien, si j'ai froid, des courbatures, ça c'est infernal ! »
TSO et piège	le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il	« on part une semaine en vacances [...] j'en aurais pas

	<p>ne peut pas du fait des signes de sevrages, de plus le TSO limite le patient dans ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre</p>	<p>assez [...] on rentre une journée plus tôt, alors je me prends une soufflante», « je suis en déplacements sur des chantiers qui normalement devaient durer une semaine et puis mince, ça dure plus... »</p>
<p>TSO et dépendance</p>	<p>Patients gênés par la dépendance (physique et psychique) du TSO</p>	<p>« pour se débarrasser du Subutex... j'ai l'impression que c'est un peu dur, parce que il m'arrive d'en prendre moins le matin mais je l'emmène avec moi parce qu'il m'est arrivé de dire bon allez hop ! Je jette tout ! Et bien heureusement que je n'ai pas tout jeté !!Heureusement !!</p>
<p>Prescription des produits de substitution</p>	<p>Ressenti par rapport à la limite de la durée de prescription des TSO et à la législation concernant la méthadone (passage sirop aux gélules...)</p>	<p>« Y'a que ça qui est gênant (les consultations tous les mois) mais bon, je me dis qu'en même temps j'en profite pour faire mes courses en ville comme j'habite à la campagne »</p>

Enfin, le patient évoque le jugement et l'a priori sur les toxicomanes

Code	Définition	Extrait
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, aprioris, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	« j'ai gardé la pharmacie sur Parthenay, parce que je ne veux pas que dans le petit village où j'habite, que ça se sache », « j'aurais peur du jugement, [...] les on dit »

3.3.18. LIB10

Le patient retrace brièvement sa trajectoire dans la toxicomanie. Ses consommations régulières ont débuté il y a 6 ans. Les soins concernant son addiction ont commencé il y a 8 mois.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice; mode de vie	« 5-6 ans à peu près, enfin peut-être un peu plus mais régulièrement ouais, 5-6 ans »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« il m'avait proposé d'aller voir iso delta à Niort mais bon moi je suis de Parthenay, donc c'était plus prêt de venir là directement que d'aller à Niort »

Le patient a consulté son médecin prescripteur de proximité par le « bouche à oreille ».

Code	Définition	Extrait
Bouche à oreille	Le patient a consulté le médecin prescripteur par l'intermédiaire d'un autre patient souvent déjà suivi pour un TSO	« j'ai un ami qui a le même médecin, donc je cherchais un médecin qui était adapté à ça, le mien ne le faisait pas »

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il insiste sur le caractère déterminant de la première consultation et sur la bonne relation qui le lie à son médecin prescripteur. Il évoque l'importance d'être pris en charge de façon globale et de se sentir compris. Il apprécie les connaissances de son médecin prescripteur dans le domaine de la toxicomanie. Enfin, il revient sur les notions de volonté de soins. Son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant uniquement par son implication dans la prise en charge des patients toxicomanes.

Code	Définition	Extrait
Importance de la première consultation	Rôle déterminant de la première consultation pour la poursuite du soin en toxicomanie	« le plus dur c'est au début quand on vient pour la première fois pour expliquer qu'on a un problème au niveau de la drogue [...] après ça pose pas de problème de revenir »
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« y'aurait pas eu le bon feeling, on va dire je ne serai pas resté »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe Personne Environnement)	«j'ai eu des problèmes de santé autres », « j'ai eu un problème au niveau de la jambe, du coup je lui en ai parlé mais bon après il faut que j'aille à Niort pour passer l'IRM et tout ça »
Sentiment d'être compris	Patient reconnu dans sa problématique de	(L'important pour moi, c'est) «qu'il comprenne les besoins qu'on a quoi,

	dépendance sans aprioris	heureusement lui, ben il est quand même spécialisé là-dedans, ce qui fait qu'il comprend très très bien, quand on dit, qu'on est en manque, tout ça, il sait très bien ce que ça veut dire, ça aide énormément »
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	
Notion de volontariat	Importance de la volonté du patient dans l'investissement du soin	« il faut de la volonté sinon je suis sûr que même avec le traitement ça marcherait pas », « au début ça a été dur mais après avec la volonté ça va tout seul », « j'étais lancé pour arrêter, donc il fallait que je le fasse maintenant, dès que je me l'étais dit il fallait le faire »
Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	(J'ai changé de médecin) « vraiment que pour le problème de drogue, vraiment que pour ça sinon je, enfin c'est con à dire mais je ne serais pas là »

Le patient n'a pas connu de prise en charge antérieure cependant il évoque l'éloignement géographique du CSAPA, et le refus de prise en charge de son ancien médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Limites géographiques	Kilométrage important pour se consulter son médecin prescripteur	« Il m'avait proposé d'aller voir iso delta à Niort mais bon moi je suis de Parthenay, donc c'était plus prêt de venir là directement que d'aller à Niort »
Refus de prise en charge	Médecin généraliste refusant le suivi et la prescription de TSO	« je lui en ai parlé, parce qu'on se connaissait bien, mais il m'a dit qu'il ne pouvait rien faire pour moi », «c'était pas son domaine »

Actuellement, son traitement l'aide à réduire les risques liés à la consommation d'héroïne, et à gérer le manque. Le patient ne se sent pas piégé par son traitement : il n'est pas limité par la prise quotidienne. La durée de prescription est le seul élément déplaisant de son traitement.

Code	Définition	Extrait
TSO et réduction des risques	Le traitement aide à la réduction des risques sanitaires et judiciaires par arrêt de consommation des drogues	« une délivrance, au moins on arrête la drogue quoi, voilà, c'était le but recherché »
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité	« On a pas les manques, c'est vraiment l'avantage »

	pour ne plus souffrir du manque	
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	« quand je dois partir, je l’emmène et puis voilà, je le prends le matin au réveil et c’est partir pour la journée, non, non là-dessus, en plus ça ne prends pas de place, c’est des petites boîtes c’est pas dérange »
Prescription des produits de substitution	Ressenti par rapport à la limite de la durée de prescription des TSO et à la législation concernant la méthadone (passage du sirop aux gélules...)	« au lieu d’avoir un traitement tous les 15 jours, de l’avoir pour le mois entier, ça éviterait de revenir tous les 15 jours, mais bon après c’est pas moi qui décide »

Enfin, le patient évoque sa dépendance à l’héroïne et son ressenti concernant son entourage.

Code	Définition	Extrait
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et également dépendance psychique (et les tentations)	« je suis tenté quand même y'a des soirées où c'est plus difficile », « j'adore les voyage [...] on pense à autre chose, on s'évade ailleurs »
Rébellion contre la société, le système	Patient en opposition face à la société actuelle	«les gens savent maintenant, parce que je vois tout le temps les mêmes personnes du coup, ils savent [...] que j'ai un traitement », « ils ne vont pas me le mettre sous le nez »

3.3.19. LIB 11

Le patient nous renseigne sur le début de ses consommations qui étaient surtout festives. Il a été pris en charge sur Niort quelques années puis a déménagé dans les environs de Parthenay il y a 4 ans. Il fut brièvement suivi par le CSAPA puis les soins avec son médecin prescripteur actuel ont débuté.

Code	Définition	Extrait
Trajectoire de vie	Début de la consommation, rapport au travail, à la justice ; mode de vie	« je sortais beaucoup le week-end [...] ça a duré pendant oui, des années, [...] il n'y a pas de limite quand je commence, je suis parti en fête, en rave party », « J'ai déménagé »
Trajectoire de soins	Durée de la prise en charge actuelle, changement de traitement du fait d'une mauvaise tolérance, l'autosubstitution, les rechutes, l'influence de la grossesse sur le traitement	« avant j'habitais à Niort [...]c'était un médecin généraliste très bien», « j'ai été une journée dans un centre à Bressuire et là-bas ben j'étais malade ils me donnent un huit, ça me fait rien, puis un autre, ça me fait toujours rien et [...] je suis parti et donc voilà ça c'est fait comme ça », « c'est devenu moitié familial, depuis 4 ans que je viens pour mon ordonnance», « je vous avouerai que je suis capable d'en reprendre

		pendant un week-end»
--	--	----------------------

Le patient nous informe avoir rencontré son médecin prescripteur par hasard en cherchant dans l'annuaire.

Code	Définition	Extrait
Hasard	Le patient a choisi son médecin prescripteur dans l'annuaire	« j'ai pris un au hasard sur l'annuaire, et puis voilà je suis tombé sur lui »

Le patient est satisfait de sa prise en charge actuelle. Il apprécie la bonne relation avec son médecin prescripteur ainsi que l'écoute de ce dernier. Il cite brièvement l'importance de la liberté de parole, de l'intérêt que lui porte son médecin, de la confiance au sein de la relation et la prise en charge globale. Il revient également sur la notion de connaissance spécifique dans le domaine de la toxicomanie. La fréquence des consultations souhaitées par le patient et sa volonté montre qu'il semble s'investir dans son soin. Son médecin prescripteur est devenu son médecin traitant.

Code	Définition	Extrait
Médecin prescripteur en libéral et bonne relation	Expression sur la relation et sur le contact entre le médecin prescripteur et le patient	« pourquoi chercher ailleurs quand il y a quelqu'un de gentil qui est à l'écoute et tout, pourquoi j'irai voir un autre médecin ? non vraiment ça ne m'est pas venu à l'idée, je l'ai même conseillé à d'autres personnes »
Médecin libéral prescripteur de TSO et écoute	Sentiment d'être écouté par son médecin prescripteur	
Liberté de parole	Possibilité pour les patients	« carrément librement [...] et

	de s'exprimer sans tabou, sans limite	puis j'ai tendance à parler un peu donc y'a pas de soucis »
Investissement et intérêt du médecin prescripteur	Rôle de l'investissement et de l'intérêt du médecin libéral prescripteur de TSO pour ses patients	« parce que il me connaît aussi, il voit à ma tête voilà »
Notion de connaissance de la spécialité	Le médecin prescripteur est perçu comme un "médecin expert" dans le domaine du soin aux patients toxicomanes	« je l'ai même conseillé à d'autres personnes »
Médecin libéral prescripteur de TSO et confiance	Le patient accorde sa confiance au médecin prescripteur	« à chaque fois (rechute) que j'en parle il n'y a jamais de soucis, il faut le dire c'est tout »
Prise en charge globale	Importance de se sentir pris en charge de façon physique, psychologique et sociale (Organe Personne Environnement)	« - si vous avez un soucis de santé autre, est-ce que vous venez le voir aussi ? - Ah oui bien sûr, ben c'est le seul je n'en connais pas d'autres de toute façon »
Fréquence des consultations	Le patient préfère un suivi plus fréquent	« tous les 15 jours je préfère »
Notion de volontariat	Importance de la volonté du patient dans l'investissement du soin	« c'est vraiment parce que je voulais arrêter »

Notion médecin traitant	Rôle du médecin traitant pour les patients	« C'est devenu mon médecin traitant [...] je n'en connais pas d'autres de toutes façons »
-------------------------	--	---

Pour le patient, les principaux freins à une prise en charge satisfaisante sont le sentiment d'être infantilisé par le médecin, la limite géographique et des objectifs de soins différents entre le patient et son médecin.

Code	Définition	Extrait
Sentiment d'infantilisation du patient	Dans le cadre d'une relation où le médecin généraliste plus que paternaliste, sait mieux que le patient ce qu'il lui faut	« Non désagréable au possible, ça n'avait pas passé du tout, j'avais un mal de dos que j'arrivais plus à marcher, Mr n'avait enguelé parce que j'étais venu en scooter, et que j'aurai du venir à pied»
Sentiment de jugement par les médecins généralistes	Sentiment de ne pas être accueilli comme d'autres patients, notion d'aprioris sur la toxicomanie de la part du médecin généraliste	
Limites géographiques	Kilométrage important pour se consulter son médecin prescripteur	« - Vous n'habitez pas loin ? - Ah non, sinon je me serais arrangé autrement, changer de médecin ou autre »
Objectif de soins	Les objectifs de soins du patients ne sont pas les mêmes que ceux attendus par le médecin prescripteur	« Ils n'auraient jamais du me mettre à tant au départ [...] j'ai commencé au subutex [...] j'ai été une journée dans un centre à Bressuire et là-

		bas ben j'étais malade ils me donnent un huit, ça me fait rien, puis un autre, ça me fait toujours rien [...] du coup maintenant c'est de 24 qu'il faut que je descende »
--	--	---

Actuellement le traitement du patient lui permet de gérer le manque. Cependant, il ressent son traitement comme une obligation, quelque chose dont il ne peut se passer. Il pensait que la durée de son traitement serait moins longue.

Code	Définition	Extrait
TSO et gestion du manque	Le TSO sert à effacer les signes du manque physique et psychique "ne plus y penser" c'est une sécurité pour ne plus souffrir du manque	« il représente que si je ne le prends pas le matin, je le sais tout de suite à midi »
TSO et piège	le TSO est subi, le patient souhaiterait vivre sans or il ne peut pas du fait des signes de sevrage, de plus le TSO limite le patient dans ses déplacements (voyage)...le patient ne se sent pas libre	« Il m'embête plus qu'autre chose c'est tout, on va dire ce qui est, voilà, c'est le fait de venir [...] je n'ai pas le choix de toutes façons je suis obligé de venir. », « faut être honnête de toutes façons je n'ai pas le choix »
Gestion du traitement	Modalité de prise du traitement et gestion du traitement dans le temps	«si je prends mon traitement ça sert à rien que j'en prenne parce que ça me fait rien,

		<p>c'est du gaspillage, bilan de l'opération...donc voilà, ça m'arrange bien, un comprimé et puis voilà c'est fini », « voilà j'aimerais bien que ça s'arrête [...] je pensais que ça irait beaucoup plus vite mais bon »</p>
--	--	---

Enfin, le patient revient sur la dépendance aux drogues illicites, sur leurs coûts et leurs méfaits et sur les représentations de l'image du toxicomane.

Code	Définition	Extrait
Dépendance et drogues illicites	Dépendance envers l'héroïne et les autres drogues illicites sur les effets physiques et également dépendance psychique (et les tentations)	« je suis capable d'en reprendre pendant un week-end et puis voilà », « c'est fini tout ça, bon à part voilà deux trois fois l'année, je dis pas non, le premier de l'an deux trois conneries»
Coût	Coût financier de l'héroïne et autres drogues	« Y'a le compte en banque aussi, et puis il faut être honnête y'a pas mal d'à côté
Méfaits de l'héroïne et autres drogues	Effets délétères des drogues sur la santé physique, sur le travail et sur la structure familiale	où ça vous pourrit la vie, même si bon moi j'arrêteraient bien mais bon c'est pas par rapport à une galère ou quoi non, non c'est vraiment

		parce que je voulais arrêter »
Représentation image de soi	Image de soi renvoyée par la société et notamment les médecins généralistes, a priori, représentations sur les patients dépendants aux opiacés	« je ne me cachais pas, bon après je ne me suis jamais rameuté enfin voilà, je ne prenais pas de traces d'héroïne, je suis pas le fou de service non plus »

3.4. ANALYSE TRANSVERSALE DES DONNEES

Grâce à l'analyse thématique de chaque entretien, nous avons mis en évidence différents éléments et motivations qui interviennent dans le choix pour les patients d'un médecin prescripteur.

Plusieurs éléments entrent en compte dans le mode d'accès au médecin prescripteur. Ensuite, le choix du médecin relève de motivations propres aux patients, d'éléments représentant un frein à la prise en charge (indépendants ou non du médecin) et d'éléments facilitant le soin aux patients dépendants aux opiacés.

3.4.1. Mode d'accès au médecin prescripteur

3.4.1.1. Le « bouche à oreille »

Pour de nombreux patients, l'accès au médecin prescripteur s'est effectué par le « bouche à oreille ». C'est donc le plus souvent suite aux conseils d'un autre patient suivi et substitué que le patient consulte un médecin prescripteur de traitement substitutif aux opiacés :

« Je suis venu là par l'intermédiaire de personnes qui connaissaient le médecin, qui venaient déjà ici pour la même chose et c'est eux qui m'ont conseillé de venir ici justement » LIB1

« Ça se passait très bien, donc pourquoi chercher ailleurs quand il y a quelqu'un de gentil qui est à l'écoute et tout, pourquoi j'irais voir un autre médecin ? Non vraiment ça ne m'est pas venu à l'idée, je l'ai même conseillé à d'autres personnes » LIB11

3.4.1.2. Coordination médicale

Beaucoup de patients ont consulté leur médecin prescripteur suite à l'orientation de leur médecin traitant. Cette coordination fait suite à un refus de prise en charge du médecin traitant et/ou à l'importance de la multidisciplinarité du centre de soins aux toxicomanes pour les médecins généralistes :

« Ça ne l'intéressait pas, donc elle m'a dit de venir ici. » CSAPA3

« Il m'avait dit que ben il ne s'y connaissait pas plus que ça, qu'il valait mieux voir les psychologues tout ça et c'est vrai qu'ici on est encadré que ce soient les médecins, la psychologue, il y a tout ce qu'il faut, c'est bien cadré » CSAPA8

3.4.1.3. Médecin traitant et premier recours

Pour deux patients, l'accès au médecin prescripteur s'est fait tout simplement auprès de leur médecin traitant habituel. Ce mode d'accès au soin met en évidence l'importance du rôle de premier recours du médecin généraliste :

« Il était venu à la maison parce j'étais malade, et puis bon ben je lui en ai parlé parce que si j'en parle pas à un médecin à qui je peux en parler ? Donc du coup il m'a dit ben y'a des produits de substitution » LIB9

3.4.1.4. Injonction thérapeutique

Un patient est pris en charge du fait d'une injonction thérapeutique. L'injonction thérapeutique fait suite à une condamnation en lien avec la loi du 31 décembre 1970(8). Nous notons qu'un autre patient avait fait l'objet il y a plusieurs années d'une injonction thérapeutique, démarche dont il critiquait le caractère obligatoire et l'absence de volonté personnelle de soins :

« Ça fait cinq mois que je les vois, en alternance, avec aussi un suivi du SPIP » (service pénitentiaire d'insertion et de probation) CSAPA1

« J'étais déjà passé avec Dr D, en fait par rapport à des soucis avec la justice, le juge enfin il fallait un rendez-vous avec un médecin [...] c'était juste par rapport à la fumette et à l'alcool [...] j'étais obligé, c'est pas comme si j'étais venu de moi-même. » LIB1

3.4.1.5. Autres

Les autres éléments retrouvés dans les entretiens, en rapport avec le mode d'accès au soin des patients toxicomanes, sont le marché parallèle pour un patient (le recours au marché parallèle lui permettait de s'autosubstituer afin de gérer son manque), l'intervention d'un proche pour un autre patient ; pour une patiente, une crise d'asthme associée à un syndrome de manque fut l'élément déclencheur de sa prise en charge ; enfin, un patient a choisi son médecin prescripteur au hasard sur l'annuaire.

« J'en achetais sous le manteau, pour avoir quand même ma dose, sinon j'étais mal. Et c'est comme ça qu'un jour on m'a dit que je pouvais venir ici... c'est marrant parce que c'est un mec qui venait pour du subutex et qui le revendait après. » CSAPA2

« C'est ma mère qui m'a vu un soir, j'avais plus rien, du coup elle m'a emmené à l'hôpital et puis voilà, bon ben à partir de là je me suis repris en main » LIB1

« C'est quand j'ai flippé ma race que j'ai cru que j'allais crever dans une nuit, bon ben j'avais téléphoné pour un rendez-vous assez speed parce que crise de manque et tout et tout plus la crise d'asthme et puis bon ben c'est parti comme ça » LIB6

« Je ne le connaissais pas non plus, parce que je n'étais pas du coin non plus ici, et donc pareil, j'ai pris un au hasard sur l'annuaire, et puis voilà je suis tombé sur lui » LIB11

3.4.2. Rôle actif du patient dans sa prise en charge

Lors des entretiens, certains patients ont affirmé leur implication dans la relation thérapeutique avec leur médecin prescripteur.

Pour eux, la distance kilométrique n'est pas un frein à la consultation de leur médecin prescripteur :

« C'est Dr G mon médecin traitant, je viens le voir même si je dois faire 30 km en scooter »
CSAPA2

« Des fois ça m'est arrivé ben panne de véhicule, et bien je trouve quelqu'un pour m'emmener, ou j'emprunte un véhicule, on se débrouille ! » LIB9

La notion de volonté de soins de la part du patient est citée dans quelques entretiens :

« Il faut avoir de la volonté, c'est obligé, au début ça a été dur mais après avec la volonté ça va tout seul. » LIB10

Un patient souhaite bénéficier de consultations plus fréquentes.

« Tous les 15 jours je préfère [...] c'est vrai que maintenant on pourrait passer une fois par mois, mais bon en même temps ça me dérange pas » LIB11

3.4.3. Éléments représentant un frein à la prise en charge du patient dépendant aux opiacés

3.4.3.1. Éléments dépendant du patient

La difficulté d'aborder la problématique de toxicomanie avec le médecin traitant est citée dans plusieurs entretiens. Cette difficulté est en rapport avec un sentiment de honte lié à la consommation de drogue :

« Le plus dur c'est au début quand on vient pour la première fois pour expliquer qu'on a un problème au niveau de la drogue » LIB10

« Déjà j'ose pas trop lui en parler parce que... - Parce que quoi ? - Ben parce que...parce que c'est pas facile et puis voilà. » CSAPA6

Nous verrons également dans les autres freins à la prise en charge, que ce sentiment de honte est toujours plus ou moins sous-jacent même s'il n'est pas verbalisé directement.

3.4.3.2. Eléments dépendants du médecin prescripteur

Ces éléments sont nombreux et appartiennent à différents domaines, relationnel et professionnel, et ils sont également liés à la spécificité de la toxicomanie. Ces éléments sont plus ou moins spécifiques au lieu de prise en charge. Nous noterons cependant des éléments particulièrement liés à la prise en charge en CSAPA à la fin de ce paragraphe.

OFFRE DE SOINS LIMITEE

Plusieurs entretiens nous informent que les éléments limitant liés au domaine professionnel sont dus à l'offre de soins limitée de médecin prescripteur de traitement substitutif sur le territoire:

« Surtout y a que lui qui accepte sur le secteur » CSAPA1

« C'est qu'il n'y a pas assez de médecins qui le font je pense, parce que là dans le coin, donc y'a Mr G et Mr D » LIB1

REFUS DE PRISE EN CHARGE

Cette offre de soins limitée est notamment liée au refus de prise en charge des patients toxicomanes par certains médecins généralistes, notion reprise par plus de la moitié des patients :

« Avant j'étais suivie par le Dr C, mais elle s'occupe pas de ... tout ce système... » LIB6

« Ils disent qu'ils ne peuvent pas faire ce genre d'ordonnance [...] remarquez des fois ils nous disent carrément qu'ils ne veulent pas nous voir » CSAPA2

SENTIMENT D'ETRE JUGE

De nombreux éléments relationnels limitant la prise en charge sont cités par les patients.

Plusieurs patients insistent sur le sentiment d'être jugé par le médecin :

« Pour eux on était des drogués, ça s'arrêtait là » LIB3

« Tous les médecins que j'ai eu avant, enfin voilà le médecin traitant et tout, ils considèrent les toxicomanes comme des...euh je ne sais pas comment ils les considèrent mais enfin voilà » LIB7

MANQUE DE DIALOGUE ET DE CONFIANCE

Deux patients évoquent le manque de dialogue au sein de la relation avec le médecin généraliste :

« Avec l'ancien médecin, j'trouvais que ça avançait pas trop, il discutait pas trop » LIB4

Un patient regrette le manque de confiance de la part des médecins généralistes pour leurs patients :

« Ils sont toujours dans le contrôle : ils nous demandent pas si on se shoote mais ils nous prennent la tension en regardant bien nos bras, ils menacent avec les analyses d'urines... ah ça le contrôle ils connaissent mais y-a jamais de dialogue » CSAPA2

Enfin, ce même patient revient sur l'absence de liberté de parole au cours de la consultation :

« On ne se sent pas autorisé à parler de toute façon. » CSAPA2

NON INVESTISSEMENT ET FORMATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Les éléments limitant en rapport avec la problématique de toxicomanie sont liés à un manque de connaissance et à un abus de prescription des traitements substitutifs.

Pour de nombreux patients, les médecins généralistes ne sont pas investis dans le soin aux patients toxicomanes :

« Les médecins généralistes n'apprécient pas particulièrement ce problème là donc c'est un peu à la va vite, un coup de tampon sur l'ordonnance et puis voilà. » CSAPA8

Quelques patients nous font part du manque de connaissance et de formation des médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie :

« Les médecins ne connaissent pas toujours le sujet de façon concrète » CSAPA8

« Il faudrait un minimum d'information auprès des médecins généralistes, parce que les gens ils s'imaginent des trucs, de toute façon il y a aura toujours des patients difficiles que ce soient des toxicomanes ou autres » LIB2

Nous remarquons que ce manque de connaissance entraîne des objectifs de soins médicaux différents de ceux attendus par les patients :

« Après quand ils acceptent, ils veulent à tout prix qu'on baisse tous les mois, c'est pour se débarrasser de nous et le pire c'est qu'on ose rien dire. » CSAPA2

SOLUTION DE FACILITE

Enfin, deux patients évoquent la problématique du « médecin dealer en blouse blanche » :

« Remarquez y- en a qui en profite et du coup le médecin y devient dealer de sub » CSAPA2

« Le médecin était conciliant [...] c'était même devenu, enfin c'est la queue devant chez lui, je crois que pour les traitements de substitution il donnait ce que le gens voulaient » LIB2

Cette attitude de « prescription sans condition » semble être décrite comme une solution de facilité par les patients et entraîne une insatisfaction quant à la qualité de la prise en charge.

LIMITES DE PRISE EN CHARGE EN CSAPA

Par ailleurs, les patients nous font part de certains freins rencontrés lors de leur prise en charge au CSAPA. Trois patients évoquent les limites d'horaire d'ouverture :

« Le problème c'est quand on travaille, on peut pas y aller, de 13h à 15h c'est pas évident et encore maintenant c'est tous les jours, mais y'a pas si longtemps c'était que deux-trois jours par semaine, donc c'est mieux mais les horaires c'est pas pratique. » LIB2

Deux patients reviennent sur le contact gênant avec d'autres patients du centre :

« Là-bas, il y a beaucoup trop de monde quoi, on revoit toutes les connaissances » LIB3

Un patient évoque le manque de moyens financiers du centre :

« Ici on a l'impression que c'est un peu contraint, je pense enfin on dirait que ça s'est fait sur l'initiative des médecins » LIB2

Une patiente critique le délai d'attente de primo-prescription de la méthadone lié au protocole du centre :

« Ce qui m'a déplu, c'est l'attente que j'ai eu au CDAG [...] je suis passée à la méthadone 1 mois après » LIB7

3.4.3.3. Eléments limitant le soin indépendamment du patient et du médecin prescripteur

Le discours des patients a permis de mettre en évidence quelques éléments freinant la prise en charge quel que soit le positionnement du patient ou du médecin.

Pour quelques patients la distance entre leurs domiciles et leurs médecins prescripteurs peut constituer un frein à la prise en charge :

« Moi avant je voyais le Dr G, parce qu'il était sur C. et c'était plus prêt pour moi mais maintenant je suis à S. donc c'est plus prêt de voir Dr Go, d'aller à P, donc c'est tout, c'est pour ça que je le vois lui » LIB5

« - Vous n'habitez pas loin ? - Ah non, non, sinon je me serai arrangé autrement, changer de médecin ou autre » LIB11

Pour cinq patients, l'entourage peut avoir un rôle limitant :

« Mais c'est que...il y a aussi les beaux-parents qui y vont » LIB8

« J'étais tout seul avec lui, ça tombait bien, bon il y aurait eu du monde je n'aurais peut-être pas osé » LIB9

3.4.4. Éléments facilitant dans la prise en charge du patient dépendant aux opiacés substitué.

3.4.4.1. Éléments liés à la relation entre le patient et son médecin prescripteur

Sept éléments favorisant la relation unissant le patient et son médecin prescripteur émergent du discours des dix-neuf patients.

PRISE EN CHARGE GLOBALE

La plupart des patients (18 patients) apprécie la prise en charge globale dispensée par leur médecin prescripteur :

« C'est comme pour tout le monde. » CSAPA1

« Par exemple l'année dernière j'ai fait une phlébite et bien il m'a tout de suite orienté sur l'hosto, m'a fait un papier et tout et puis au décès de mon père il a vraiment été là et ça m'a fait vachement du bien. » CSAPA2

LIBERTE DE PAROLE

La majorité des patients citent l'importance de la liberté de parole, cette notion est d'ailleurs souvent mise en parallèle avec les connaissances du médecin dans le domaine de la toxicomanie (sur lesquelles nous reviendrons ci-après) ou avec le secret professionnel :

« J'étais plus à distance avec l'ancien médecin qu'avec Dr G ouais j'avais moins de facilité à me libérer, à parler de certaines choses, c'est vrai que c'est plus facile avec Dr G » LIB4

« Ils savent discuter avec nous des problèmes qui nous concernent, eux au moins ils connaissent et du coup on se sent libre pour parler, y a pas de sous entendus » CSAPA3

« On peut discuter librement, de toute façon ils sont tenus par le secret professionnel, donc il y a pas de problème » CSAPA4

QUALITE D'ECOUTE

De nombreux patients reconnaissent les qualités d'écoute de leur médecin prescripteur.

« Ben écoutez ça se passait très bien, donc pourquoi chercher ailleurs quand il y a quelqu'un de gentil qui est à l'écoute et tout, pourquoi j'irais voir un autre médecin ? » LIB11

CONFIANCE

La confiance est évoquée par plus d'un tiers des patients, cette notion est également en rapport avec les connaissances du médecin prescripteur concernant la toxicomanie :

« On peut avoir confiance en lui, je veux dire, on peut lui dire ce qu'on veut et il sait de quoi il parle » LIB1

DISPONIBILITE

Quelques patients reviennent sur la disponibilité de leur médecin prescripteur. Cet élément est cité aussi bien dans les entretiens réalisés au centre de soins ouvert 10 heures par semaine que dans les entretiens réalisés dans le milieu libéral :

« On vient un peu plus tard que prévu, ils sont toujours disponibles. Moi j'ai eu des moments où ça a été très mal, j'allais très mal et ils ont toujours été là, pour discuter, pour remonter le moral un peu donc ils prennent plus de temps. » CSAPA8

« Y'a des fois je l'appelle j'ai pas pu venir vendredi, « viens maintenant » il va être trop tard pour la pharmacie, donc je passe entre deux patients vite fait, non vraiment il répond bien au problème. » LIB2

SUIVI

Deux patients évoquent l'importance du suivi effectué par leur médecin :

« J'ai eu vraiment un suivi nickel au début » LIB1

3.4.4.2. Eléments liés à la problématique de dépendance aux opiacés

Les qualités relationnelles des médecins prescripteurs sont importantes pour les patients

substitués dépendant aux opiacés et nous avons remarqué que ces qualités étaient fréquemment reliées aux compétences dans le domaine de la toxicomanie. Plus précisément, nous avons isolé cinq notions durant les entretiens.

INVESTISSEMENT ET INTERET

Tout d'abord, les patients ressentent de la part de leur médecin prescripteur de l'investissement et l'intérêt dans leurs soins. Les patients relient ces notions aux connaissances spécifiques du domaine de la toxicomanie. De plus, nous avons remarqué que les patients sont à la fois surpris et soulagés de cet investissement et intérêt dans leurs soins :

« Dr G il a bien vu qu'avec le Subutex® ça m'allait pas alors il a cherché pour moi, pour savoir quel traitement serait le mieux et du coup depuis 14 jours je suis sous Suboxone® pour éviter les injections [...] ça prouve aussi qu'il s'intéresse à moi, et ça, ça fait du bien. »
CSAPA2

« Il avait fait des recherches pour moi, il s'est intéressé au fait que j'étais dépendante de ce produit et qu'il y avait un observatoire de ce produit concernant la dépendance » CSAPA7

« Ça m'a un peu ...enfin j'aurais pas cru que, qu'on puisse s'intéresser autant à nous » LIB3

COMPETENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA TOXICOMANIE

La notion de connaissance de la spécialité est citée par la moitié des patients. Cette notion a un statut primordial pour le patient dans sa prise en charge. Comme nous l'avons vu, les connaissances de cette spécialité par le médecin prescripteur permettent aux patients de pouvoir s'exprimer librement, de se sentir en confiance et compris (notion développée ci-dessous) :

« Ils savent discuter avec nous des problèmes qui nous concernent, eux au moins ils connaissent et du coup on se sent libre pour parler, y a pas de sous entendus. Pour ça c'est vraiment bien. » CSAPA3

« Qu'il comprenne les besoins qu'on a quoi, heureusement lui, ben il est quand même spécialisé là dedans, ce qui fait qu'il comprend très très bien, quand on dit, qu'on est en manque, tout ça, il sait très bien ce que ça veut dire, ça aide énormément » LIB10

LE CHOIX DES MOTS

Les patients insistent notamment sur la spécificité des mots connus par leur médecin prescripteur. Pour les patients, la connaissance de termes spécifiques facilite leur prise en charge et la confiance qu'ils peuvent accorder à leur médecin prescripteur :

« J'ai pris pas mal de merde et bon ben il sait de quoi on parle [...] si je dis j'ai pris des shoots, c'était 2 g par jour, voilà il sait de quoi on parle » LIB1

« Quand ils nous parlent de quelque chose, ils connaissent les termes, les problèmes que ça engendre. » CSAPA8

EMPATHIE

Ainsi, quelques patients relèvent l'importance de se sentir compris dans leur problème de dépendance :

« Je me sens bien, je pense que ça m'a beaucoup aidé, parce que je suis tombé sur le bon médecin par rapport à moi, par rapport à ma personnalité, il me comprend» LIB4

« Là, j'ai l'impression qu'il me comprend. A A., pour eux on était des drogués, ça s'arrêtait là » LIB3

ABSENCE DE JUGEMENT

Enfin, les patients apprécient l'absence de jugement de la part de leur médecin :

« Je suis très bien pris en charge. Je ne suis pas jugé [...] là je peux parler librement, y a pas de jugement » CSAPA8

« Ce qui est bien c'est qu'ils sont à l'écoute vraiment, qu'ils ne jugent pas, euh voilà c'est ce qui est important surtout, parce qu'on y va toujours un peu en reculant, surtout que moi ça fait la troisième tentative, c'était un peu une situation d'échec donc forcément » LIB5

3.4.4.3. Eléments spécifiques au CSAPA

Concernant la prise en charge réalisée au sein du CSAPA, plusieurs éléments favorables aux soins des patients sont isolés dans les entretiens.

MULTIDISCIPLINARITE

La plupart des patients reviennent sur la fonction multidisciplinaire du centre. Comme nous l'avons vu en introduction, le centre était initialement un centre de dépistage anonyme et gratuit où exerçaient déjà médecins, infirmières et secrétaire. Le terme CDAG reste donc souvent employé par les patients. Lorsque l'activité de soins aux toxicomanes s'est organisée, une psychologue est venue compléter l'équipe soignante. Ainsi les patients sont soutenus dans leurs démarches administratives et dans leurs prises en charges sociales et psychologiques. Ils peuvent bénéficier des dépistages des maladies sexuellement transmissibles et des soins relatifs à l'usage des drogues.

« J'ai fait des démarches avec l'aide du SPIP et du CDAG pour faire mes papiers » CSAPA1

« par exemple pour le sexe, ben avec l'IDE on sait si on a pas le SIDA, donc ça c'est parfait aussi, je veux dire tout est centralisé. » CSAPA4

« C'est vrai qu'ici on est encadré que ce soient les médecins, la psychologue, il y a tout ce qu'il faut, c'est bien cadré [...] et puis ici il y a une super psychologue qui vient d'arriver, elle est très très bien et puis avec elle on discute » CSAPA8

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Le soutien et l'accompagnement psychologiques des médecins du centre est cité par les patients :

« En juin dernier j'ai rechuté, mon père est décédé, bon c'est pas une excuse mais ça n'allait pas et bien j'ai pu en parler, il m'a aidé et accompagné et pas jugé et ça c'est passé comme ça » CSAPA2

« Ils sont à l'écoute, et puis ils nous aident si on rechute, c'est important. » CSAPA6

« J'ai fait 6 mois de prison, bien coupée du monde et quand je suis ressortie, c'était vraiment très dur et ils ont été formidables, ils m'ont dirigée vers des avocats... » CSAPA8

COORDINATION DES SOINS

Deux patients évoquent le rôle positif d'une communication entre les médecins du centre et de leur médecin traitant :

« Je trouve ça très bien, le fait que les médecins communiquent ça permet pour les médecins de mieux nous connaître » CSAPA7

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Un patient caractérise la prise en charge effectuée au centre de façon spécifique à la toxicomanie. Il s'adresse au centre pour la prise en charge de son addiction et uniquement. Les autres problèmes concernant sa santé sont du ressort de son médecin traitant ; le patient préfère d'ailleurs, qu'il n'y ait pas de communication entre son médecin traitant et les médecins du centre :

« Chacun son truc » CSAPA6

LIEU DE PARTAGE ET DE RENCONTRES

Enfin, un patient apprécie les contacts au cours de sa prise en charge, le centre étant pour lui un lieu d'accueil et de répit :

« Et puis ici on voit des gens, donc c'est cool aussi [...] c'est un lieu où on peut souffler un peu, et repartir après pour faire les choses de tous les jours » CSAPA4

3.4.4.4. Eléments spécifiques à la pratique libérale

Les éléments déterminants spécifiques à la pratique libérale sont la qualité de la relation avec le médecin prescripteur et la proximité géographique.

QUALITE DE LA RELATION

La relation est qualifiée de façon positive lors des prises en charge effectuées en libéral. En effet, le patient consulte son médecin traitant pour ses soins alors qu'au sein du centre, selon les jours, la présence des médecins peut varier. Ainsi, la relation médecin-patient en libéral est vécue de façon plus personnelle, plus intime qu'au centre. Un patient compare la relation avec son médecin à celle d'un couple : cette relation fonctionne du fait de l'écoute, du dialogue et de la compréhension au sein du couple médecin-patient :

« Y'aurait pas eu le bon feeling, on va dire je ne serai pas resté » LIB10

« Le contact passe bien » LIB5

« Avec Dr G ça se passe bien y'a une bonne relation, y 'a une discussion et tout ouais ça s'est installé, on va dire et je trouve ça bien, ouais une relation personnelle [...] ça colle quoi, un peu comme un couple on va dire » LIB4

PROXIMITE

La proximité géographique est un élément favorisant la prise en charge des patients toxicomanes. En effet les patients sont parfois limités dans leur déplacements du fait d'un retrait de permis (ils circulent donc à scooter ou sont aidés par des proches) et/ou par manque de moyens financiers :

« Quelque part c'est pas plus mal que je vienne ici parce que là (rires) sans bagnole, faut prendre le bus et tout et tout non, non et puis ça va, le Dr Go j'ai rien à redire » LIB6

« Il m'avait proposé d'aller voir iso delta à N. mais bon moi je suis de P., donc c'était plus prêt de venir là directement que d'aller à N. » LIB10

3.4.4.5. Notion « médecin traitant »

Le médecin prescripteur devient le médecin traitant pour deux raisons majeures : la prise en charge du patient dans la globalité (la dépendance est traitée comme tout autre problème de santé) et le rôle de médecin « expert » dans le domaine du soin au patient toxicomane :

« Parce que du coup c'était plus simple, et puis comme il peut s'occuper de tout. C'est mieux comme ça. » CSAPA1

« Et puis moi du coup elle fait aussi, enfin, elle est un peu gynéco donc moi ça m'arrange aussi » LIB7

« C'est un choix ben euh tout simplement aussi par facilité, je lui parle de tous mes soucis en même temps, ça sert à rien d'aller voir deux médecins. » LIB5

« Parce qu'il s'y connaît bien dans la toxicomanie. » CSAPA5

« Ben vraiment que pour le problème de drogue, vraiment que pour ça sinon je, enfin c'est con à dire mais je ne serais pas là » LIB10

Un patient cite le rôle administratif de cette déclaration « médecin traitant » dans la facilité d'accès du tiers payant et donc de la dispense d'avance des frais médicaux :

« Je l'ai pris en médecin traitant et puis c'est plus facile pour les remboursements tout ça... » LIB8

3.4.4.6. Avis sur le réseau de soins aux patients toxicomanes

L'existence du réseau de soins aux patients toxicomanes se développe sur le territoire nord Deux-Sèvres, ainsi les patients interrogés ne connaissent pas encore son existence. Cependant lorsque nous expliquons le but et le fonctionnement d'un tel réseau, les patients pensent que cela est bénéfique aux soins du patient dépendant aux opiacés. D'ailleurs, un patient bénéficie d'un suivi alterné entre le centre de soins et son médecin traitant (qui appartient au réseau de soins).

« Ça fait cinq mois que je les vois, en alternance, avec aussi un suivi du SPIP [...] Je pense que c'est bien. Ça permet de bien prendre en charge les gens comme nous. » CSAPA1

« Moi personnellement bon j'en ai pas besoin, mais je pense que oui ça apporte un plus. » LIB2

Chapitre 4. **DISCUSSION**

4.1. LIMITES DE LA METHODE

4.1.1. Limites liées à la constitution de la population étudiée

Afin de constituer notre population, nous avons contacté des médecins prescripteurs de TSO et, en premier lieu, ceux du CSAPA de Bressuire. Les médecins du centre ont tous accepté notre présence au sein du centre pour réaliser les entretiens. D'autres médecins ont été contactés par accès indirect, ce qui peut représenter un biais. De plus, nous pouvons penser que notre présence en tant que médecin stagiaire avec les médecins du centre ait pu faciliter l'accès aux patients.

Par la suite, nous avons limité le biais de sélection des patients par les médecins, le principal critère de sélection étant la diversité.

L'information et les renseignements sur le sujet de notre étude auprès des patients ont très souvent été fournis par les médecins prescripteurs, ce qui a pu être assimilé consciemment ou inconsciemment à une injonction pour les patients ; seulement quatre patients ont été contactés par la secrétaire du cabinet médical où ils étaient suivis (un des médecins prescripteurs ne dispose pas de secrétariat). Cependant, aucun patient interviewé n'a désiré stopper l'enregistrement et beaucoup ont apprécié pouvoir exprimer leur ressenti sur leur prise en charge.

4.1.2. Limites liées aux conditions d'enregistrement

L'enregistrement des entretiens s'est effectué avec un microphone relié à un ordinateur portable. Le microphone était dirigé vers l'interviewé, ce qui a pu limiter la parole du patient. D'ailleurs un patient nous a fait part de sa surprise...sur le ton de l'humour. Cependant, après avoir expliqué le thème de notre travail et assuré l'anonymat et la

confidentialité, aucun patient n'a refusé ou stoppé l'enregistrement.

4.1.3. Limites liées à la méthodologie d'analyse

L'analyse des entretiens retranscrits s'est effectuée via un logiciel d'analyse de données qualitative : N Vivo 8. Comme nous l'avons vu précédemment, cette analyse thématique est basée sur le codage des données. Or, le codage des données ainsi que leurs dénominations et définitions peuvent varier selon nos représentations et nos interprétations, même si nous avons tenté de rester le plus neutre possible. Afin de diminuer ce biais, un double codage a été réalisé sur plusieurs entretiens. Certains codages ont donc été révisés.

4.1.4. Limites liées à la collecte d'information

La parole du patient interrogé a pu être limitée consciemment ou inconsciemment par deux aspects lors de la collecte des informations.

Tout d'abord, le lieu de réalisation des entretiens n'a jamais été neutre. Les entretiens ont été réalisés dans l'encontre-même où se déroule la prise en charge habituelle. Ainsi, l'entretien a pu s'apparenter à une relation de soin. Cette dernière n'est pas neutre et peut impliquer des freins dans l'expression du ressenti des patients.

Nous nous sommes présentés comme étudiante en médecine réalisant une enquête au près des patients dépendants aux opiacés substitués, or certains patients avait appris que nous étions futur médecin réalisant notre travail de thèse, ce qui a pu renforcer le sentiment de relation de soin même si nous avons tenté de limiter les barrières physiques et sociologiques.

4.2. LIMITES DES RESULTATS

Nous pouvons énoncer plusieurs limites aux résultats cités ci-dessus.

4.2.1. Limites liées aux caractéristiques de la population

Le critère de qualité du recrutement de la population est celui de la diversité et non de la représentativité.

Nous enregistrons un sex ratio de 2.1 signifiant que notre population est diversifiée. Notre population n'est pas représentative de la population d'usagers de drogues dont le sex ratio est de 3 (41), (42).

L'âge de notre population est diversifié : l'amplitude des âges varie de 25 à 52 ans, mais la tranche d'âge 40-44 ans n'est pas représentée ; la moyenne d'âge des patients suivis en libéral est équivalente à celle des patients suivis en libéral à savoir 34 ans.

Nous notons que la moitié de notre population est inactive. Le pourcentage de patients inactifs est plus élevé chez les patients suivis au centre de soins, ceci peut s'expliquer par les horaires d'ouverture qui peuvent limiter les patients ayant un travail à se rendre au centre pour leur suivi comme nous l'ont signifiés certains d'entre eux. La dispensation de soins gratuits est également une raison de cette observation ; la gratuité permet l'accès aux soins pour des patients en précarité (43), (44). Dans notre population, nous ne recensons pas de catégories socioprofessionnelles élevées, ceci est probablement lié aux limites géographiques que nous nous étions imposées (pour des raisons de faisabilité) ne comprenant pas de grande agglomération.

4.2.2. Limites liées aux caractéristiques des médecins prescripteurs

Les caractéristiques des médecins prescripteurs étaient plutôt homogènes. En effet, nous avons interrogé au CSAPA huit patients suivis par trois médecins vacataires, par définition investis dans le soin du patient toxicomane. Par facilité d'accès, nous avons interrogé en libéral six patients suivis par deux des trois médecins vacataires. Nous rappelons que les médecins ne sont pas intervenus dans le choix des patients, le seul critère de recrutement étant le critère de diversité des patients. Seulement nous sommes amenés à penser que ce mode d'accès aux patients représente un biais car quatorze patients sur les dix-neuf interrogés sont suivis par des médecins prescripteurs ayant une activité spécifique dans le domaine de la toxicomanie.

4.3. CRITERES DETERMINANTS LE CHOIX DU MEDECIN PRESCRIPTEUR DE TSO

Grâce au discours des patients, nous avons pu identifier les principaux critères déterminant le choix du médecin prescripteur de TSO.

4.3.1. Critères propres à la médecine générale et à ses fonctions

La médecine est une rencontre ; la rencontre d'un patient avec une demande, un besoin et d'un médecin avec son savoir, sa technique et sa capacité d'écoute. Dans les entretiens, nous notons que cette première rencontre est importante pour les patients usagers de drogues. Ils ont en effet besoin d'être écouté et entendu dans leurs difficultés (gestion du manque, gestion des émotions, gestion de leur quotidien) et d'être reconnu en tant que patient et non réduit au seul statut stigmatisant de « toxicomane ». Le stigmate qui pèse sur l'usager de drogue s'est probablement construit sur plusieurs faits sociaux dont la loi du 31 décembre 1970 qui fait de l'usager de drogue une personne réprimandable par la loi, et l'épidémie du VIH avec la crainte de la diffusion du virus à la population par les usagers de drogues. Ainsi pour un individu stigmatisé tel le « toxicomane », la rencontre avec le médecin généraliste peut être vécue comme une situation d'angoisse (45).

Ensuite, la relation médecin – patient est systématiquement qualifiée de façon positive dans les entretiens de patients suivis en libéral : « *Je trouve qu'on a une bonne relation* » (LIB3). Cela montre l'investissement du médecin pour le soin de son patient mais également l'investissement du patient lui-même dans sa prise en charge, or dans la littérature le manque de motivation des patients toxicomanes est cité comme frein à leurs prises en charge - COPPEL (14), OFDT (23). La qualification de la relation est moins marquée dans les entretiens avec les patients suivis au CSAPA. Nous pouvons penser comme nous l'avons précisé plus haut que les variations des vacations des médecins intervenants font que les patients suivis au centre ne voient pas nécessairement qu'un seul médecin dans leur prise en charge. Ainsi, le colloque singulier du patient et de son médecin n'a peut-être pas la même signification. Les patients ayant bénéficié des soins au CSAPA et en libéral considèrent leur

relation avec leur médecin libéral plus intime et plus personnelle.

Le Collège National des Généralistes Enseignants a défini en 1992 les cinq fonctions de la médecine générale à savoir : le premier recours, l'approche globale centrée sur le patient, la continuité des soins, la coordination des soins et l'action en santé publique (46). Ces cinq fonctions sont reprises comme critères favorables à la prise en charge dans le discours des patients.

4.3.1.1. Le premier recours

L'accès au médecin généraliste de premier recours est cité à plusieurs reprises. Du fait de la proximité et de la disponibilité, le patient s'adresse directement à son médecin traitant (ou au cabinet médical où exerce le médecin habituel) concernant son addiction aux opiacés, souvent suite à une crise de manque.

Cependant, nous notons que ce mode d'accès au médecin prescripteur est limité par les pratiques assumées de certains généralistes refusant la prise en charge des patients toxicomanes et la prescription de TSO, et par les représentations que les patients ont des médecins généralistes, conséquentes de ses refus.

Le rôle de premier recours du médecin généraliste est également entaché par les représentations de ces derniers sur les patients (47) (personnalité du toxicomane, crainte de la violence, de l'image du cabinet) comme l'ont montré les travaux de l'OFDT en 2002 (23) et de FERONI publiés en 2007 (48). Ainsi, même lorsque le médecin accepte la prise en charge son attitude n'est pas toujours congruente avec ses propres représentations, le patient le ressent et la relation n'est donc pas thérapeutique : « *quand il y a des a priori on a du mal à passer outre* » (CSAPA8), nous y reviendrons plus loin.

Outre l'importance du concept de congruence défini par ROGERS (49), la théorie de l'approche centrée sur la personne, toujours expliquée par le même auteur, fait de la considération positive inconditionnelle un élément essentiel à la relation thérapeutique et du développement du patient. Ainsi, le médecin doit faire preuve d'une attitude positive et sans jugement, ce que nous rappelent à plusieurs reprises les patients. Nous reviendrons sur cette notion plus loin.

4.3.1.2. La globalité des soins

La prise en charge globale est reprise par la majorité des patients, un patient cependant a choisi de distinguer sa prise en charge globale et la prise en charge de son addiction. Pour les autres patients, la toxicomanie est une partie non dissociable de leur santé. Ils apprécient que leur médecin prescripteur puisse prendre en charge la globalité de leurs problèmes de santé (ce qui nous renvoie à la notion de premier recours du médecin généraliste) et certains se soucient de l'interaction médicamenteuse des TSO avec d'autres médicaments. Cet aspect nous montre plusieurs choses : d'une part le patient considère son traitement comme un médicament et non comme un produit s'apparentant à une drogue et d'autre part il se sent responsable de sa santé et s'investit dans ses soins.

La prise en charge du patient toxicomane nécessite donc un diagnostic de situation (50), une approche dans les trois champs O – P – E (organe – personne – environnement) (51) et en ce sens, le médecin généraliste est le médecin de la synthèse bio-psycho-socio-environnementale (52) (53). En effet, le médecin généraliste possède les connaissances liées aux maladies et aux dysfonctionnements organiques ; il peut aider le patient à identifier et accepter ses différentes pathologies et à les intégrer dans un projet de soin global. A ce titre, nous notons que les patients sont satisfaits du soutien psychologique des praticiens ainsi que de leur aide et orientation dans le domaine social.

4.3.1.3. La continuité des soins

Le soin du patient toxicomane substitué s'inscrit dans la durée. Il peut donc paraître logique que le suivi soit un élément important pour le patient. L'accompagnement du patient toxicomane sur plusieurs années est l'essence-même de sa prise en charge. Nous avons notamment vu que cette notion de soin dans le temps n'est pas évidente à appréhender : *« pour moi je voulais arrêter les opiacés, parce que au début c'était remplacer une drogue par une autre drogue, je voulais qu'on en finisse, et donc il m'a fait comprendre qu'il fallait du temps, qu'il n'y aurait pas de date quoi, que ça viendrait »* (LIB4), d'ailleurs nombreux patients se sentent piégés par le traitement.

4.3.1.4. La coordination des soins

Comme nous l'avons cité en introduction, la prise en charge des patients toxicomanes fait intervenir différents professionnels de la santé et acteurs sociaux. Au cours des entretiens, la notion de coordination peut prendre plusieurs aspects :

- Coordination du médecin traitant vers les médecins prescripteurs du centre de soins
- Communication entre les médecins traitants et médecins prescripteurs du centre
- Coordination du médecin prescripteur vers le médecin traitant
- Travail en réseau dans les prises en charge commune CSAPA – libérale – suivi SPIP
- Multidisciplinarité du CSAPA avec la psychologue, l'infirmière et la secrétaire

Hormis le patient qui considère la prise en charge de sa toxicomanie comme spécifique au CSAPA, les patients sont satisfaits de la coordination et de la communication des différents partenaires de soin : « *Ça permet de bien prendre en charge les gens comme nous* » (CSAPA1). Cette coordination débute par la mise en relation entre le médecin prescripteur et le pharmacien délivrant le TSO (54). Ensuite, il n'est pas rare que de nombreuses comorbidités gravitent autour de la dépendance aux opiacés : des comorbidités somatiques (infections virales telles que le VIH, les hépatites B, C (55)), des comorbidités psychiatriques (56), des comorbidités socio-environnementales avec notamment des condamnations judiciaires. Ainsi le recours aux spécialistes est nécessaire : hépato-gastro-entérologue, psychiatre, psychologue, assistante sociale, éducateur...

4.3.1.5. L'action en santé publique

Un patient évoque la notion de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) au sein du centre de soins. Le fait que cette notion ait été peu citée peut être interprété de différentes façons. La formulation des questions ne se prêtait peut-être pas à ce thème, même si nous interrogeons les patients sur ce qui leur plaisait ou déplaisait dans leurs prises en charge. Les autres hypothèses peuvent être que les patients accordent moins d'importance au dépistage ou que les médecins en parlent moins sans que cela signifie que le dépistage des IST n'est pas réalisé. Aucun patient n'a évoqué explicitement le terme « prévention ». Cependant, nombre d'entre eux ont cité la moindre prise de risque infectieuse ou judiciaire depuis la prise en charge notamment lorsque les patients évoquent

le rôle de leur traitement.

4.3.2. Critères relationnels

La prise en charge du patient toxicomane nécessite une alliance thérapeutique (57) entre le patient et le médecin. Cette alliance se construit dans le temps (d'où l'importance du suivi cité ci-dessus) et avec empathie, troisième notion définie par ROGERS (49) dans la théorie d'approche centrée sur la personne. Il nous explique que l'empathie (capacité d'identifier les pensées ou l'action d'une autre personne, allant jusqu'à ressentir les sentiments de cette dernière (58)) passe par une qualité d'écoute active et par là-même la possibilité de liberté de parole du patient. L'écoute active permet la reformulation et ainsi de relancer le discours du patient afin d'aller plus loin dans son ressenti (1). Dans nos entretiens, l'écoute et la liberté de parole sont largement repris par les patients comme des éléments facilitant leur prise en charge.

L'empathie demande donc une disponibilité de la part du médecin. Comme nous l'avons vu dans l'analyse transversale, la disponibilité est citée par les patients suivis en libéral et également ceux suivis au CSAPA dont nous avons évoqué les limites en terme d'heures d'ouverture. Ainsi la disponibilité du médecin prescripteur prend tout son sens dans la qualité du temps disponible et non pas en terme de temps passé : « *j'allais très mal et ils ont toujours été là, pour discuter, pour remonter le moral un peu donc ils prennent plus de temps.* » (CSAPA8), « *Il voit beaucoup de monde mais il prend quand même le temps de discuter.* » (CSAPA1)

Enfin, la confiance est également citée par les patients. Certains l'associent au secret professionnel. La confiance au sein de la relation entre le patient et le médecin doit être réciproque : confiance du professionnel dans son patient reconnu comme sujet autonome ayant la capacité d'évoluer et d'être responsable de sa santé et confiance du patient dans son médecin ayant un rôle protecteur et de savoir (1). Cette confiance revêt une signification particulière pour le patient toxicomane étant donné le cadre législatif de la loi du 31 décembre 1970 qui condamne l'usage des drogues (8), ce que signifient certains patients : « *et puis bon ben c'est pas lié à la justice, donc on peut tout dire, c'est important, sans craindre* » (CSAPA8).

4.3.3. Critères liés au domaine de la toxicomanie

Les critères que nous discutons ci-après sont en lien avec la dépendance aux opiacés. Ils concernent les connaissances notamment lexicales et l'investissement du médecin prescripteur dans le domaine de la toxicomanie. Nous avons classé ici l'importance pour les patients de se sentir compris et de ne pas être jugé par leur médecin prescripteur, ces deux notions se rapportant à la personne en tant que sujet dépendant aux opiacés.

Les connaissances du médecin prescripteur sont importantes pour les patients, voire pour certains, déterminantes : « *Je pense que si j'avais un médecin qui n'y connaissait rien et bien je ne lui parlerais pas.* » (CSAPA5). Les connaissances du médecin doivent couvrir l'évaluation de la consommation antérieure afin de pouvoir initier le TSO, la gestion du TSO et le vocabulaire propre au patient toxicomane : « *si je dis j'ai pris des shoots, c'était 2 g par jour, voilà il sait de quoi on parle* » (LIB1).

Tout comme les connaissances, l'investissement et l'intérêt du médecin prescripteur dans le domaine du soin du patient dépendant aux opiacés sont très appréciés ; parfois même les patients sont surpris : « *j'aurais pas cru que, qu'on puisse s'intéresser autant à nous* » (LIB3). Cette phrase nous semble importante et porteuse de nombreuses significations. Elle nous montre que les patients pensent qu'ils n'ont pas accès à des soins équivalents au reste de la population du fait de leur « statut de patients « toxicomanes » porteur de stigmates. En effet, le patient stigmatisé a conscience de l'être et cet attribut profondément discréditant le dévalorise et le conduit à penser que le médecin généraliste ne le considère pas comme un patient à part entière (59). STAFFORD et SCOTT dans leur ouvrage sociologique (60), rapprochent la stigmatisation dont sont victimes les patients toxicomanes et la déviance ; ils suggèrent que tous les membres d'une société partagent un certain nombre d'idéaux et qu'il existe un consensus sur la façon d'être et de se conduire pour atteindre ses idéaux. Celui qui s'en éloigne devient déviant. Ainsi, du fait de la loi de 1970 régissant l'usage des drogues, le comportement du patient usager de drogues peut être considéré comme déviant par les autres membres de la société. Tout cela nous incite donc à imaginer la difficulté du parcours de soins de ces patients, non reconnus dans leur problème de santé par certains médecins généralistes.

La sensation d'être compris et l'absence de jugement de la part du médecin

généraliste permettent donc à l'usager de drogue, de ne plus se sentir stigmatisé mais pris en charge tel un patient avec un problème de toxicomanie et non comme un « toxico ». Ces deux critères sont dépendants de l'empathie du praticien (capacité du médecin à comprendre le patient dans une écoute active) et de la considération positive inconditionnelle, exempte de tout jugement et basée sur une confiance réciproque qui favorise le développement du projet de soin propre au patient.

4.3.4. Rôles du médecin traitant

Nous avons noté que le médecin traitant avait essentiellement deux rôles pour les patients.

Le premier rôle attribué au médecin traitant dans le discours des patients est celui du médecin de la synthèse bio-psycho-socio-environnementale développée ci-dessus. Ainsi les patients choisissent leur médecin traitant pour leur capacité à prendre en charge le problème de toxicomanie parmi tout autre problème de santé les concernant. Pour les patients, ce mode de prise en charge est normal et relève du rôle du médecin généraliste : « *du coup c'était plus simple, et puis comme il peut s'occuper de tout* » (CSAPA1) et permet également d'assurer la sécurité médicamenteuse (limiter les interactions des TSO avec d'autres prescriptions d'autres praticiens).

Le second rôle attribué par les patients dépendants aux opiacés est celui de médecin – expert dans le domaine de la toxicomanie. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, il existe une minorité de praticiens qui « se spécialisent » dans le soin aux patients toxicomanes (24). Ainsi, du fait des connaissances et compétences des médecins dans ce domaine, les patients se sentent écoutés et compris dans leurs problématiques de dépendance. Ils peuvent évoluer dans leur trajectoire et développer un projet de soins qui leur est propre.

Cette notion d' « expert » dans le soin du patient dépendant aux opiacés se retrouve dans le discours des patients suivis au CSAPA et des patients suivis en libéral par les médecins qui sont vacataires au CSAPA, ce qui répond à une certaine logique : « *ici c'est un centre donc forcément ils sont bien à l'écoute, on est bien pris en charge* » (CSAPA1). Cette notion est également présente dans le discours des patients suivis en libéral par des médecins appartenant au réseau de soins ICARES ; ceci peut également se comprendre du fait d'un

investissement du médecin dans ce domaine par son adhésion au réseau.

Mais nous retrouvons également cette notion d' « expert » dans le discours des patients suivis en libéral par des médecins n'appartenant à aucun réseau de soin. Cette dernière particularité nous fait penser qu'un médecin généraliste qui suit des patients dépendants aux opiacés substitués est assimilé par les patients à un médecin « spécialiste » dans ce domaine, du fait du peu de médecins généralistes prescripteurs de TSO.

4.4. ASPECTS NOUVEAUX DU TRAVAIL DE RECHERCHE ET CORRELATION DE NOS OBSERVATIONS AUX AUTRES ETUDES.

L'étude a permis d'isoler les éléments favorables et défavorables à la prise en charge des patients dépendants aux opiacés en s'appuyant sur le ressenti des patients eux-mêmes.

Nous n'avons pas mis en évidence tous les modes de relation médecin prescripteur – patient dépendant aux opiacés substitué décrits dans la littérature.

En effet, dans les travaux de GUICHARD (25),(26) et les observations de PACHABEZIAN (27), quatre modèles de médecins prescripteurs et de relations (rappelés en introduction) ont été décrits. Dans nos entretiens, nous retrouvons surtout deux modèles de médecin prescripteur : **le médecin expert** en tant que médecin prescripteur choisi par les patients et **le médecin dealer** en blouse blanche dont le modèle est décrit comme étant un frein à la prise en charge : les patients précisent en effet que ce rôle de « médecin dealer » ne leur convient pas lorsqu'ils souhaitent s'engager dans un processus thérapeutique.

Concernant les modèles de relation, nous retrouvons **l'alliance thérapeutique** qui unit le patient à son médecin prescripteur ; dans cette relation, le patient est reconnu et est à ce titre un patient comme les autres. Un autre modèle de **relation basé sur la posologie du traitement** est isolé de certains entretiens notamment des patients considérant leur traitement comme un piège. Dans ce modèle-là, la posologie du TSO et surtout sa diminution prend une part importante dans la relation, non pas pour le médecin mais pour le patient.

Si nous reprenons les éléments de l'enquête EVAL de l'observatoire français des drogues et

des toxicomanies (OFDT)(23) concernant les facteurs de réussite et obstacles pour la prise en charge des usagers de drogues en ville selon les médecins généralistes nous nous apercevons que les facteurs de réussite sont un miroir des principaux critères déterminants de choix des patients pour leur médecin prescripteur :

Facteurs de réussite pour la prise en charge des usagers de drogues en ville selon les médecins généralistes (par ordre d'importance)(23)	Principaux critères déterminants le choix des patients usagers de drogues pour leur médecin prescripteur
<ul style="list-style-type: none"> • Etre formé • Appartenir à un réseau • Proximité, bonne connaissance du patient • Implication du médecin • Relation de confiance • Structures de soins où adresser les patients • Motivation de patient • Avoir des correspondants • Le suivi régulier 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du domaine de la toxicomanie • Apport positif de la coordination et du réseau de soin dans la prise en charge • Investissement et intérêt dans le soin au patient toxicomane • « Bonne relation » basée sur la liberté de parole, l'écoute, la confiance et la disponibilité • Prise en charge globale • Qualité du suivi

Parmi les obstacles à la prise en charge des usagers de drogues cités par les médecins généralistes, nous reconnaissons et déduisons certains freins énoncés par les patients :

Obstacles pour les médecins (par ordre d'importance)(23)	Freins pour les patients
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de dialogue, absence de liberté de parole, manque d'investissement dans le soin : « c'est à la va-vite, un coup de tampon sur l'ordonnance et puis voilà »
<ul style="list-style-type: none"> • La personnalité du toxicomane, sa motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'être jugé, sentiment de honte par rapport à la consommation de drogues, manque de confiance
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation à la toxicomanie entraînant des objectifs de soins différents entre le patient et son médecin
<ul style="list-style-type: none"> • Isolement du médecin, crainte de la violence, image du cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre de soins limités du fait des refus de prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de devenir un médecin dealer 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin dealer
<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'une approche multidisciplinaire 	

4.5. CONSEQUENCES DES RESULTATS

Ces résultats nous montrent que de nombreuses représentations et jugements *a priori* entravent la prise en charge du patient dépendant aux opiacés.

Ces représentations sont présentes chez les médecins généralistes comme nous l'avons vu ci-dessus et trouvent souvent un miroir chez les patients.

Médecins et patients usagers de drogues se retrouvent sur le fait que le manque de formation dans le domaine de la toxicomanie est un frein à la prise en charge. De même, la crainte des médecins généralistes de devenir « médecin dealer en blouse blanche » est un frein ressenti par les patients dans leur prise en charge, et ceux qui se positionnent dans

cette posture ne créent pas une relation de confiance attendue par les patients pour la mise en route d'un suivi thérapeutique. Patients et médecins ont donc la même réticence en rapport avec des soins non appropriés. Ils évoquent finalement les mêmes notions favorisant la réussite de la prise en charge et constituant les critères de choix des patients pour leur médecin prescripteur. Ils citent notamment l'apport des réseaux de soins dans la prise en charge (61), (62) et l'importance d'une relation de confiance.

Pour autant, en pratique, une minorité de praticiens suit la majorité des patients usagers de drogues (63). Nous expliquons cela par le fait la relation entre le médecin généraliste et le patient « toxicomane » est parfois reliée par un jugement *a priori* : le préjugé. Ce préjugé, souvent acquis au cours de la socialisation, est un mécanisme psychologique qui défie la raison (59). Le préjugé peut entraîner un comportement discriminatoire (64) où le médecin refuse le soin au patient usager de drogue ; ou effectue malgré cela la prise en charge en développant une relation de soin non congruente avec ses représentations, ses préjugés. Cette relation n'est alors pas thérapeutique, ce que ressent fortement le patient.

Ainsi, nous confirmons avec notre travail le fait que beaucoup de médecins généralistes restent influencés par les stigmates portés aux patients usagers de drogues et ne sont plus en adéquation avec la définition des fonctions du médecin généraliste lorsqu'ils les prennent en charge (prise en charge globale dans le modèle bio-psycho-social avec une relation d'empathie basée sur la confiance mutuelle).

4.6. REPONSES AUX OBJECTIFS

Les différents critères des patients dépendants aux opiacés pour choisir leur médecin prescripteur de TSO correspondent à la définition et aux fonctions de la médecine générale : ce sont ceux d'une relation thérapeutique basée sur l'approche centrée sur la personne. Les patients évoquent également l'importance des critères en lien avec les compétences dans le domaine de la toxicomanie. Ils choisissent également leur médecin prescripteur selon l'image que ce dernier leur renvoie d'eux même :

- Lorsque le praticien reste bloqué dans ses préjugés et qu'il renvoie ainsi l'image d'un individu porteur des stigmates attribués au toxicomane par la norme sociale, le patient n'est pas satisfait et ne poursuit pas cette prise en charge : « *quand il y a des*

a priori on a du mal à passer outre » (CSAPA8). Parfois même il se sent agressé et fonde des représentations sur le corps médical limitant encore plus son accès aux soins : «J'ai pas envie de voir d'autres médecins généralistes, ils me dégoutent. » (CSAPA2)

- Lorsque le praticien renvoie l'image d'un patient « comme tout le monde » avec ses difficultés liées à différents problèmes dont celui de la toxicomanie, les stigmates sont levés, le patient se sent en confiance, l'individu n'est plus réduit à un être « déviant » la norme sociale. La prise en charge est satisfaisante et peut se poursuivre. Le médecin traitant et le médecin prescripteur de TSO ne font plus qu'un, désigné ainsi par le patient pour sa prise en charge globale et pour ses qualités de médecin « expert » dans le soin au patient toxicomane.

Le principal type de relation médecin-patient attendu qui ressort des entretiens est celui du patient usager de drogues et de son médecin « expert » (25). Les motivations de cette relation sont en lien avec les représentations du patient concernant son TSO, notamment les effets positifs qui permettent au patient de vivre « normalement ».

Un autre type de relation émerge des entretiens, celui-ci plus en lien avec la posologie du TSO chez les patients dont le traitement représente un frein et une contrainte (26). La relation devient alors triangulaire entre le patient – le médecin – le TSO ; la diminution voire l'arrêt du traitement devient la principale motivation du patient.

L'hypothèse selon laquelle le rôle du traitement et celui du médecin prescripteur est différent selon la trajectoire du patient est donc confirmée dans plusieurs entretiens.

En revanche, l'hypothèse selon laquelle le nombre et l'hétérogénéité des parcours et des profils de patient multiplient les critères de choix du médecin prescripteur est discutable. En effet, après dix-neuf entretiens et saturation des données, nous isolons treize critères qui se regroupent au sein de trois dimensions :

- les fonctions de la médecine générale,
- la relation thérapeutique en lien avec l'approche centrée sur la personne,
- les compétences dans le domaine du soin au patient usagers de drogues.

Il ne ressort donc pas de l'analyse des données, de différences dans les critères que les patients soient suivis de longue date et sevrés de l'héroïne ou qu'ils consomment encore des drogues.

Chapitre 5. CONCLUSION

La prise en charge des patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste est récente. C'est une prise en charge globale et de longue durée dans un projet d'abstinence. Elle inclut la réduction des risques et comprend des soins somatiques, des conseils d'usages, des propositions de bilans, de vaccinations, de gestion du manque et d'orientation pour des démarches de couvertures sociales ayant pour but premier une amélioration des conditions de vie et de la gestion des consommations. Cette prise en charge est facilitée par les réseaux de soins aux patients toxicomanes ; elle répond donc parfaitement à la définition consensuelle de la médecine générale selon la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General practitioners) (Annexe II)

Cependant, une minorité de praticiens suit la majorité des patients usagers de drogues. La disparité de la prise en charge de ces patients trouve son origine dans les représentations sociales et les préjugés. Les stigmates portés sur la population des usagers de drogues expliquent notamment le refus de soins par certains praticiens, ou une dispensation de soins inappropriée.

Si les médecins généralistes avancent des facteurs favorables et défavorables à la prise en charge des patients toxicomanes, les patients eux-mêmes évoquent des critères dans le choix de leur médecin prescripteur de TSO.

Tout d'abord, le choix de leur médecin prescripteur dépend de leur trajectoire de vie et d'usage des drogues. Le recours au médecin prescripteur et les demandes du patient seront différentes selon l'image que le patient perçoit de lui-même et de sa dépendance ainsi que leurs répercussions dans le domaine personnel, familial et socioprofessionnel. Comme nous l'avons vu, le fait qu'un médecin prescripteur soit trop complaisant pour la délivrance du TSO peut être recherché par un patient consommant de l'héroïne afin de limiter le syndrome de manque entre les prises lorsque la tolérance s'installe. Mais par la suite, quand le patient s'inscrit dans une démarche de soin, le « médecin dealer en blouse

blanche » ne correspond pas à une prise en charge appropriée et à l'attente du patient.

Les critères favorables des patients pour le choix d'un médecin prescripteur reposent également sur les principes et la définition du médecin généraliste selon la WONCA confirmant donc, pour les patients dépendants aux opiacés, l'importance du rôle du médecin généraliste dans leurs prises en charge:

- Relation médecin – patient privilégiée
- Importance du premier contact exempt de jugement *a priori* (accès aux soins non limité par les stigmates attribués aux patients « toxicomanes »)
- Réponse globale à leurs problèmes de santé dans le domaine bio-psycho-social
- Continuité des soins selon leurs besoins
- Coordination des soins afin d'améliorer leurs prises en charge et l'accès à certains professionnels de santé
- Dépistage des infections sexuellement transmissibles
- Approche centrée sur l'individu et non réduite au « toxicomane », avec une relation basée sur l'écoute, la liberté de parole et la confiance impliquant une disponibilité de la part de leur médecin prescripteur.

Les patients désignent également des critères spécifiques au domaine de la toxicomanie telles que les connaissances et l'investissement de leur médecin prescripteur dans le soin aux usagers de drogues.

Cette étude a aussi mis en évidence l'importance pour les patients de ne pas être stigmatisés tel un « toxico ». Pour le patient usager de drogue, la démarche de soin est difficile car il se sait qualifié comme déviant par la société et craint le jugement *a priori* des professionnels de santé. Ainsi, lorsque que les stigmates sont levés par le médecin prescripteur, la relation de soin s'installe ; le patient peut envisager en confiance son projet thérapeutique dans le temps.

Le médecin prescripteur devient alors le médecin traitant du patient substitué notamment pour la globalité des soins dispensés et sa compétence dans la prise en charge spécifique des patients dépendants aux opiacés.

Les modèles de relation présents dans l'étude, correspondent à celle du patient et son médecin « expert » en toxicomanie et à celle axée sur la posologie de l'ordonnance.

La relation du patient usager de drogue et son médecin « expert » est basée sur une alliance thérapeutique qui se construit dans le temps. Les motivations de cette relation trouvent leur source dans le sentiment par le patient d'être compris et reconnu en tant que personne nécessitant des soins spécifiques et globaux et dans l'amélioration de la qualité de vie qui en découle.

La relation axée sur la posologie de l'ordonnance est retrouvée lorsque le TSO devient un piège et une limite dans le quotidien du patient. Dans cette relation, la place du médecin prescripteur semble moins importante que dans le modèle précédent, le principal objectif du patient étant la diminution et l'arrêt du TSO afin de retrouver un sentiment de liberté.

Cette enquête qualitative nous a permis de mettre en évidence les critères des patients dépendants aux opiacés substitués pour choisir leur médecin prescripteur. Nous avons également pu identifier le rôle du médecin traitant dans ces prises en charge et approcher les différentes relations entre les patients et leur médecin. Les résultats de cette enquête méritent donc d'être vérifiés et approfondis par une étude quantitative auprès des patients usagers de drogues afin d'établir, le cas échéant, des corrélations entre les attentes des patients de la part de leur médecin prescripteur et leur trajectoire dans la toxicomanie, leur consommation actuelle et leur durée de prise en charge.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés est indéniable. Mais de nombreux préjugés persistent et limitent l'accès aux soins des patients usagers de drogues.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients dépendants aux opiacés, nous pouvons nous interroger sur le rôle et l'influence dans notre pratique des stigmates portées sur certaines catégories de la population. Est-ce qu'une réflexion sur nos préjugés est possible ? Est-ce que cette réflexion passe par une (meilleure) connaissance du domaine de la toxicomanie et de la population d'usagers de drogues ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Gibier L. Prises en charge des usagers de drogues. Paris: Doin; 1999.
2. Richard D, Senon J-L, Valleur M. Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris: Larousse; 2004.
3. Olievenstein C. Il n'y a pas de drogués heureux. Paris: Laffont; 1979.
4. Richard D. Les drogues. Paris: A. Colin; 2005.
5. Observatoire français des drogues et des toxicomanies., MILDT. Drogues et dépendance le livre d'information. Première éd. INPES; 2006.
6. Nestler EJ, Malenka RC. Les drogues et le cerveau. Pour la science. 2004 avr;(38).
7. Fontaa V, Palau P, Randrianjohany A. Le médecin et le toxicomane : guide pratique. Paris: Heures de France; 2003.
8. Loi relative aux mesures sanitaires de luttés contre la toxicomanie et à la répression du trafic et à l'usage illicite des substances vénéneuses. Journal Officiel de la république française, 70-1320 déc 31, 1970 p. 74-6.
9. Bensimon J, Kahn M-F. Les drogues. Paris: De Vecchi; 2009.
10. Décret relatif aux substances et préparations vénéneuses. Journal Officiel de la république française, 88-1232 déc 28, 1988 p. 16818-27.
11. Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la transparence : Suboxone. 2008 avr.
12. Wojciechowski J-B. Pratiques médicales et usages de drogues : linéaments de la construction d'un champ. Psychotropes. 2005;11(3):179.
13. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroentérologie Clinique et Biologique. 2007 sept;31(8-9):44-50.
14. Coppel A. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. Communications. 1996;62(1):75-108.
15. Barzach M. Décret relatif au commerce et à l'importation des seringues et aiguilles destinés aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Journal Officiel de la république française mai 13, 1987 p. 5399.
16. Christoforov B. Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des patients toxicomanes : conférence interuniversitaire de Châtenay-Malabry 23-24 juin 1994. Bulletin des Annales de Médecine interne. 1994;145(supplément au n°3):104.
17. Veil S, Douste-Blazy P. Circulaire DGS/SP3 94 n°29 du 31 mars 1995.
18. Jauffret-Roustide M. La parole aux substitués? Swaps. 2005 4ème trimestre;(40-41):21-3.
19. Rencontres cliniques REPSUD-ECIMUD, Carpentier J, Brücker G. Des toxicomanes et des médecins un drame en trois actes et quarante sept tableaux : rencontres cliniques REPSUD-ECIMUD (1997,1998,1999). Paris: L'Harmattan; 2000.
20. Ministère de la Santé , de la jeunesse et des sports, DSG, Houssin D. Circulaire DGS/MC2 n°2008/79 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarité n°3 févr 28, 2008 p. 186-207.
21. Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik A, Masut A, Ronfle E, et al. [Prescription of high dose buprenorphine by general practitioners]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2004 déc;52(6):511-22.
22. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés 4ème édition. 2012;

23. Observatoire français des drogues et des toxicomanies., CEMKA-EVAL. Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. Paris: OFDT; 2002.
24. Pelc I, Nicaise P, Corten P. Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique: développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients. Acadamia Press; 2005.
25. Guichard A, Lert F, Brodeur J-M, Richard L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. Soc Sci Med. 2007 juin;64(12):2578-93.
26. Richard L, Brodeur J-M, Lert F, Guichard A. Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. sosan. 2006;24(4):5-43.
27. Pachabézian V. Prescriptions et prescripteurs de buprénorphine. 2007;
28. DSG, Direction des Hôpitaux, Vincent G, Lagrave M. Circulaire DGS n°9 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. janv 29, 1993 p. 183-97.
29. Circulaire DGS/DH n°96/239 du 3 avril 1996 relative à l'orientation dans le domaine de la prise en charge des patients toxicomanes. Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales, de la ville et de l'intégration n°16 mai 25, 1993.
30. DSG, Ministère du travail et des Affaires Sociales. Circulaire DGS/SP3 n°97/366. mai 23, 1997.
31. Réseau de soins ICARES. Convention constitutive. 2006.
32. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Évaluation du dispositif Bus méthadone Paris. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2000.
33. Gandihlon M. Le bus méthadone ou la substitution de « bas seuil ». Swaps. 1998 mai;(7):6-8.
34. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative:un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'assurance maladie. 2001 juin;32(2):171-121.
35. Blais M, Martineau S. Analyse inductive générale:description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches Qualitatives. 2006;26(2):1-18.
36. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded theory : strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Pub. Co; 1967.
37. Poupart J, Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: G. Morin; 1997.
38. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? 2007. p. 99-111.
39. Abric J-C, Apostolidis T. Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2003.
40. Gonin A. L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale Une approche psychosociale des représentations professionnelles : historicité, ancrages et fonctions. Université Lumière Lyon 2 Ecole doctorale : EPIC (Education, Psychologie, Information et Communication) Institut de Psychologie; 2008.
41. Duhot D, Clerc P. Toxicomanie en médecine générale: typologique des consultants et consultés. Numéro spécial des journées scientifiques 2001. 2001;15(3).
42. Lévy-Soussan P. Psychiatrie. Paris: Editions ESTEM : Editions Med-Line; 2001.
43. Cadet-Taïrou A. Résultats Ena CAARUD : profils et pratiques des usagers. OFDT; 2010.
44. Cadet-Taïrou A., Gandilhon M, Lahaie E, Chalumeau M, Coquelin A, Abdalla T. Drogues et usages de drogues en France: état des lieux et tendances récentes 2007-2009 rapport national du dispositif TREND. OFDT; 2010.

45. Goffman E, Kihm A. Stigmate : les usages sociaux des handicaps. Paris: Les Ed. de Minuit; 2003.
46. Wainsten J.-P., Bros B., Dufour C., Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. *Revue Exercer*. 1992 avr;16:4-6.
47. Brissonnet , François. Les représentations de la toxicomanie à l'hôpital psychiatrique : apport d'une enquête chez les soignants de l'hôpital Henri Laborit à Poitiers [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2012.
48. Feroni I. Buprénorphine haut dosage: analyseur de l'action publique. *Le courrier des addictions*. 2007;9(4):126-8.
49. Rogers C, Kinget G, Peretti A de, Botteman A. Psychothérapie et relations humaines théorie de la thérapie centrée sur la personne. Issy-les-Moulineaux: ESF éd.; 2009.
50. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation: l'approche systémique en médecine générale. *La Revue de Médecine Générale*. 2004 déc 20;18(674/675):1482-6.
51. Lévy L. L'organe, la personne, l'environnement. *Revue Exercer*. 1996 oct;(38).
52. Engel Georges L. The Clinical Application of the Biopsychosocial model. *Journal of Medecine and Philosophy*. 1981 janv;6(2):101-24.
53. Aknine X., Audier N., Contard S., Lebigre P., Magnin C., De Muizon D., et al. Manifeste des Médecins Généralistes pour un accompagnement humaniste des patients usagers de drogues en traitement de substitution. *Le Flyer*. 2010 sept;(40):p. 15-19.
54. Hoerni B., Parrot J. Prise en charge des patients usagers de drogues au sein de réseaux. *les Nouvelles pharmaceutiques*. 2002 févr 28;(232).
55. Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues: étude coquelicot 2004. *BEH n°33*; 2006.
56. Balas M.-N. Comorbidités psychiatriques: prévalence chez les toxicomanes fréquentant un centre de soins spécialisés Centre Dune, Cergy. *Le Flyer hors série*. 2004 sept;2(3).
57. ANAES. Modalités de sevrage chez les patients dépendants aux opiacés. 1998.
58. Delamare J. Dictionnaire abrégé des termes de médecine. Paris: Maloine; 2006.
59. Dericquebourg R. Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. *Etudes inter-ethniques*. 1989;9:65-74.
60. Stafford M.-C., Scott R. Stigma, Deviance, and Social Control, some conceptual issues in *The Dilemma of Difference*. Plenum Press. S.C.; 1986.
61. Sannino N., Donio V. Evaluation du réseau ADDICA pour la prise en charge des conduites addictives et de la précarité en Champagne-Ardenne. 2004.
62. Dépinoy D., Bombarbier D., Dessaigne M. ADDICA : Expérience d'un réseau de soins dans les addictions = ADDICA. *Alcoologie et addictologie*. 2008;30(3):321-5.
63. Boireau L. Les difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale: état des lieux dans le département de la Loire en 2009 et étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Saint Etienne]: Jean Monnet; 2010.
64. Blanc F., Doubovetzky J. Toxicomanes : la discrimination. *Revue Prescrire*. 2010 aout;30(322):580.

ABREVIATIONS

ANIT : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie

BEP Brevet d'études professionnelles

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

BTS: brevet de technicien supérieur

CAP: certificat d'aptitude professionnelle

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

ICARES : Intervenir dans les Consommation A Risques avec un Ensemble de Professionnels

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General practitioners

ANNEXES

ANNEXE 1 - CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DE NIVEAU 2

Code	Libellé
10	Agriculteurs exploitants
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
31	Professions libérales et assimilés
32	Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
36	Cadres d'entreprise
41	Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
51	Employés de la fonction publique
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
61	Ouvriers qualifiés
66	Ouvriers non qualifiés
69	Ouvriers agricoles
71	Anciens agriculteurs exploitants
72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
73	Anciens cadres et professions intermédiaires
76	Anciens employés et ouvriers
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
82	Inactifs divers (autres que retraités)

ANNEXE 2 - DEFINITION CONSENSUELLE DE LA MEDECINE GENERALE SELON LA WONCA (2002)

En 2002, la WONCA a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider [une définition consensuelle de la médecine générale](#), publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS.

La discipline médecine générale est définie par onze critères :

1-Premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.

2-Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

3-Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.

4-Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.

5-Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.

6-Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.

7-Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

8-Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies,

pouvant requérir une intervention rapide.

9-Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

10-Responsabilité spécifique en termes de santé publique.

11-Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »



SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME ET MOTS CLES

INTRODUCTION : La prise en charge des patients usagers de drogues présente une grande disparité : une minorité de praticiens suit une majorité de patients. Les médecins généralistes avancent des facteurs de réussite et des obstacles à la prise en charge des usagers de drogues. Mais les patients eux-mêmes ne privilégient-ils pas certains médecins pour leurs soins ? Quels sont leurs critères pour choisir un médecin prescripteur de leur traitement substitutif aux opiacés (TSO) ?

MATERIELS ET METHODE : Nous avons réalisé une enquête qualitative de terrain par des entretiens semi-dirigés auprès de 19 patients aux profils diversifiés dépendants aux opiacés substitués dont le médecin prescripteur exerce dans le nord Deux-Sèvres. Les données ont été analysées de façon thématique grâce à un double codage et à l'utilisation du logiciel NVivo 8.

RESULTATS ET DISCUSSION : Les critères des patients dépendants aux opiacés pour choisir leur médecin prescripteur de TSO correspondent à la définition et aux fonctions de la médecine générale : ce sont ceux d'une relation thérapeutique basée sur l'approche centrée sur la personne. Ils prennent également en compte les compétences dans le domaine de la toxicomanie. Mais les préjugés et les représentations du médecin tiennent également une place importante : si le médecin renvoie l'image d'un patient porteur des stigmates attribués au toxicomane par la norme sociale, la prise en charge est vouée à l'échec ; si le médecin renvoie l'image d'un patient dont la toxicomanie n'est qu'un problème à prendre en charge parmi d'autres, le patient n'est plus réduit à un être « déviant » la norme et le projet de soin pourra s'élaborer dans le temps. La persistance des préjugés et représentations explique en partie la disparité des pratiques des médecins généralistes dans le soin aux usagers de drogues.

CONCLUSION : Pour les patients dépendants aux opiacés, la prise en charge par le médecin généraliste est satisfaisante lorsque les stigmates portés aux usagers de drogues sont levés par le praticien. Il est donc nécessaire de réfléchir à l'influence de nos représentations et préjugés dans notre pratique afin de répondre au mieux la fonction du médecin généraliste.

MOTS CLES : toxicomanie, médecine générale, relation médecin-patient, stigmaté, médecin traitant, traitement substitutif aux opiacés.