

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

REPARTITION DU TRAVAIL

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Description de la population

- 1.1. Médecins
- 1.2. Patients

2. De la construction de la consultation à l'expérience de la relation

- 2.1. La consultation de suivi du patient sous MSO, une consultation singulière
- 2.2. Le médecin et le patient occupent une place particulière pour l'autre
- 2.3. Enjeux de la construction de la relation médecin-patient

3. Typologie de la relation médecin-patient

- 3.1. Type I – une relation où le médecin est attentif à une prise en charge globale biopsychosociale dans une approche centrée patient et le patient, partenaire de la décision médicale
- 3.2. Type II – une relation technique biomédicale où le patient est consommateur de soins et le médecin, prescripteur d'une offre de soins médicamenteux
- 3.3. Type III – une relation particulière dont l'équilibre paraissait fragile et les ressentis médecin-patient discordants
- 3.4. Des similitudes entre les typologies

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Au-delà de la relation soignant-soigné, une rencontre d'homme à homme

2. Une relation dans laquelle chacun occupe une place déterminée

3. Des vécus relationnels satisfaisants

4. Forces et limites de l'étude

5. Perspectives

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

REPARTITION DU TRAVAIL

Geneviève CHAMBON et Emeline ALLARD

La thèse a été rédigée par Emeline ALLARD et Geneviève CHAMBON qui portaient un intérêt commun pour les problématiques d'addictologie.

Geneviève CHAMBON a été associée au projet initialement débuté par l'interne Emeline ALLARD suite à une proposition des directeurs de thèse les Dr Emmanuel PICHON et Cyril BEGUE.

La bibliographie initiale, le protocole d'étude et les guides d'entretiens ont été réalisés par Emeline ALLARD puis enrichis par Geneviève CHAMBON.

Le dossier pour soumission à l'avis du CPP a été finalisé par les deux thésardes avec l'aide de la Délégation de la Recherche Clinique de l'Innovation (DRCI) du CHU d'Angers.

Après l'obtention d'un avis favorable du CPP de Marseille, le 11/10/2017, les entretiens ont été réalisés par les deux thésardes et se sont déroulés jusqu'au 13/09/2018, Emeline ALLARD ayant réalisé la plupart des entretiens des médecins, et Geneviève CHAMBON la plupart des entretiens des patients. La retranscription de chaque entretien était réalisée par la personne l'ayant effectué. Un double codage a été réalisé pour chacun des entretiens.

L'analyse des données et la discussion ont été commencées au décours de manière commune par les deux thésardes. L'avis des Dr PICHON et Dr BEGUE a été sollicité à plusieurs reprises au cours de l'analyse des données.

La seconde recherche bibliographique a été réalisée par Emeline ALLARD et Geneviève CHAMBON et enrichie par Emmanuel PICHON.

RESUME

Introduction : Les consultations de médecine générale concernant le suivi des patients sous MSO ne sont pas rares. La littérature apporte peu d'éléments concernant l'expérience des médecins généralistes et de leurs patients sous MSO à propos des consultations de suivi en phase de stabilité. Il semblait nécessaire de recueillir les témoignages croisés de médecin généraliste et de leurs patients sur ces consultations.

Méthodes : il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 10 duos médecin-patient. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. Un double codage en ouvert de chaque entretien a été réalisé sur le logiciel N'vivo puis les entretiens ont été analysés une seconde fois par couple. Le protocole d'étude a reçu un avis favorable du CPP Sud Méditerranée II.

Résultats : La consultation de suivi des patients sous MSO est une consultation singulière où chacun occupe une place particulière pour l'autre avec un lien affectif fort. L'analyse a permis de repérer différents types relationnels : approche centrée patient, ancrage plutôt biomédical, et caractéristiques atypiques mixtes. Peu importe le type relationnel, la stabilité paraissait être le reflet d'un équilibre dans le ressenti de la relation médecin-patient. Ainsi, le suivi proposé semblait ajusté aux demandes, d'où découlait une satisfaction globale de la relation établie.

Conclusion : La satisfaction d'avoir trouvé un équilibre dans la relation semble être responsable d'une certaine forme d'inertie. La progression de la relation de soin passe peut-être par une réflexion sur l'évolution du rôle du patient mais surtout de celui du médecin.

INTRODUCTION

Il y a tout juste 20 ans, les MSO obtenaient leur autorisation de mise sur le marché en France pour le « traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés ». Ces dispositifs s'inscrivaient dans une stratégie globale de réductions des risques mise en place et annoncée officiellement par Simone Veil en juillet 1994. Elle répondait à deux objectifs : prévenir les contaminations virales et permettre aux usagers d'accéder au système de soin. Cette action de santé publique englobait des mesures et des dispositifs permettant de consommer les substances de la façon la moins dommageable possible (1). A ce jour, les consultations de médecine générale concernant le suivi des patients sous MSO ne sont pas exceptionnelles. D'après les données de l'assurance maladie, 150 000 personnes ont bénéficié en 2012 d'un remboursement de MSO délivré en ville. De plus, les médecins généralistes sont à 98% les prescripteurs de ces traitements (2). Enfin, la prescription elle-même est régie par un cadre réglementaire strict avec 1 à 2 consultations mensuelles dans le cadre d'un traitement équilibré et correctement suivi.

Lors de ces consultations de suivi, les deux protagonistes apportent des éléments liés à leurs expériences personnelles et professionnelles, mais également guidés par des lignes de conduites (appropriation d'une politique de santé publique, conférence de consensus, recommandations de bonne pratique) permettant l'évolution de leur relation et de la prise en charge du patient sous MSO.

Du côté du médecin, L. Gibier insistait sur la complémentarité de deux stratégies : « *La réduction des dommages (somatiques, de désinsertion psychosociale...) ne peut être une fin en soi : accompagner un toxicomane dans ses conduites doit permettre à long terme de le faire évoluer vers des demandes d'abstinence* »(3). Finalement, l'objectif principal serait la normalisation du mode de vie et le MSO un support pour ce changement (4). La HAS proposait dans une conférence de consensus de 2004 des lignes de conduites dans le suivi

du patient sous MSO en période de stabilisation (5). D'une part, elle incitait à la vigilance du médecin vis-à-vis des mauvaises utilisations du MSO, d'une reprise de consommation d'héroïne, d'une consommation d'autres substances psychoactives mais également alertait sur des situations à risque d'instabilité (comorbidités psychiatriques, situation de précarité sociale). D'autre part, elle renversait le rapport au sevrage en proposant de ne concevoir l'arrêt du traitement qu'en cas de demande du patient. On s'accorde aujourd'hui pour dire que la pathologie addictive dépasse largement la question de la dépendance au produit, au profit d'une pathologie en soi centrée sur des problématiques d'attachement (6). La mise en place du MSO et la levée de la dépendance au produit apparaît seulement comme un préliminaire au travail de fond avec le patient ex-usager d'opiacés.

Du côté du patient, une thèse récente a pointé du doigt tout le paradoxe et l'ambiguïté liée à la prise d'un MSO (7), considéré comme une émancipation par rapport à un passé toxicomane mais également comme un rattachement à un passé vécu comme discréditant au regard d'autrui. Par ailleurs, quand on les interrogeait sur leur trajectoire d'usagers d'opiacés, les patients semblaient plus enclins à partager les éléments concernant les périodes d'instabilité ou de difficultés plutôt qu'à raconter ce qui avait pu se construire au cours de la période de stabilité (8).

La littérature apporte finalement peu d'éléments concernant l'expérience des médecins généralistes et de leurs patients sous MSO à propos des consultations de suivi en phase de stabilité. Une approche sociologique propose des éclairages concernant ces consultations de suivi mais sans réellement s'interroger sur la relation médecin-patient : le suivi n'est envisageable que lors du stade de « routinisation » de la prescription, cela nécessite un *« élargissement du rôle du médecin au-delà des prescriptions et par celui du patient au-delà de la toxicomanie »* (4). Il semblait donc intéressant de recueillir les témoignages croisés d'un médecin généraliste et d'un de ses patients sur ces consultations de suivi.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes et de leurs patients sous MSO considérés comme stabilisés, entre Octobre 2017 et Septembre 2018.

Présupposés de recherche

Les MSO sont des médicaments comme les autres. Au fur et à mesure du temps et de la construction de la relation, le suivi devient celui d'une maladie chronique. Ces consultations peuvent être perçues comme des consultations pauvres et répétitives ou riches d'échanges. Le rythme réglementaire des consultations peut apparaître comme une contrainte ou comme un outil de la prise en charge. La stabilité intègre des notions familiales, professionnelles, sociales et médicamenteuses. C'est un concept non figé qui évolue au cours du temps et des événements de vie.

Population étudiée

L'étude incluait des binômes associant : un médecin généraliste et un de ses patients sous MSO, qu'il considérait comme stabilisé, majeur, et acceptant de participer à l'étude. La définition de stabilité était laissée à l'appréciation du médecin généraliste, aucune définition consensuelle n'ayant été validée.

Les médecins généralistes ciblés étaient des généralistes thésés, installés, suivant régulièrement des patients sous MSO. Ils étaient choisis de manière à obtenir un échantillonnage en « variation maximale », sur les critères socio-professionnels suivants : l'âge, le sexe, la proximité ou non d'un centre d'addictologie, la pratique en cabinet de groupe ou individuelle et l'appartenance à un réseau d'addictologie ou la réalisation de

formations spécifiques. Certains médecins pouvaient être connus personnellement par l'un ou l'autre chercheur.

Les médecins ciblés ont reçu une lettre d'information (annexe 1) les invitant à participer à l'étude. Un « CV » (annexe 2) leur était demandé, afin de recueillir les variables considérées comme pertinentes. Ils devaient ensuite choisir un patient sous MSO qu'ils considéraient comme stabilisé. Une lettre d'information (annexe 3) et un formulaire de non opposition (annexe 4) étaient remis aux patients par l'intermédiaire de leur médecin afin de recueillir leur accord de participation. Le premier patient de chaque médecin répondant positivement était celui inclus. Les noms, prénoms et coordonnées des patients ont été utilisées temporairement afin d'organiser les entretiens. Ces informations n'ont pas été enregistrées dans la base de données de l'étude.

Recueil de données

Une fois l'accord de participation du binôme médecin-patient obtenu, les entretiens étaient réalisés indépendamment l'un de l'autre. Pour limiter les effets d'une consultation qui aurait lieu dans l'intervalle, les deux entretiens étaient planifiés à moins d'une semaine d'intervalle. Les données étaient recueillies lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Un guide d'entretien a été élaboré à partir de la littérature et d'avis d'experts et remanié au fur et à mesure de la réalisation des entretiens selon les propos recueillis. Il était composé de cinq à six questions d'accroche accompagnées de relances. Les guides étaient similaires pour les deux types d'entretiens : « patient » (annexe 5) et « médecin » (annexe 6). Les thèmes explorés étaient les suivants : déroulement et contenu de la consultation, attentes du suivi, définition de la stabilité, représentation de l'autre, lien avec l'addictologie.

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio par l'intermédiaire d'un dictaphone. Les données de communication non verbales ont été recueillies de façon manuscrite. Les

données socio-professionnelles et administratives des patients ont été recueillies par un questionnaire complété par les patients au terme de leur entretien (annexe 7).

Les entretiens ont été retranscrits manuellement et exhaustivement (ponctuation, interjections, expressions et fautes de langage) dans les suites immédiates des entretiens.

Les données retranscrites ont été anonymisées avant codage. Les données identifiantes ne figuraient pas dans la base de données de l'étude. Les couples médecins-patients ont été identifiés à l'aide d'un numéro d'ordre d'inclusion. Les informations de localisation géographique (lieu de travail, localité de résidence...) n'ont pas été retranscrites.

Analyse des données

Un double codage en ouvert de chaque entretien a été réalisé sur le logiciel N'vivo en parallèle de la phase de recueil. Les données ont secondairement été analysées par couple médecin – patient. Un tableau Excel était réalisé à partir des thèmes émergents.

Considérations éthiques et réglementaires

Le dossier de l'étude (notamment le protocole, le résumé, le guide d'entretien et les lettres d'informations, la liste des premiers médecins associés à la recherche ainsi que leurs CV) a été soumis au Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II qui a émis un avis favorable le 8/09/2017 (annexe 8). Un second avis favorable a été émis le 2/03/2018 suite à une demande d'ajout de nouveaux médecins associés à la recherche (annexe 9). Les données de cette étude entraient dans le champ de la méthodologie de référence MR03 de la CNIL pour laquelle le CHU d'Angers a signé un engagement de conformité sous le n°1985224. L'étude a été enregistrée sur un site web en libre accès (Clinical trial) avant l'inclusion du 1er patient dans cette étude sous le numéro NCT03390829.

RÉSULTATS

1. Description de la population

1.1. Médecins

Les caractéristiques des 10 médecins interviewés, sont répertoriées dans le tableau I. La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes 9 secondes (minimum 16'39 - maximum 46'22)

Tableau I : Caractéristiques des médecins

SEXE	AGE	SECTEUR	CABINET	ENSEIGNEMENT	AFFILIATION A UN RESEAU D'ADDICTOLOGIE	PROXIMITE D'UN CENTRE D'ADDICTOLOGIE	DUREE ENTRETIEN
F	31	Urbain	Groupe	Aucun	Non	Oui	16'39
F	34	Rural	MSP	Aucun	Non	Non	27'58
F	45	Urbain	Groupe	MSU et formateur	Oui	Oui	41'42
F	47	Urbain	Groupe	MSU	Oui	Oui	39'08
M	31	Urbain	Groupe	MSU et formateur	Non	Oui	43'59
M	32	Urbain + Rural	Groupe	MSU	Non	Oui	22'24
M	36	Semi-rural	Groupe	MSU	Non	Oui	33'08
M	58	Urbain	Individuel	MSU	Arrêtée	Non	30'42
M	58	Urbain	Individuel	Formateur	Oui	Oui	46'22
M	63	Urbain	Groupe	Formateur	Non	Oui	29'08

1.2. Patients

Les caractéristiques des 9 patients interviewés, sont répertoriées dans le tableau II. Un patient a finalement refusé l'entretien. La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes 7 secondes (minimum 17'33 maximum 37'42).

Tableau II : Caractéristiques patients

SEXE	AGE	SITUATION FAMILIALE	LOGEMENT	CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (NOMENCLATURE PCS)	TSO	DUREE ENTRETIEN
F	33	Célibataire	Location	Profession intermédiaire	Buprénorphine	33'50
M	25	Couple, sans enfant	Location	Ouvrier	Subutex	23'34
M	33	Célibataire, sans enfant	Location	Ouvrier (demandeur d'emploi)	Méthadone gélule	34'09
M	39	Séparé, avec enfant	Location	Artisan (demandeur d'emploi)	Buprénorphine	33'08
M	40	Célibataire, avec enfant	Location	Employé (demandeur d'emploi)	Méthadone sirop	17'33
M	50	Séparé, avec enfant	Location	Ouvrier	Subutex	33'31
M	50	Couple, avec enfant	Propriétaire	Profession intermédiaire	Buprénorphine	37'42
M	53	Séparé, avec enfant	Location	Commerçant	Buprénorphine	25'36
M	59	Couple, avec enfant	Location	Ouvrier	Subutex	23'03

2. De la construction de la consultation à l'expérience de la relation

2.1. La consultation de suivi du patient sous MSO, une consultation singulière

En dépit du cadre réglementaire imposé pour ces consultations, une certaine souplesse semblait naître dans leur réalisation. La consultation de suivi paraissait adaptable, en fonction des attentes des protagonistes. Le contenu de la consultation dépendait de la disponibilité du médecin et du patient : « *on sent que c'est pas le jour où on peut discuter parce qu'il y a d'autres problématiques, parce que l'un ou l'autre est pressé* » (M8), mais également de l'état psychique du patient : « *Après... un peu si la personne je la sens... comment dire, ouverte* » (M6). La durée des consultations était variable. L'état psychique du patient était souvent le facteur principal qui influençait la durée des consultations : « *Quelques fois si ça va, c'est très rapide ou (...) jusqu'à une heure...* » (P4). Et même si les consultations étaient courtes, il était laissé au patient la possibilité de s'exprimer : « *je sais que voilà si j'ai vraiment besoin de parler de quelque chose bah j'lui en parle* » (P3). Les

sujets de discussion étaient proposés au patient et une évolution était possible : *« je n'étais pas l'interlocuteur choisi pour pouvoir en parler (...) Je crois que c'est très important (...) de pas aller plus loin qu'il ne faut, quoi. »* (M4)). Enfin, la contrainte réglementaire de la prescription du MSO jouait un rôle dans la variabilité des consultations. Même si le rythme était imposé par le cadre légal, la fréquence des consultations permettait de ne pas tout aborder à toutes les consultations.

Cette consultation différait aussi de la plupart des consultations de médecine générale dans son déroulement. L'examen physique, souvent non systématique, y occupait fréquemment une place particulière. L'intérêt de l'examen physique était parfois de faire le point sur l'état de santé global du patient comme le poids, reflet de l'état de santé : *« le poids est un élément, pour moi, important de « comment ça va » »* (M4), parfois de suivre une comorbidité. Il a été décrit dans plusieurs entretiens comme un moment important de la consultation, tant dans sa réalisation que dans son objectif. L'examen physique était prudent *« Bon après, on sent qu'il y a des jours où, voilà, faut peut-être pas faire ça aujourd'hui... »* (M6). L'examen physique devenait parfois un temps central de la consultation et pouvait avoir des intérêts multiples autre que la recherche de signes physiques spécifiques, il pouvait être un moment d'échanges approfondis : *« quand on passe de l'autre côté, (...) y'a encore un peu plus de confidentialité »* (M5), l'établissement d'un contact, d'une proximité ou encore la recherche d'une souffrance non exprimée verbalement : *« de choses même chez le malade stabilisé, qui vont s'exprimer par le corps »* (M4). Autre moment important abordé dans les entretiens, le temps de rédaction de l'ordonnance était parfois prioritaire, parfois anecdotique. Il pouvait parasiter certaines consultations. Il renvoyait aussi à ce qui était prioritaire dans la consultation : le traitement ou l'échange ? Il pouvait être vécu par certains comme un temps de paperasse encombrante : *« mais ce sera à la fin. C'est comme la carte vitale. On s'occupe d'abord d'eux et après on fera la paperasse »* (M1.) Il pouvait parasiter

certaines consultations en étant source d'une certaine pression pour le patient : « *pour certains patients, une fois que l'ordonnance est faite, le plus dur est fait !* » (M6). Parfois la consultation était construite et ritualisée autour de cette ordonnance, dont la récupération était l'objectif principal de la consultation.

2.2. Le médecin et le patient occupent une place particulière pour l'autre

Pour les patients, une image positive du médecin était très souvent véhiculée par l'utilisation d'un vocabulaire mélioratif très présent. Les adjectifs étaient multiples : « *humain* » (P1, P4, P7, P8) « *rassurant* » (P6, P7), « *soutenant* » (P3, P5), « *notoriété* » (P5), « *très investi* » (P5), « *sauveur* » (P4, P8), « *supériorité par rapport aux autres* » (P4), « *unique* » (P5), « *admiration* » (P4), « *incite au respect* » (P5), « *disponible* » (P1, P7), « *aide à se reconstruire* » (P6), « *conseiller conjugal* » (P1), « *à l'écoute* » (P5), « *non jugeant* » (P4, P5). L'estime du médecin était importante, comme par exemple : « *il a été bon, il m'a. Moi je... Rien à redire quoi* » (P2) ou « *Et le médecin est lucide, voilà il écoute, il sait tout, j'aime bien cet homme, j'ai un grand respect pour cet homme-là. Un grand respect.* » (P8). L'image de leur médecin contrastait avec l'image négative de médecins dealers : « *C'est sûr, j's'rais tombé sur un (...) qui donne les subutex comme ça (...) ça aurait pas marché quoi.* » (P4).

Les patients se projetaient parfois à la place de leur médecin et reconnaissaient un rôle difficile, pourvoyeur d'un certain respect : « *C'est compliqué hein moi j'me mets à sa place c'est pas facile.* » (P2) ou encore : « *C'est pour ça j'pense que c'est métier dur hein celui-là...* » (P5). Pour la plupart des patients, le statut de médecin généraliste était facilitant pour l'échange et l'accompagnement, du fait d'une bonne connaissance de l'entourage : « *je pense que c'est bien que ça soit le cas pour un médecin de famille, ...* » (P8), d'un suivi de longue date : « *le fait que ça soit le médecin généraliste, ça me permet d'avoir un suivi... En quelque sorte sur le long terme* » (P1) ou d'une prise en charge plus globale : « *On est dans*

un... dans un cadre où vous êtes chez votre médecin euh... traitant... qui va avoir une demi-heure à vous consacrer voire ¾ d'heure si jamais ça va pas mieux » (P2). Pour d'autres, la connaissance de l'entourage pouvait être un frein au suivi par ce médecin généraliste : « ça m'aurait gêné de voir un médecin qui connaisse aussi ma famille » (P6). Par ailleurs, pour certains, la médecine générale n'était pas adaptée pour l'accompagnement initial d'un patient addict mais plutôt comme un relais après une structure.

Du côté des médecins, le patient occupait aussi une place singulière. Pour certains, il existait une volonté de considération et de prise en charge comme tout patient de sa patientèle : *« Et là, on est vraiment, (...) chez un patient ... comme les autres, voilà et qui s'inscrit dans un cadre de suivi... comme les autres. » (M3). En revanche, alors qu'ils souhaitaient l'accueillir comme un patient lambda, ils pouvaient aussi témoigner d'une attention particulière paradoxale à ce patient ex-toxicomane, considéré comme une personne fragile, dès la salle d'attente : « très souvent, j'ai un petit geste (...) pour dire que je l'ai repéré » (M4). D'autre part, les médecins se sentaient affectés par les histoires personnelles souvent compliquées de ces patients : "certaines histoires me touchent (...) il y a quand même quelque chose qui se passe, d'un humain à un autre humain " (M4). Enfin, il s'agissait, pour certains médecins, d'un patient unique, et dont la relation simple contrastait avec celle plus complexe d'autres patients.*

2.3. Enjeux de la construction de la relation médecin-patient

Les consultations de suivi étaient à l'origine d'un lien fort entre le médecin et le patient. Les binômes décrivaient une bonne connaissance mutuelle : *« J pense que c'est la personne qui me connaît le mieux » (P4). Certains parlaient même d'une relation devenue presque amicale : « enfin je dis pas que le docteur est mon meilleur ami, mais (...) j le vois comme une personnalité amicale » (P4). Un climat favorable semblait être présent très rapidement : « on a un feeling qui fait que... on puisse être à l'aise, on puisse parler de tout » (P1).*

Certains médecins, paraissaient sensibles à la personnalité de leur patient : « *c'est des tempéraments que j'aime bien* » (M9). Certains binômes partageaient un outil commun, comme la méditation dans le binôme 4 ou pouvaient échanger sur des anecdotes personnelles donnant une impression de complicité entre deux personnes : « *On a traversé pas mal de tempêtes avec le docteur.* » (P4). Cette connaissance de l'autre créait un lien affectif qui pouvait parfois mettre en difficulté le médecin soit sur son statut de professionnel : « *je me demandais si y'a pas une histoire de (...) dépendance affective, y (...) je tolérerai chez lui des choses que je tolérerai pas chez d'autres patients (...) Et j'me suis interrogé sur ce que ça me faisait aussi d'accompagner ce jeune.* » (M1), soit en ayant une charge émotionnelle forte : « *Des fois, (...) ça peut être émotionnellement un peu... chargé* » (M5) ou encore « *une fois qu'ils sont partis, (...) c'est difficile quelquefois de ne plus y penser* » (M4).

L'instauration d'une relation de confiance était décrite par tous les couples. On observait également la construction d'une « *relation transversale de collaboration* » (M4), d'une « *alliance* » (M5), avec comme objectif d' « *avancer conjointement* » (M3). La relation semblait évoluer au cours du suivi. Une diminution de vigilance était parfois évoquée par certains médecins et certains non-dits apparaissaient par impression de compréhension non verbale : « *maintenant, (...), il sait* » (P5). L'accès progressif à des échanges de fond étaient un des enjeux exprimés par les médecins : « *besoin de temps pour arriver à exprimer les choses* » (M4) ou encore « *sa famille et comment il a grandi, je n'y ai pas accès encore... encore... peut-être ça viendra.* » (M5)

Enfin, il ressortait des entretiens une satisfaction globale de cette relation. La relation était mutuellement décrite comme agréable et simple. Du côté des médecins, leur satisfaction était plutôt liée au ressenti d'un suivi utile et convenant aux patients. Pour autant, cette relation pouvait aller chercher leurs limites : « *des fois, on va être dans l'injonction*

paradoxale (...) et c'est en ça, qu'il faut accepter d'être un peu créatif, d'être un peu, ça peut bousculer notre propre personnalité » (M5). Quant aux patients, la relation était systématiquement appréciée : « voilà, le si peu qu'j'ai au fond du cœur et bah j'lui en parle un p'tit peu et puis après, dès que j'sors du cabinet bah j'suis heureux. j'veux dire c'est vrai bah après j'suis bien. » (P3).

3. Typologie de la relation médecin-patient

Les analyses des entretiens médecin-patient ont permis de repérer différents types de relation. 6 couples sur 10 s'inscrivaient dans une approche centrée patient, 2 couples présentaient un ancrage plutôt biomédical et 2 situations présentaient des caractéristiques atypiques mêlant des éléments des deux types précédents.

3.1. Type I – une relation où le médecin est attentif à une prise en charge globale biopsychosociale dans une approche centrée patient et le patient, partenaire de la décision médicale

Les consultations de suivi permettaient une évaluation globale de l'état de santé des patients : « *je pense que notre rôle de... de médecin c'est pas uniquement de délivrer un médicament, c'est en effet de...(...) de les accompagner* » (M8). On pouvait entendre au sein d'un même couple : « *ce que j'attends dans le suivi, c'est (...) pas seulement un suivi technique mais un suivi global* » (P4) et « *je m'intéresse à son état... émotionnel* » (M4). L'accompagnement psychique occupait une place importante. Par exemple : « *ce qu'a le plus compté généralement, c'est plus un suivi psychologique au final hein euh... plus que (...) la question du traitement* » (P1). Le MSO n'était pas au centre des consultations : « *la question du renouvellement du traitement, elle se pose à la fin du rendez-vous généralement. On n'en parle pas énormément* » (P1). Leur contenu était souvent en lien avec les problématiques du moment apportées par le patient, dans un espace de parole libre placé au début de la consultation. En miroir, on pouvait entendre : « *je pars toujours de ce*

qu'ils emmènent, on parle pas du tout de 'le pourquoi ils sont là' » (M6) et « On a pas mal parlé de mes soucis avec le travail, des soucis en général que je peux avoir » (P6).

Les consultations étaient souvent longues, le médecin était attentif à maintenir un climat de la consultation favorable à des échanges pour que le patient puisse s'approprier la consultation : *« C'est un temps de parole pour lui en fait. » (M6)*. On notait également une grande flexibilité de la durée mais aussi de la fréquence selon la demande du patient tout en tenant compte des possibilités organisationnelles du médecin : *« Y a eu toute une période où il était très en demande qu'il soit vu régulièrement donc euh... grande difficulté euh surtout sur le plan psychologique pas tellement sur le traitement » (M1)* avec en miroir : *« C'était une période où j'étais pas bien du tout, en fait au début, un suivi très rapproché, c'est-à-dire que je le voyais une à deux fois par semaine. » (P1)*

L'alliance thérapeutique était centrale dans la réussite du suivi et les décisions médicales étaient prises conjointement : *« on trouve la solution ensemble. » (P8)*. L'investissement du médecin et du patient dans ces consultations était important et reconnu par l'autre. Par exemple : *« quand on fait ce petit pas de côté et qu'on regarde avec perspectives en fait... on se dit "bah, voilà, ce sont des gens qui avancent" (M5) et « là franchement limite c'est du bénévolat quoi, ils sont payé mais bon pour faire un boulot comme ça ils sont quand même actifs quoi » (P5)*. Cet investissement et ce partenariat étaient source de satisfaction des deux côtés et le suivi était ressenti comme confortable et agréable. Il semblait nécessaire pour le suivi de créer un lien, une accroche *« peut-être que mon attente, elle est là. C'est : est-ce que ça va marcher entre nous ou pas ? » (M4)*. Le « prendre soin de l'autre » était présent tant du côté du médecin : attention particulière en salle d'attente, disponibilité des rendez-vous, volonté d'instauration d'un climat favorable aux échanges, que du côté du patient : volonté de ne pas le décevoir *« On a pas envie de la décevoir quoi non plus » (P5)*, mise à la place du médecin et reconnaissance d'un rôle difficile *« j'imagine à quelles*

difficultés il est confronté donc euh faut pas en rajouter quoi. » (P4). Même si le lien semblait fort, l'intervention d'un tiers et le travail en équipe paraissaient importants.

Le duo médecin-patient définissait la notion de stabilité, au-delà de sa composante biomédicale, comme un état d'équilibre biopsychosocial : *« Je pense que c'est pas seulement que ça tombe pile sur les 28 jours je crois que c'est plutôt un état général quoi » (P8), ou : « La stabilité, je pense que pour moi, c'est de savoir que sa vie s'est recentrée sur autre chose que sur le produit en fait... » (M6).*

3.2. Type II – une relation technique biomédicale où le patient est consommateur de soins et le médecin, prescripteur d'une offre de soins médicamenteux

Au sein des consultations, le MSO occupait une place centrale et la rédaction de son ordonnance était un des éléments essentiels. Une certaine ritualisation des consultations étaient ressenties par les patients : *« Il prend ma carte vitale, il prend mes sous, il m'fait mon ordonnance et puis je pars » (P3).* Les consultations étaient ressenties comme courtes et les échanges entre le patient et le médecin tournaient principalement autour des produits : modalités de prise du MSO, posologie et possible diminution du traitement, reconsommation de produits « illicites ». L'objectif à court et à long terme du suivi était la diminution puis l'arrêt du traitement. Par exemple : *« je vais lui reparler surtout euh ... d'une possible baisse du traitement de substitution (...) Et cette question, je pense qu'elle sera reposée euh... plusieurs fois à plusieurs consultations » (M2).* Alors que les médecins avaient l'impression que tous les sujets pouvaient être abordés en consultation, les patients semblaient répondre aux questions essentiellement dans le but de récupérer une ordonnance et non dans celui d'y percevoir un intérêt dans leur accompagnement. Par exemple, on pouvait entendre en miroir : *« les sujets sont ouverts, c'est facile d'en parler. Donc, y'a vraiment pas de refus de discussion, et ça me semble clair, posé. (...) On peut tout*

aborder » (M3) et « I : Et de quoi parlez-vous au moment de ces consultations à part de l'ordonnance ? P : Rien du tout. Comme j'veus ai dit on en a pour 5 minutes (...) » (P3) et également, « dans cette consultation là c'qui c'qui nous reste c'est un peu euh... le produit quoi. Je viens chercher le produit. (...) Nous, on s'voit tous les 28 jours donc au bout d'un moment euh...on n'a pas... grand-chose à s'dire quoi... » (P2). D'autre part, ces consultations étaient souvent perçues comme un suivi contraignant : « Tous les mois, vous êtes obligés d'aller au médecin, (...) Encore et toujours. Un produit. Donc c'est... Voilà, c'est quand même chiant » (P2). Dans ces duos médecin-patient, la relation semblait déséquilibrée. Le patient se plaçait dans une position dominante, à la fois en tant qu'expert grâce à ses expériences addictologiques antérieures et en tant que client disposant d'un certain pouvoir sur le médecin : « si j'vois qu'il veut pas bah j'changerai d'médecin. Il perdra un client, ce sera son problème » (P3). L'asymétrie pouvait également découler de l'attitude du médecin, celui-là se considérant comme incompetent : « Je dirai que je me considère comme très mauvais ! (...) par manque de temps, par manque de ... euh ... certainement de formation, d'ouverture d'esprit » (M2). D'autre part, le médecin était contraint de rester dans une position d'observateur. Sa passivité pouvait découler du positionnement du patient refusant l'alliance thérapeutique : « moi j'fais toutes mes démarches tout seul. (...) J'ai envie d'le faire de moi-même. J'ai besoin de personne pour m'aider » (P3).

Les médecins ne s'autorisaient pas à évoquer des sujets non abordés par le patient lui-même : « il me parle jamais de sa vie privée en fait, (...) j'ai pas parlé d'alcoolisation, non plus » (M2) Pour autant, l'approche biomédicale de la relation semblait plus subie que choisie. L'enjeu prioritaire paraissait être ici le lien avec le soin. Les médecins percevaient l'importance d'une dimension plus globale mais dont la mise en pratique ne leur semblait pas possible au sein de leur exercice. Dans les témoignages des duos, l'importance d'un suivi psychologique ressortait. Pour autant, le cabinet de médecine générale n'était pas perçu,

d'un côté comme de l'autre, comme le lieu adéquat : *« l'addictologie, c'est pas que le produit, c'est aussi des choses sur le ressenti du patient, (...) enfin, c'est une attitude d'écoute... empathique. (...) Je considère que l'addictologie, c'est une spécialité à part entière qui est faite pour des personnes qui vont travailler dans des structures, (...) un généraliste libéral addictologue, je suis sceptique. »* (M2) et *« l'médecin généraliste, je pense que en ça, c'est un p'tit peu court (...) C'est que le médecin lui, il a pas la capacité à... à... à gérer vraiment votre mal... votre mal-être. »* (P2).

Enfin, la notion de stabilité était, pour les deux protagonistes de la relation, liée à des données biomédicales : *« La notion de stabilité, c'est normalement la prise d'un médicament de substitution qui permet une absence totale de consommation de produits illicites à côté (...) »* (M2) et *« j'suis quand même stabilisé oui. Ça fait 3 ans qu'j'ai rien repris quoi »* (P2)

3.3. Type III – une relation particulière dont l'équilibre paraissait fragile et les ressentis médecin-patient discordants

De ces entretiens, ce sont les discordances qui apparaissaient les plus frappantes tant sur le contenu des consultations que sur des notions telles que la stabilité. Ce type nous paraissait apparaître dans deux situations : un duo où le patient ne se considérait pas comme stabilisé et après un entretien médecin seul, dont le patient avait finalement refusé l'entretien.

Du point de vue « médecin », la relation semblait simple mais précaire, c'est-à-dire qu'il existait une crainte de rompre un équilibre fragile avec un patient stabilisé sans questionnement annexe au renouvellement du MSO. Les médecins avaient une volonté de dépasser l'approche biomédicale centrée sur l'addiction et le traitement. Pour autant, ils craignaient en s'aventurant dans la sphère psychosociale, de perturber la relation actuelle et de déstabiliser le patient sur le plan addictologique. L'instabilité du patient était redoutée du médecin : *« je me sentirais pas à l'aise, je pense, dans cette situation en fait d'un patient qui est déstabilisé »* (M7). Par peur d'être trop intrusif, l'initiative des sujets abordés étaient

laissés au patient. Les médecins se jugeaient incompetents par rapport aux connaissances pratiques des patients : « *Je connais peu de choses, en fait je me base beaucoup sur ce que me dit le patient (...), c'est assez empirique* » (M7). Le MSO n'était pas le centre de la discussion plutôt par méconnaissance : « *je me sens pas encore assez à l'aise par rapport à ça mais ça pourrait être une documentation, une recherche* » (M7). A l'inverse, du point de vue "patient", la relation semblait basée sur un partage d'expertises, celle du patient liée à ses expériences addictologiques antérieures et celle du médecin due à ses compétences théoriques biomédicales : « *Moi je parle d'un sujet qu'je prends. De la coke j'en prends depuis l'âge de 14 ans j'en ai tout le temps pris, toute ma vie j'en ai pris. Je sais ce que c'est. Mais le médecin il... il a jamais goûté, il a fait des études, il connaît l'organisme, le corps humain... Mais le truc en lui-même, le film il l'a pas vu quoi.* » (P7). D'autre part, le patient notait l'importance d'un rapport hiérarchique : « *Il faut qu'il y ait quelqu'un du métier justement qui t'autorise à prendre quantité et pour qui pour quoi. Ca se prend pas n'importe comment.* » (P7). Aussi, le médecin généraliste apparaissait comme l'interlocuteur idéal pour le suivi : tous les sujets pouvaient être abordés, et les consultations faisaient l'objet d'une évaluation globale de l'état de santé du patient : « *Bah il m'a posé beaucoup de questions, comment je réagissais, quels effets ça me faisait quand j'en prenais... on a bien parlé ensemble* » (P7). Le patient ressentait un attachement au médecin lié à un sentiment de sécurité.

De part et d'autre, la notion de stabilité était définie comme biomédicale pure, s'appuyant sur l'arrêt des consommations et sur l'absence de modification du MSO : « *le fait qu'(...) y'est pas de changement de dose, enfin qu'il soit stable et surtout qu'il y ait pas de... euh... de prise en fait de ... de ... de drogues* » (M7) et « *Non je ne pense pas qu'il me considère encore comme stabilisé (...) moi je le ressentirai aussi moi j'irai plus le voir. C'est*

que j'en aurai plus besoin quoi. Donc c'est pas demain la veille à mon avis. (...) j'aime le produit voilà, le problème est là certainement. » (P7)

3.4. Des similitudes entre les typologies

Dans les différents entretiens, il n'y avait pas de consensus sur la définition de stabilité. Le patient choisi semblait être un patient qui ne remettait pas en question le savoir ou le « pas » savoir du médecin, et qui ne mettait pas ou peu le médecin en difficulté dans l'espace relationnel qu'il voulait occuper. La stabilité paraissait être le reflet d'une forme d'équilibre dans le ressenti de la relation médecin-patient.

Même si les types de relation étaient très différents, les attentes des deux protagonistes étaient concordantes au sein d'un même binôme, tant sur l'investissement souhaité, que de l'apport de l'un et l'autre dans le suivi. Ainsi, le suivi proposé semblait ajusté aux demandes, d'où découlait une satisfaction globale de la relation établie.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'étude identifiait chez les duos médecins-patients l'existence d'une relation particulière dépassant le cadre médical et aboutissant à la construction d'un lien affectif fort. D'autre part, la notion de stabilité semblait associée à l'existence d'une concordance des attentes au sein des binômes indépendamment des types relationnels, aboutissant à une relation équilibrée perçue comme satisfaisante.

1. Au-delà de la relation soignant-soigné, une rencontre d'homme à homme

La relation de soin possède de nombreuses définitions. Au-delà de la relation médecin-patient régie par les principes hippocratiques, elle peut apparaître, pour certains, comme la rencontre de « *deux constellations de liens* » : le patient et son environnement, le soignant et son réseau (9). Pour d'autres, elle peut être comprise comme une rencontre entre quatre personnes : d'un côté, la rencontre du patient et du médecin dont les relations sont codifiées et les affects tempérés et de l'autre celle de deux individus dont les relations sont hasardeuses et laissent transparaître un lien d'intimité (10). Laissant de côté la relation soignant-soigné, G. Duhamel évoque finalement l'idée d'un « *colloque singulier* » ; singulier au sens « *d'un acte d'homme à homme* » (11).

Dans notre étude, l'histoire des duos médecin - patient se construisait comme celle d'un couple : choix initial du médecin, phase d'apprivoisement de l'autre puis établissement d'un lien affectif fort. L. Velluet propose de lire cette rencontre singulière au travers de l'éclairage psychanalytique. Dans la mesure où patients et médecins généralistes se choisissent librement, la rencontre semble nécessairement déterminée « *par les ressemblances avec les circonstances anciennes et les images inconscientes conservées par les uns et les autres* »(12). Au fil du temps, toute variation d'un des deux protagonistes semble impacter

l'autre : « le changement du patient, la variation de distance dans la relation dont il a été amené à prendre l'initiative, ont leur origine très vraisemblablement dans un mouvement symétrique chez le médecin » (12). Pour comprendre les raisons de cet ancrage affectif fort, il semble intéressant de se rappeler que cette étude s'intéressait au suivi des patients addicts. Appuyées sur la théorie de l'attachement de Bowlby, différents auteurs ont décrit l'addiction comme la recherche du comblement d'un vide affectif (6). *« La dépendance addictive peut avoir pour visée première l'affranchissement vis-à-vis d'une dépendance affective »* apparaissant comme insupportable car renvoyant à l'insatisfaction d'un besoin relationnel et à un sentiment d'insécurité (13). Lorsque ce vide n'est plus comblé par le produit, une autre forme de dépendance se crée, celle au médecin : *« Même dans le cadre d'une prescription, s'il est toujours difficile de substituer les effets magiques des drogues, il est opportun d'insister sur la place incontournable du transfert (qui) peut lui aussi faire substitution et venir révéler et nouer un lien de dépendance à un autre » (14).* La position du médecin évolue, il n'est alors plus seulement médecin prescripteur mais peut être l'objet des motions affectives du patient.

2. Une relation dans laquelle chacun occupe une place déterminée

Parmi nos présupposés de recherche, figurait l'hypothèse d'une relation évolutive dans le temps. Dans l'étude, même si des évolutions étaient décrites dans le contenu des consultations, la représentation de l'autre changeait très peu et chacun occupait une place définie pour l'autre dès la rencontre. A l'image du triangle dramatique de Karpman, le patient est victime du produit persécuteur et le médecin tient le rôle de sauveur. L'addiction comme expression d'un trouble de l'attachement fait sens dans le maintien du patient dans ce rôle de victime (6). Dans une étude menée par Gilchrist, comparant le plaisir et l'intérêt à travailler auprès de certaines catégories de patients, les patients addicts représentent la

population la moins « *désirable* » pour les soignants (15). Différents auteurs ont décrit l'importance des représentations sociales sur le regard des soignants dont les médecins généralistes envers les personnes addictes (16), (9). En rapport avec cette image d'un patient « moins désiré » ou victimes de représentations négatives, L. Velluet parle de piège de la régression : *« le praticien (...) dont on peut discuter la nature névrotique de son penchant humanitaire, tombe d'autant plus facilement dans le piège de cette relation de facilité qu'elle est pour lui valorisante. L'image du bon docteur au service des pauvres lui confère dans la réalité une puissance indéniable.(...) Elle interdit aussi bien aux patients qu'à lui-même toute évolution vers un comportement mature et une indépendance sociale »* (12).

Dans l'étude, malgré une volonté d'intégrer le patient addict à la patientèle de médecine générale, il ressortait une difficulté à le considérer comme un patient souffrant d'une pathologie chronique « lambda ». L'absence d'objectifs clairs de suivi participerait-elle à cette singularité du suivi des patients addicts ? Pour P. Ventrou, sa responsabilité est *« d'accueillir la personne dans un climat de sécurité technique et psychologique »* (17), psychologique au sens d'écoute et de disponibilité, technique au sens d'encadrement de la prescription du MSO et de réduction des risques. La réduction des risques comme objectif de suivi permettrait-elle de faire évoluer la relation ?

3. Des vécus relationnels satisfaisants

Dans notre étude, le patient perçu par le médecin comme stabilisé semblait permettre un suivi global « simple », un vécu équilibré et confortable de la relation de soin. Les définitions de stabilité étaient variées ; pour autant, toutes les personnes interviewées faisaient un parallèle entre la notion de stabilité et un MSO à peu près stable dans sa prescription. La stabilité du MSO serait-elle le prérequis à ce type de relation ? D'après C. Chevalier, la substitution médicamenteuse, ayant pour objectif premier d'éviter les symptômes de

manque, est un prérequis à la prise en charge du patient. Ainsi, ce n'est qu'une fois le traitement équilibré qu'il serait possible de s'intéresser à la relation de soin. Le suivi global individualisé et évolutif pourrait alors se construire notamment dans ses dimensions psychologique et socio-éducative (18). Cette notion est également décrite par O. Thomas, « *les MSO par leur action apaisante et par la continuité qu'ils instaurent dans les prises en charge ont pacifié la relation des soignants avec les toxicomanes et permis une rencontre au-delà de l'addiction* » (14). Une approche sociologique éclaire aussi cette notion : « *c'est lorsque la prescription n'est plus problématique que le toxicomane devient un patient de la médecine générale puisque les consultations ne sont plus centrées sur le traitement* ». En conséquence, le suivi n'est envisageable que lors du stade de « routinisation » de la prescription (4).

De notre étude, ressortait une concordance des attentes du couple médecin-patient, quel que soit le type relationnel. Cette concordance aboutissait à une sensation réciproque de satisfaction et également à une notion de plaisir lors des rencontres. La satisfaction est décrite comme une « *expérience émotionnellement agréable* » (19). Pour les médecins généralistes, la littérature montre principalement une satisfaction concernant le domaine professionnel, se résumant souvent à comprendre et répondre aux attentes des patients. Pour 30% des patients, la satisfaction globale est liée à une empathie et une écoute du médecin (20) et à l'origine d'une meilleure adhésion thérapeutique. D'autre part, il est décrit une « *relation positive cohérente et significative entre la continuité interpersonnelle des soins et la satisfaction du patient* » (21). Dans un article sur l'amélioration des soins primaires, la continuité relationnelle est décrite comme un engagement dans la relation, un soutien des soins permettant d'établir un lien entre la continuité informationnelle (vécu, histoire du patient) et la prise en charge. Elle est « *construite conjointement entre les patients et les*

professionnels des soins primaires, et concerne l'adoption d'une responsabilité partagée visant à comprendre le patient, à communiquer avec lui et à répondre à ses besoins »(18) .

4. Forces et limites de l'étude

L'originalité de ce travail tenait à la réalisation d'entretiens en miroir de médecins et de patients, permettant de recueillir le vécu des deux protagonistes engagés dans la relation. Les modalités de recrutement ont permis d'obtenir l'échantillonnage en variation maximale escompté. Pour autant, les médecins acceptant de participer pouvaient avoir un intérêt particulier pour les problématiques d'addictologie, certains pouvant même être connus des chercheurs. La réalisation des entretiens d'un même duo médecin-patient par deux chercheurs différents permettait de ne pas influencer l'autre entretien. Dans la mesure où il s'agissait du premier travail d'analyse qualitative des deux chercheurs, le manque d'expériences dans la réalisation des entretiens a pu limiter ou influencer les réponses des personnes interviewés. De plus, la position de médecin généraliste a pu influencer les réponses, malgré une attention particulière et exprimée de non jugement et de confidentialité. Par ailleurs, le double codage en ouvert a permis la triangulation des données, tandis que l'analyse en deux temps (entretiens pris individuellement, puis analyse par duos médecin-patient) en a renforcé la profondeur. Les 19 entretiens ont permis d'atteindre la saturation des données. Enfin, l'écart entre les résultats obtenus et les présupposés de recherche permettait de confirmer le caractère inductif du travail.

5. Perspectives

L'Approche Centrée Patient a été largement abordée au cours des entretiens et trouve un intérêt évident dans la prise en charge des patients addicts. En partant du constat d'une relation particulière avec ces patients et de l'attention importante qui leur était portée, il est

possible de s'interroger sur la difficulté d'intégration de ces patients dans un suivi global de médecine générale. La satisfaction d'avoir trouvé un équilibre dans la relation semble être responsable d'une certaine forme d'inertie. La progression de la relation de soin passe peut-être par une réflexion sur l'évolution du rôle du patient mais surtout de celui du médecin. Ces pistes de réflexion permettent d'ébaucher plusieurs propositions visant à redynamiser la relation :

- Examiner physiquement le patient pourrait être un moyen de réintégrer des données plus biomédicales dans la relation de soin. Il semble aussi pouvoir permettre un lien pour aborder des sujets nouveaux ou rarement abordés.
- Aborder de nouvelles problématiques telle que la réduction des risques pourrait peut-être rendre service au suivi en procurant la satisfaction d'une consultation moins routinière.
- Redéfinir à certains moments du suivi, un objectif commun au patient et au médecin autour du MSO, sans que ce ne soit nécessairement l'arrêt, pourrait peut-être permettre de faire évoluer la relation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ramirez-Jonville A. Toxicomanies : la politique de réduction des risques en France et en Espagne. La Presse Médicale. 2006;1151-61.
2. Tableau de bord TSO - OFDT 2015 [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO150625.pdf>
3. Gibier L. Prises en charge des usagers de drogues. Paris: Doin Editions; 1999. 341 p.
4. Dassieu L. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale: les appropriations d'une politique publique [Internet] [phdthesis]. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II; 2015 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01254879/document>
5. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des TSO. HAS 2004 [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf
6. Thevoz G. Attachement, addictions quels liens ? Dépendances [Internet]. oct 2013 [cité 9 févr 2017];(50). Disponible sur: <http://www.grea.ch/publications/2attachement-addictions-quels-liens>
7. Lourdais-Martineau A. Attentes et représentations des patients usagers ou ex-usagers d'opiacés, concernant les médicaments de substitution aux opiacés: étude qualitative auprès de 12 patients suivis en cabinet de médecine générale, en Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.
8. Ben Chamakh N. La relation médecin-malade: expériences et point de vue des patients toxicomanes suivis en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
9. Reyre A. L'inquiétude des soignants en addictologie: entre défiance et amour, une dynamique éthique et clinique de la relation de soin [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris-Sud; 2015.
10. Ruszniewski M, Zittoun R. Face à la maladie grave: patients, familles, soignants. Paris, France: Dunod; 2014. x+206.
11. Duhamel G. Paroles de médecin. Monaco, France: Ed. du Rocher; 1944. 61 p.
12. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore. Editions L'Harmattan; 2005. 268 p.
13. Brusset B. Dépendance addictive et dépendance affective. Revue française de psychanalyse. 2004;68(2):405-20.
14. Thomas O, D'Antuono M, Védie C. Prise en charge psychothérapique et traitement de substitution. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2006;164(3):215-9.



15. Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*. 1 juin 2011;106(6):1114-25.
16. Jacka D, Clode D, Patterson S, Wyman K. Attitudes and practices of general practitioners training to work with drug-using patients. *Drug and Alcohol Review*. 1 sept 1999;18(3):287-91.
17. Ventrou P. Une pratique de TSO en médecine générale et libérale. Le Flyer [Internet]. sept 2009 [cité 18 oct 2018];37. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/buprenorphine-hd/76-addictions-penser-ensemble-les-prises-en-charge/documents-sur-lest-du-val-doise/98-une-pratique-de-tso-en-medecine-generale-et-liberale.html>
18. Chevalier C, Nguyen A. Approche globale du traitement de substitution aux opioïdes. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 oct 2017;56(569):23-30.
19. Kreuwen, A, Bonnet P-A. La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminants. *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. (Exercer 2013;109:196-202.):7.
20. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LÁ, Jaramillo-Martin I. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. janv 2007;22(1):86-91.
21. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. oct 2004;2(5):445-51.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques médecins	8
Tableau II : Caractéristiques patients	9

TABLE DES MATIERES

REPARTITION DU TRAVAIL	1
RESUME.....	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS.....	8
1. Description de la population	8
1.1. Médecins	8
1.2. Patients	8
2. De la construction de la consultation à l'expérience de la relation.....	9
2.1. La consultation de suivi du patient sous MSO, une consultation singulière	9
2.2. Le médecin et le patient occupent une place particulière pour l'autre.....	11
2.3. Enjeux de la construction de la relation médecin-patient	12
3. Typologie de la relation médecin-patient	14
3.1. Type I – une relation où le médecin est attentif à une prise en charge globale biopsychosociale dans une approche centrée patient et le patient, partenaire de la décision médicale	14
3.2. Type II – une relation technique biomédicale où le patient est consommateur de soins et le médecin, prescripteur d'une offre de soins médicamenteux	16
3.3. Type III – une relation particulière dont l'équilibre paraissait fragile et les ressentis médecin-patient discordants	18
3.4. Des similitudes entre les typologies	20
DISCUSSION ET CONCLUSION	21
1. Au-delà de la relation soignant-soigné, une rencontre d'homme à homme	21
2. Une relation dans laquelle chacun occupe une place déterminée.....	22
3. Des vécus relationnels satisfaisants.....	23
4. Forces et limites de l'étude	25
5. Perspectives	25
LISTE DES TABLEAUX	29
TABLE DES MATIERES.....	30
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Notice d'information pour les médecins

N° ID RCB 2017-A01752-51



MSO SuiStab

NOTICE D'INFORMATION POUR LE MEDECIN

Contenu et enjeux des consultations de suivi
des patients sous MSO considérés comme stabilisés :
Témoignages croisés médecins – patients

Promoteur
CHU d'Angers
4 rue Larrey
49933 Angers cedex 9

Investigateur coordonnateur
Nom : Dr BEGUE Cyril
Service: Département de médecine générale
Téléphone : 06 77 81 72 15

Cher confrère,

Dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine, non interventionnelle, promue par le CHU d'Angers et coordonnée par le Dr Cyril Bègue, nous menons une étude s'intéressant aux consultations de suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés que leur médecin généraliste considère comme stabilisés.

Pour mieux appréhender ces consultations de suivi, nous souhaiterions échanger avec vous sur cette question ainsi qu'avec un de vos patients. Pourriez-vous la proposer à vos patients sous MSO que vous considérez comme stabilisés ? Le premier répondant positivement à l'étude sera celui inclus dans l'étude et il sera contacté secondairement par l'une de nous deux.

Au cours de cette étude, votre rôle sera double. Vous serez à la fois « investigateur » de l'étude en recrutant un de vos patients et « interviewé » en participant à un entretien.

Votre entretien se déroulera indépendamment de celui de votre patient, il durera une heure environ dans le lieu de votre choix. Au cours de l'entretien de votre patient, nous lui indiquerons que vous le considérez comme stabilisé.

Votre entretien sera enregistré par l'intermédiaire d'un dictaphone, puis retranscrit. Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite codées. Les données de l'entretien pourront être réutilisées pour des travaux ultérieurs.

Vous êtes libre de refuser de participer à la recherche ou de l'interrompre à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Si vous acceptez de participer à l'étude, merci nous contacter et nous adresser votre CV daté et signé pour que votre rôle d'investigateur associé soit validé par les autorités compétentes du Comité de Protection des Personnes.

Cette recherche sera menée conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs aux recherches impliquant la personne humaine (Article L.1121-1 et suivants et R1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique).

Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-003) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le CHU d'Angers, responsable de la recherche, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » (numéro de déclaration 1985224). Cette recherche est enregistrée sur le registre Commission Nationale Informatique et libertés des « Traitements à finalité recherche ou réalisés dans le cadre de la recherche » du CHU d'Angers (n°1985224).

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide.

Geneviève CHAMBON et Emeline ALLARD

Annexe 2 : CV Abrégé des médecins investigateurs

Nom Prénoms :

Age :

Sexe :

Féminin

☐

Masculin

☐

Fonctions :

- **Activités cliniques :** Médecin généraliste thésé et exerçant dans un cabinet de médecine générale à depuis

Maison de santé pluridisciplinaire ☐

Cabinet médical de groupe ☐

Installation individuelle ☐

- **Activités d'enseignement :**

- **Activités de recherche et publications éventuelles :**

N° RPPS :

N° CNOM :

Affiliation éventuelle à un réseau d'addictologie

CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ☐

Autres (préciser) ☐

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

Courriel :

Date :

Signature :

Annexe 3 : Notice d'information pour les patients



N° ID RCB 2017-A01752-51

MSO SuiStab

NOTICE D'INFORMATION POUR LE PATIENT

Etude MSO SuiStab

Promoteur
CHU d'Angers
4 rue Larrey
49933 Angers cedex 9

Investigateur coordonnateur
Nom : Dr BEGUE Cyril
Service: Département de médecine générale
Téléphone : 06 77 81 72 15

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche appelée : Contenu et enjeux des consultations de suivi des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) considérés comme stabilisés : Témoignages croisés médecins – patients.

Cette recherche ne modifie en rien votre prise en charge et votre suivi habituel, vous trouverez ci-après des informations concernant votre participation à cette recherche.

1. OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Cette étude s'intéresse aux consultations de suivi des patients sous MSO que leur médecin généraliste considère comme stabilisés.
L'objectif de ce travail est de recueillir des témoignages croisés « médecins et patients » sur ces consultations de suivi pour mieux en comprendre le contenu et les attentes du patient et du médecin.

L'étude se fera auprès de médecins généralistes prenant en charge des patients sous MSO considérés comme stabilisés et un de ses patients qui accepte de participer à l'étude.

2. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à cette étude, votre médecin généraliste vous fera signer un formulaire de non opposition puis il transmettra vos coordonnées à l'investigateur coordonnateur.
Vous serez ensuite contacté par un membre de l'équipe coordinatrice de l'étude afin d'organiser un entretien.

Au cours de cet entretien, nous souhaiterions échanger avec vous à propos de ces consultations sur une durée d'une heure environ dans le lieu de votre choix. Votre entretien sera enregistré par l'intermédiaire d'un dictaphone, puis retranscrit. Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite codées sans mention du nom et du prénom.

Un entretien similaire sera réalisé avec votre médecin généraliste.

3. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de refuser de participer à la recherche ou de l'interrompre à tout moment sans avoir à vous justifier et sans aucun préjudice quant à la qualité de votre prise en charge médicale.

Vous pouvez poser toutes vos questions concernant cette recherche, à votre médecin ou à l'investigateur coordonnateur.

A l'issue de la recherche et si vous le souhaitez, votre médecin traitant pourra vous communiquer les résultats de cette étude.

Participer à un entretien peut présenter un risque de déstabilisation : si c'est le cas nous vous invitons à contacter votre médecin traitant afin de lui en faire part.

4. CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche.

A cette fin, les données médicales recueillies, y compris les questionnaires et les données relatives à vos habitudes de vie vous concernant seront transmises au Promoteur de la recherche. Ces données seront identifiées par un numéro. Les médecins et toutes personnes appelées à collaborer à cette recherche sont tenus au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de votre médecin qui vous suit et qui connaît votre identité.

5. PROTECTION DES PERSONNES

Cette recherche sera menée conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs aux recherches impliquant la personne humaine (Article L.1121-1 et suivants et R1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique).

6. AVIS FAVORABLE DU CPP

Le Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée II a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 11/10/2017.

7. CNIL

Cette recherche entre dans le cadre de la «Méthodologie de Référence» (MR-003) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le CHU d'Angers, responsable de la recherche, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » (numéro de déclaration 1985224). Cette recherche est enregistrée sur le registre Commission Nationale Informatique et libertés des «Traitements à finalité recherche ou réalisés dans le cadre de la recherche» du CHU d'Angers (n°1985224).

FORMULAIRE DE NON OPPOSITION PATIENT
Etude MSO SuiStab

Promoteur

CHU d'Angers
4, rue Larrey
49933 Angers cedex 9

Investigateur coordonnateur : Dr BEGUE Cyril

Département de médecine générale de l'UFR Santé Angers-département Médecine
Rue haute de reculée
49 045 Angers

N°investigateur : / / / **Initiales du patient :** / / /
NOM Prénom

Nom du patient :

Prénom du patient :

Adresse :

Date de naissance : / / / / / / / / / /

Docteur :

A :

Tél :

Mon médecin m'a proposé de participer à la recherche clinique MSO SuiStab.

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. Le médecin a répondu à toutes mes questions concernant la recherche. J'ai bien noté que je pourrai poser des questions ou demander des informations complémentaires au médecin qui m'a présenté la recherche.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette recherche. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre et volontaire.

Je peux à tout moment décider de quitter la recherche sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin de l'étude, à l'équipe mandatée par le promoteur ou par les représentants des autorités de santé.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de mon médecin. J'ai été informé(e) de mon droit d'opposition à ce traitement de données à tout moment.

J'accepte le traitement informatisé de mes données codées pour d'autres travaux de recherche ultérieurs pouvant être conduits par les chercheurs du Promoteur et/ou d'autres partenaires publics ou privés, du territoire national ou international.

☐ **oui** ☐ **non**

J'accepte librement et volontairement de participer à ce protocole de recherche **MSO SuiStab**, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai été informé(e) que, conformément à la réglementation sur les recherches impliquant la personne humaine, le CPP Sud-Méditerranée II a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette recherche le 11/10/2017.

Ma non-opposition ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Investigateur		Patient	
Nom, prénom		Nom, prénom	
Date		Date	
Signature		Signature	

Question 1

- Pouvez-vous me raconter, dans le détail, le déroulement d'une consultation avec votre médecin généraliste, concernant le renouvellement de votre traitement de substitution ?

→ Relance : De quoi parlez vous au cours de ces consultations ?

Question 2

- Qu'attendez-vous de votre suivi ?

→ Comment se passe la relation avec votre médecin généraliste ?

Question 3

- Qu'aimeriez-vous qu'il évoque avec vous et qui n'a pas été abordé ?

→ Relance : Y'a t-il des sujets dont vous voudriez qu'il vous parle ou dont vous aimeriez lui parler ?

Question 4

- Savez-vous pour quelles raisons votre médecin généraliste vous considère comme stabilisé ? Qu'en pensez vous ?

Question 5

- Comment est intervenue cette phase de stabilité dans votre parcours en addictologie ?

Et pour terminer

- L'entretien va bientôt se terminer, aimeriez-vous ajouter d'autres éléments ?

- Serait-ce possible que nous complétions ce questionnaire ? Les données seront par la suite également anonymisées.

Question 1

- Pouvez-vous me raconter, dans le détail, le déroulement d'une consultation de suivi avec ce patient sous traitement de substitution aux opiacés que vous considérez comme stabilisé ?

→ Relance : De quoi parlez vous dans les consultations : pourriez vous illustrer par des exemples de questions que vous posez ? Auriez vous des anecdotes : la dernière fois par exemple? Comment se déroule en général ces consultations: durée, examen clinique?

Question 2

- Pourriez vous décrire votre patient?

Question 3

- Qu'attendez-vous du suivi ?

Question 4

- Qu'aimeriez-vous qu'il évoque avec vous et qui n'a pas été abordé ?

Question 5

- En quelques mots, pouvez-vous vous décrire en tant que médecin généraliste concernant votre pratique d'addictologie ?

Question 6

- Qu'évoque pour vous la notion de stabilité ?

→ Relance : La notion de stabilité n'est pas définie strictement par les textes mais laissée à l'appréciation du médecin. Quels sont les éléments qui vous font considérer votre patient comme stabilisé ?

Et pour terminer

- L'entretien va bientôt se terminer, aimeriez-vous ajouter d'autres éléments ?

Annexe 7 : Questionnaire – Données sociodémographiques des patients

MSO SuiStab
N°.....

Age:

Sexe :

Féminin ☐ Masculin ☐

Situation familiale :

Célibataire ☐ En couple ☐
Veuf ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐
Sans enfant ☐ Avec enfant(s) ☐

-

Logement :

En location ☐ Propriétaire ☐
Sans logement fixe ☐ Hébergé ☐

Activité professionnelle :

Traitement de substitution :

Méthadone ☐ Suboxone° ☐
Buprénorphine ☐ Subutex° ☐

Annexe 7 : Accord préalable favorable du CPP Sud Méditerranée II



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

Pierre Henri ROLLAND *Président*
Jean Pierre VIDAL *Vice-président*
Bertrand DUSSOL *Secrétaire Général*

AVIS

Membres titulaires & suppléants

Collège technique

- Personnes qualifiées en recherche

Bertrand DUSSOL
Pierre-Henri ROLLAND
Vincent PRADEL (*méthodologiste*)
Houtin BAGHDADI
Laurent BOYER (*méthodologiste*)
Comel POPOVICI
Claude BAGNIS
Clément ABAMOUCHE

- Médecins généralistes

Claude SICHEL
Pierre REYES

- Pharmaciens hospitaliers

Diane BRAGUER
Stéphane HONORE

- Infirmières

Marie RAFFRAY
Patrick BOANICHE

Collège social

- Personnes qualifiées en éthique

Dominique TAILLEFER
Michel CAILLOL

- Psychologues

Janine RICOEUR
Frédérique VINCENT

- Travailleurs sociaux

Gilbert NAURAYE

- Juristes

Jean-Pierre VIDAL
Marine GABORIAU TABARY

- Représentants d'associations et usagers

Patrik D'ANGIO
Patrik BLIEK
René HULIN

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II, agréé par arrêté ministériel en date du 31 mai 2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 20 avril 2016,

- en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicables sur un projet de recherche mentionné au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique
- ayant été saisi par le **CHU d'ANGERS**, promoteur d'une recherche impliquant la personne humaine intitulée :

Contenu et enjeux des consultations de suivi des patients sous MSO considérés comme stabilisés : Témoignages croisés médecins – patients. Etude MSO SuiStab

identifiée sous le numéro ID RCB : **2017-A01752-51**
et dont l'investigateur coordonnateur est le **Dr Cyril BEGUE**.

- ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le **14/06/2017** sous la référence interne **217 R42**,
- ayant examiné ce dossier de recherche lors de sa séance plénière du **07/07/2017** au cours de laquelle

B. DUSSOL, PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. SICHEL, D. BRAGUER, M. RAFFRAY, M. CAILLOL, J. RICOEUR, G. NAURAYE, J.P VIDAL, P. D'ANGIO, P. BLIEK

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a décidé de demander au promoteur des compléments et des révisions.

Le Comité,

- ayant reçu le 17/08/2017 l'ensemble des informations et des documents demandés,
- ayant examiné le dossier de recherche lors de sa séance plénière du **08/09/2017** au cours de laquelle

L. BOYER, PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. SICHEL, D. BRAGUER, M. RAFFRAY, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, J.P VIDAL, P. D'ANGIO



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

Pierre Henri ROLLAND *Président*
Jean Pierre VIDAL *Vice-président*
Bertrand DUSSOL *Secrétaire Général*

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a retenu le principe d'un avis favorable à réception de compléments et de révisions mineures.

Le Comité,

- ayant reçu le **09/10/2017** les compléments et documents révisés,
- ayant vérifié la conformité de ces pièces à ses attentes,
- sur la base du dossier de recherche ainsi constitué :
 - Lettre de saisine du 13/06/2017
 - Lettre de réponse du 17/08/2017
 - Lettre de réponse du 09/10/2017
 - Formulaire de demande d'avis initial du 13/06/2017 Protocole version 1 du 12/06/2017
 - Guide d'entretien version 2 du 16/08/2017
 - Liste des investigateurs version 2 du 09/10/2017
 - Notice d'information pour le patient version 2 du 16/08/2017
 - Notice d'information pour les médecins version 2 du 16/08/2017
 - Questionnaire patient version 1 du 12/06/2017
 - Résumé du protocole version 1 du 12/06/2017
 - Récépissé de déclaration de la MR03 de conformité à une méthodologie de référence du 25/08/2016
 - Formulaire de non opposition du patient version 1 du 16/08/2017

a émis le **11/10/2017** un

AVIS FAVORABLE

à la mise en oeuvre de cette recherche impliquant la personne humaine, considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.

Le Président
M. Pierre Henri ROLLAND

Il appartient au promoteur ou à son mandataire d'informer le Comité de "la date effective de commencement de la recherche correspondant à la date de la signature du consentement par la première personne qui se prête à la recherche en France" (Art. R. Art R1123-40 du Code de la Santé Publique) et « si, dans le délai de deux ans suivant l'avis du comité de protection des personnes, la recherche biomédicale n'a pas débuté, cet avis devient caduc. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné ». (Art R1123-26).

Annexe 8 : Accord favorable du CPP pour des modifications substantielles



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

Pierre-Henri ROLLAND *Président*
Jean Pierre VIDAL *Vice-président*
Bertrand DUSSOL *Secrétaire Général*

AVIS Modification substantielle n°1

Membres titulaires & suppléants

Collège technique

- Personnes qualifiées en recherche

Bertrand DUSSOL
Pierre-Henri ROLLAND
Vincent PRADEL
Houtin BAGHDADI
Noémie RESSEGUIER
Cornel POPOVICI
Claude BAGNIS

- Médecins généralistes

Claude SICHEL
Pierre REYES

- Pharmaciens hospitaliers

Diane BRAGUER
Stéphane HONORE

- Infirmières

Marie RAFFRAY
Patrick BOANICHE

Collège social

- Personnes qualifiées en éthique

Dominique TAILLEFER
Michel CAILLOL

- Psychologues

Janine RICOEUR
Frédérique VINCENT

- Travailleurs sociaux

Gilbert NAURAYE

- Juristes

Jean-Pierre VIDAL
Marine GABORIAU TABARY

- Représentants d'associations et usagers

Patrick D'ANGIO
Patrick BLIEK

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II, agréé par arrêté ministériel en date du 31 mai 2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 20 avril 2016,

- en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicables sur un projet de recherche mentionné au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique
- ayant été saisi par le CHU d'ANGERS, promoteur d'une recherche impliquant la personne humaine intitulée :

Contenu et enjeux des consultations de suivi des patients sous MSO considérés comme stabilisés : Témoignages croisés médecins – patients Etude MSO SuiStab

identifiée sous le numéro ID RCB : 2017-A01752-51
et dont l'investigateur coordonnateur est le Dr Cyril BEGUE.

D'une demande d'avis portant sur une modification substantielle
- relative à la modification de la liste des investigateurs

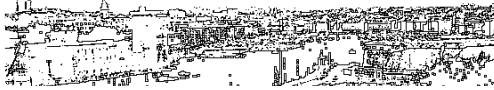
- ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré cette modification substantielle le 26/01/2018 sous la référence interne 217 R42 MS1,

- ayant examiné cette demande de modification substantielle ainsi constituée :
 - Lettre de saisine du 23/01/2018
 - Fiche signalétique MS1 du 22/01/2018
 - Liste des investigateurs version 3 du 19/01/2018 + CV des investigateurs

lors de sa séance plénière du 02/03/2018 au cours de laquelle

B. DUSSOL, PH. ROLLAND, V. PRADEL, C. POPOVICI, C. SICHEL, M. RAFFRAY, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, , M. GABORIAU TABARY, P. D'ANGIO . P. BLIEK

le quorum général étant constaté,



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a émis un

AVIS FAVORABLE

à la mise en oeuvre de cette demande de modification substantielle, considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient maintenues.

Le Secrétaire Général
Pr Bertrand DUSSOL

Le Président
M. Pierre Henri ROLLAND

Contenu et enjeux des consultations de suivi des patients sous MSO considérés comme stabilisés – témoignages croisés médecins patients

RÉSUMÉ

Introduction : Les consultations de médecine générale concernant le suivi des patients sous Médicaments de Substitution aux Opioïdes (MSO) ne sont pas rares. La littérature apporte peu d'éléments concernant l'expérience des médecins généralistes (MG) et de leurs patients à propos des consultations de suivi en phase de stabilité. Il semblait nécessaire de recueillir les témoignages croisés de MG et de leurs patients sur ces consultations.

Méthodes : il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 10 duos médecin-patient. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. Un double codage en ouvert de chaque entretien a été réalisé sur le logiciel N'vivo puis les entretiens ont été analysés une seconde fois par couple. Le protocole d'étude a reçu un avis favorable du CPP Sud Méditerranée II.

Résultats : La consultation de suivi des patients sous MSO est une consultation singulière où chacun occupe une place particulière pour l'autre avec un lien affectif fort. L'analyse a permis de repérer différents types relationnels : approche centrée patient, ancrage plutôt biomédical, et caractéristiques atypiques mixtes. Peu importe le type relationnel, la stabilité paraissait être le reflet d'un équilibre dans le ressenti de la relation médecin-patient. Ainsi, le suivi proposé semblait ajusté aux demandes, d'où découlait une satisfaction globale de la relation établie.

Conclusion : La satisfaction d'avoir trouvé un équilibre dans la relation semble être responsable d'une certaine forme d'inertie. La progression de la relation de soin passe peut-être par une réflexion sur l'évolution du rôle du patient mais surtout de celui du médecin.

Mots-clés : Médecine générale, relation médecin patient, médicament de substitution aux opiacés, stabilité

Contents and issues of follow-up consultations of patients under OST considered as stabilized - patients and doctors' crossed experiences

ABSTRACT

Introduction: Follow up consultations on patients under opiod substiution therapy (OST) are not rare in general practice. There is very little data in the literature that describes the experiences of GPs and their patients in follow-up consultations during the stability phase. It seemed necessary to collect their testimony about these consultations.

Methods: This was a qualitative study by semi-structured interviews conducted with 10 doctor-patient couples. The interviews were recorded and then transcribed in full. Each interview was coding openly twice with the N'vivo software and then analysed by couple a second time. The study protocol received an agreement from the "CPP Sud Méditerranée II."

Results: Follow up consultation of patients under OST appeared as a unique consultation in which each person has a special place for the other with a strong emotional connection. The analyze identified different relational types: patient-centered approach, biomedical approach and atypical mixed characteristics. Independently of the relational types, stability seemed to be associated with a balanced perception of the relationship for both patients and doctors. Thus, the follow-up seemed to match with patients' wishes, resulting in a global satisfaction of the established relationship.

Conclusion: The satisfaction of achieving a relationship well balanced seems to lead to a kind of inertia. To help the relationship to progress, we probably need to think about each other's' roles especially on the doctor's side.

Keywords: General Practice, doctor – patient relationship, Opioid Substitution Therapy, stability