



**HAL**  
open science

# Évaluation de la stigmatisation des patients sous traitement de substitution aux opiacés : étude quantitative portant sur les patients suivis au CHU de Nantes

Mélanie Pinhal

## ► To cite this version:

Mélanie Pinhal. Évaluation de la stigmatisation des patients sous traitement de substitution aux opiacés : étude quantitative portant sur les patients suivis au CHU de Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2023. <dumas-04428475>

**HAL Id: dumas-04428475**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04428475v1>**

Submitted on 31 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITE**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2023

N°

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

***Mélanie PINHAL***

---

Présentée et soutenue publiquement le *7 novembre 2023*

---

***Evaluation de la stigmatisation des patients sous  
traitement de substitution aux opiacés : étude quantitative  
portant sur les patients suivis au CHU de Nantes***

---

Présidente : Professeure VIGNEAU-VICTORRI Caroline

Directrice de thèse : Professeure GRALL-BRONNEC Marie

Membres du Jury : Docteure ROUSSEAU Rosalie ; Docteure VEILHAN  
Barbara

## Remerciements

Il me sera très difficile de remercier tout le monde car c'est grâce à l'aide de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse à son terme.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Madame GRALL-BRONNEC Marie, Professeure des Universités et Praticien Hospitalier à l'Université de médecine de Nantes, cheffe du service d'Addictologie du CHU de Nantes, Docteure en psychiatrie-addictologie, qui m'a encadrée tout au long de cette thèse et qui m'a fait partager son savoir et son expérience dans le domaine de l'addictologie et de la recherche scientifique. Je la remercie pour sa méthodologie rigoureuse qui m'a fait énormément progresser, ainsi que pour ses précieux conseils tout au long de mon travail. Ce travail n'aurait certainement pas pu voir le jour sans son dévouement et son implication, tant auprès des médecins que des patients. Elle a également su se rendre disponible et à l'écoute tant sur le plan professionnel que personnel dans une période qui fut la plus difficile que j'ai eu à vivre. Je la remercie vivement pour cela.

Je remercie madame VIGNEAU-VICTORRI Caroline, Professeure Universitaire et Praticien Hospitalier à l'Université de Nantes, Docteure en pharmacologie clinique, responsable du Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Addictovigilance des Pays de la Loire et Praticien Hospitalier dans le service de pharmacologie du CHU de Nantes. Je la remercie d'avoir accepté de présider cette thèse ainsi que pour le temps accordé à lire et à analyser ce travail.

Je souhaite remercier madame ROUSSEAU Rosalie, Docteure en médecine générale et Maître de Conférence Associée à l'Université de médecine de Nantes, qui a accepté de faire partie de mon jury et de prendre le temps de lire mon travail. Je la remercie pour sa présence et son analyse.

Madame VEILHAN Barbara, Docteure en psychiatrie-addictologie, cheffe du service Escabelle, Centre d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie au sein de l'hôpital EPSYLAN (Blain), ancienne maître de stage, a également accepté de juger mon travail. Je voudrais la remercier pour cela, ainsi que pour l'enseignement formel et informel qu'elle a su me dispenser pendant mon stage, pour sa gentillesse et sa disponibilité en tout temps.

Monsieur LAFORGUE Edouard, Docteur en psychiatrie, Maître de Conférence à l'Université de Nantes et Praticien Hospitalier dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, madame VERHOLLEMAN Audrey, Docteure en psychiatrie, médecin dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, madame EYZOP Emeline, Docteure en psychiatrie, médecin dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, monsieur LAMBERT Sylvain,

Docteur en psychiatrie, médecin dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, monsieur PRETAGUT Stéphane, Docteur en psychiatrie, médecin dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, madame ROBERT Lucie, Docteure en psychiatrie, médecin dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, monsieur SCHRECK Benoit, Docteur en psychiatrie, Praticien Hospitalier dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, monsieur BARRANGOU Malcom, Docteur en psychiatrie, médecin dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, ont tous participé activement à mon étude en incluant les patients. Je les remercie pour leur aide et leur implication, car ils ont rendu ce travail possible.

Madame LEBOUCHER Juliette, technicienne d'études cliniques dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes, m'a assistée tout au long de mon travail et m'a conseillée concernant l'organisation et la logistique à chaque étape de la recherche. Elle m'a été d'une aide précieuse. Un grand merci à elle d'avoir également pris le temps de réaliser la plus grosse partie des statistiques de ce travail, ainsi que pour sa bienveillance.

Je souhaite aussi adresser mes remerciements à Madame BALEM Marianne, biostatisticienne et doctorante en biostatistique au CHU de Nantes, pour ses conseils en termes d'analyses statistiques et pour la vérification de mon travail sur ce sujet.

Merci à monsieur KOWALSKI Stanislas, Docteur en médecine générale, membre de la Direction de Médecine Générale du CHU de Nantes, animateur de mon groupe de GEP (Groupe d'Echanges de Pratiques) en 2021, de m'avoir conseillé de contacter le professeur GRALL-BRONNEC pour réaliser cette étude qui me tenait à cœur.

Je souhaiterais remercier également Monsieur DENINIOLLE Jean-François, Docteur en médecine générale et maître de stage, pour son enseignement riche et son accompagnement de qualité ; madame TENAILLEAU Christine, Docteure en médecine générale et maître de stage, qui m'a énormément enseigné sur le plan médical mais aussi et surtout sur le plan relationnel et humain ; Madame BARRAIS Justine, Docteure en médecine générale et maître de stage, qui a été pour moi un modèle de bonnes pratiques, toujours pertinente dans ses remarques qui m'ont énormément enrichie. Merci à elle de m'avoir fait confiance pour mes premiers remplacements ; et enfin monsieur LEONARD Olivier, Docteur en médecine générale, maître de stage, pour son enseignement.

Je remercie la faculté de médecine de Tours pour m'avoir formée tout au long de l'externat, la faculté de médecine de Nantes pour m'avoir formée pendant ces 3 années d'internat, ainsi que chaque médecin et personnel médical et paramédical dont j'ai eu la chance de croiser la route et ayant contribué à mon apprentissage pendant ces 9 années de médecine.

## Dédicaces

A toi, Maman. Tu as été ma première supportrice, ma fan numéro un. Depuis ma naissance tu m'as encouragée et aidée du mieux que tu as pu, et tu nous as toujours tout donné. Quitte à t'oublier toi-même. Pendant toutes ces années tu m'as supportée, tu m'as conseillée, tu m'as fait rire, décompresser, tu m'as fait réviser. Tu n'aurais pas pu mieux faire, tu as été parfaite. L'amour d'une mère, je peux dire que je l'ai réellement connu. Tu étais là lors des éclats de joie, comme lors des crises de larmes. Tu n'es plus là pour voir cela aujourd'hui, mais je sais que tu es fière de moi. Tu l'as toujours été et le seras toujours, j'en suis sûre. Je t'aime gros comme mon petit cœur d'enfant, aujourd'hui et à jamais.

Papa, sans toi et ta rigueur, ton obsession pour l'ambition, je ne serai probablement pas arrivée jusqu'ici. Merci pour les valeurs que tu t'es entêté à m'inculquer durant toute mon enfance, et l'amour que tu nous portes à ta façon. Je t'aime.

A Angel, ma petite sœur. A tous les weekends passés à la maison chez maman où je t'empêchais de mettre ta musique pour que je puisse réviser ; où je t'empêchais d'aller prendre ta douche à certaines heures parce que ma douche était ma seule pause. Merci pour avoir supporté tout ça ! Désolée d'avoir été chiant et sur les nerfs. Je serai toujours là pour toi, sois-en sûre.

A mamie Chanchan, la meilleure mamie du monde. Toujours à me demander comment se passent mes études et mon travail, tu as été pour moi un soutien du début à la fin. Tes petits plats en sauce, tes hamburgers faits maison, ta bonne humeur. Je ne l'oublierai pas, merci.

A ma tante Déborah et ma tante Laetitia, toujours derrière moi à m'encourager ! Merci d'être là. Tata Déborah, merci pour toutes les fois où tu m'emmenais avec toi : à l'escale, au hand, à la fête foraine ; pour les bastons chez mamie. Merci pour ton soutien sans faille dans la dernière épreuve que nous avons traversé, je ne l'oublierai jamais. Merci à vous deux.

A mamie Emilia, tu m'as toujours encouragée malgré tout. Veille sur nous.

A Lola, ma cousine d'amour que j'aime. Tu as toujours cru en moi et en mes capacités, même quand je n'y croyais pas moi-même. Petite boule d'énergie et de bonne humeur, toujours sur la même longueur d'onde que moi, merci à toi d'être juste toi. Un jour, promis, ce voyage entre cousines, on le fera.

A Johan, mon cousin. Merci pour ton soutien. Les mots ne sont pas essentiels lorsque l'on sait ce qu'il y a dans le cœur.

Tata Maria, grande guerrière. D'où tu es, je te remercie pour ces années passées avec toi, et pour avoir tant cru en moi.

A « Tata Maria du Tisey », « tonton Tisey », Babeth, Sylvie : merci à vous tous pour le soutien que vous m'avez toujours témoigné.

A mes copines du Lycée : Léa (ma patate), Pauline (Popo). Merci pour vos encouragements durant toutes ces années de dur labeur ! Je n'ai pas réussi à vous accorder beaucoup de temps mais un jour je vous le rendrai, c'est sûr. Vous avez su être là dans les différentes épreuves, et d'un grand soutien. Vous êtes des copines en or, un grand merci.

A mes copines de FAC : Camille, Oriane, Anaïs, Gaby, Julie, Marianne, Justine, Bertille. Merci d'avoir été aussi dépressives que moi certains semestres et d'en avoir bavé autant que moi ! Merci pour toutes les pauses café à la BU qui nous ont fait tenir comme on a pu, et pour tous les repas au RU. On n'a ma foi pas trop mal réussi finalement. Merci pour tous les fous rires, les soirées Med, les soirées P\*\*\*\*\*poufs, les moments en stage, les vacances au ski et autres weekends. J'ai vraiment de la chance de vous avoir. Merci d'avoir été autant présentes pour moi ces dernières années et de vous être autant soucie de mon bien-être. Un millier de mercis ne suffiraient pas. Je vous aime.

Julien, mon Juju. Merci à toi de m'avoir donné confiance en moi comme tu l'as fait.

Franck et Sophie, merci à vous deux de m'avoir accueillie parmi vous et dans votre cœur. Vous êtes comme une deuxième famille pour moi depuis maintenant plus de 10 ans. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et ma famille.

A mes copines rencontrées au foot depuis ma 5<sup>e</sup> année : Estelle, Sonia, Camille, Olive, Marie, Julie, Débo, Aurèl, Eme, Tiph, Bizerette, Lola, Juliette et toutes les autres. A mes différents coachs. Vous m'avez fait progresser et m'avez permis de décompresser un millier de fois. Merci !

Enfin, à toi, Mélaine. Toi qui partages ma vie depuis bientôt 5 ans. Toi qui crois en moi plus que quiconque. Durant toutes ces années tu n'as cessé de m'épauler, et d'être présente. Tu as su prendre ta place dans ma vie pleine d'insécurité, pleine de révisions et de travail. Tu as su me soutenir sans flancher, là où beaucoup à ta place auraient échoué. Tu as été pour moi un pilier dans ma réussite professionnelle, et un pilier dans les épreuves que la vie m'a forcée de surmonter. Je n'aurai jamais de mots assez forts pour te témoigner ma gratitude, et mon amour. Je t'aime infiniment.

# Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	8
1. Trouble de l'usage des opioïdes et traitements de substitution aux opiacés.....	8
1.1. Trouble de l'usage des opioïdes .....	8
1.1.1. Définition du trouble de l'usage des opioïdes .....	8
1.1.2. Epidémiologie des troubles de l'usage des opioïdes .....	9
1.1.3. Dommages liés au trouble de l'usage des opioïdes .....	9
1.2. Traitements de substitution aux opiacés.....	10
1.2.1. Histoire des traitements de substitution aux opiacés en France .....	10
1.2.2. Objectifs et avantages des traitements de substitution aux opiacés.....	11
1.2.3. Rôles des médecins généralistes dans la prise en charge des patients avec trouble de l'usage des opioïdes.....	12
1.2.4. Réticence de la part des médecins généralistes et « addictophobie ».....	13
2. La stigmatisation en santé mentale.....	14
2.1. La stigmatisation de patients atteints de pathologie psychiatrique, ou stigmatisation liée à la condition.....	14
2.1.1. Pas une, mais des stigmatisations .....	14
2.1.2. La stigmatisation en lien avec la condition, ou « condition stigma ».....	15
2.1.3. Conséquences connues de ces phénomènes .....	16
2.2. La stigmatisation des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés .....	17
2.2.1. Le concept « d'intervention stigma » .....	17
2.2.2. Conséquences sur les soins et le rétablissement.....	19
3. Objectifs de l'étude .....	20
3.1. Objectif primaire .....	20
3.2. Objectifs secondaires.....	20
<b>II. MATERIELS ET METHODES</b> .....	21
1. Sélection des sujets.....	21
2. Intervention et schéma de l'étude.....	21
3. Outils d'évaluation .....	21
3.1. Données socio-démographiques.....	22
3.2. Données médicales .....	22
3.3. Mesure de l'hétéro-stigmatisation et de la stigmatisation perçue.....	22
3.4. Mesure de l'auto-stigmatisation .....	23
4. Analyses statistiques.....	24
5. Considérations légales et éthiques.....	25
<b>III. RESULTATS</b> .....	26

1. Description de l'échantillon .....	26
1.1. Diagramme de flux .....	26
1.2. Caractéristiques de l'échantillon .....	26
2. Auto-stigmatisation et hétéro-stigmatisation.....	29
2.1. Analyses descriptives sur le critère de jugement principal.....	29
2.2. Analyses descriptives portant sur l'hétéro-stigmatisation .....	30
3. Comparaison des patients selon leur niveau d'auto-stigmatisation.....	31
3.1. Données socio-démographiques.....	31
3.2. Données médicales .....	32
3.3. Données portant sur l'hétéro-stigmatisation.....	34
3.4. Lien entre niveau d'auto-stigmatisation et délai de recours aux soins .....	34
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>36</b>
1. Discussion des résultats.....	36
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	39
2.2. Ses faiblesses.....	39
2.2. Ses forces.....	41
3. Perspectives.....	42
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>44</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>52</b>

# **I. INTRODUCTION**

## **1. Trouble de l'usage des opioïdes et traitements de substitution aux opiacés**

### **1.1. Trouble de l'usage des opioïdes**

#### ***1.1.1. Définition du trouble de l'usage des opioïdes***

Cela fait près de 5000 ans que l'Homme a découvert les effets du « pavot somnifère » dont est issu l'opium, et l'a utilisé (1). Au cours des siècles l'utilisation des opiacés s'est diffusée, notamment dans le monde Arabe, grâce aux migrations de populations. Ils deviennent un produit médicinal, puis récréatif, et la découverte de ses propriétés notamment antalgiques et somnifères a progressivement incité les scientifiques à les synthétiser. Aussi, bien qu'initialement les termes opiacés et opioïdes différenciaient les substances naturelles de celles de synthèse, aujourd'hui le terme « opioïdes » désigne toutes substances (naturelles ou de synthèses) pouvant se lier à un récepteur aux opiacés. La consommation récréative des opioïdes mettra plus tard en évidence le concept de pharmacodépendance, notamment après la fabrication de la morphine au début du 19<sup>e</sup> siècle. Celle-ci devait servir de substitut à l'Opium et se trouva être finalement hautement addictive. C'est donc ensuite dans le but de substituer la morphine, qu'a été synthétisée l'héroïne par C.R. Alder Wright en 1874. Sa production fut arrêtée en 1913 du fait également de son haut potentiel addictif.

Ces dernières années, les termes utilisés en addictologie ont évolué. Ils sont classés et définis dans plusieurs références, dont le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Dans sa dernière édition (2), les anciens diagnostics d'abus et de dépendance sont regroupés en un seul, celui de trouble de l'usage (TU) d'une substance. Le diagnostic de trouble de l'usage d'opioïdes (TUO) repose sur un faisceau de critères : une consommation d'opioïdes en plus grande quantité ou sur une plus longue période que prévu ; une volonté persistante ou des efforts vains pour réduire ou contrôler sa consommation d'opioïdes ; beaucoup de temps dépensé afin d'en obtenir, d'en consommer ou de se remettre de leurs effets ; une envie incontrôlable ou un fort désir d'en utiliser ; une consommation récurrente d'opioïdes entraînant une incapacité à remplir des obligations professionnelles, scolaires ou familiales ; une consommation continue malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents et persistants causés ou exacerbés par leurs effets ; un abandon ou une diminution de nombreuses activités sociales ou de loisir en raison de leur usage ; une consommation récurrente dans des situations où cela représente un danger physique ; une consommation continue malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique récurrent ou persistant possiblement causé ou exacerbé par ces substances ; le phénomène de tolérance ; enfin, présenter des signes

de sevrage à l'arrêt ou utiliser des opioïdes afin d'éviter ces signes de sevrage ou de les soulager. Il est nécessaire de présenter au moins deux de ces critères sur une période d'un an pour retenir le diagnostic de TUO.

### *1.1.2. Epidémiologie des troubles de l'usage des opioïdes*

Il y a plus de 20 ans, le monde a connu une recrudescence de consommation d'héroïne, et plus largement d'opioïdes, notamment aux Etats-Unis. En effet dans les années 2000, la douleur devient le 5<sup>e</sup> paramètre vital aux Etats-Unis, conduisant à son évaluation plus rigoureuse et à la prescription plus systématique d'antalgiques, en particulier de paliers 2 et 3 (3). La prescription d'opioïdes y a été ainsi multipliée par un peu plus de 1,4 entre 2000 et 2010 (3). Au niveau mondial, en 2018, on estimait la prévalence du TUO à 0,7% chez les 15-64 ans, ce qui représentait environ 53,2 millions de personnes (4). Or, le TUO est associé à un risque élevé de morbi-mortalité et de co-addictions, ce qui en fait un sujet de préoccupation majeur en santé publique (5,6).

En France, après une période de stabilité de l'usage d'héroïne entre 2000 et 2005, celui-ci a augmenté jusqu'en 2008 et décroît de nouveau lentement. En 2017, le nombre d'expérimentateurs d'héroïne parmi les 11-75 ans était estimé à 500 000 personnes selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) (7). Concernant le nombre de patients atteints de TUO, l'obtention d'un chiffre précis est plus difficile. Nous pouvons cependant faire une approximation d'après le nombre d'usagers réguliers d'opioïdes sur un temps donné. Selon le rapport de l'OFDT de 2020, on estimait à environ 210 000 le nombre d'usagers réguliers d'opioïdes en France en 2017 (7).

Parmi les opioïdes les plus consommés en France dans le cadre d'un TUO, nous pouvons citer l'héroïne, la morphine, l'oxycodone, l'opium, la codéine, le tramadol, la buprénorphine, et la méthadone non prescrits par un médecin ou pris à des fins non thérapeutiques (8).

### *1.1.3. Dommages liés au trouble de l'usage des opioïdes*

Les dommages causés par le TUO sont multiples, expliquant que leur prise en charge soit un enjeu majeur de santé publique. Ils sont d'abord d'ordre médicaux : troubles du sommeil, abcès, lymphangite, endocardite, détérioration du réseau vasculaire, transmission de pathologies infectieuses comme le VIH, VHB, VHC, mais aussi surdosage, et décès par dépression respiratoire (7,9). Consommés par voie inhalée, sniffée ou fumée, ils peuvent léser

les voies respiratoires (poumons et muqueuses nasales). Les dommages sont ensuite d'ordre psychiatriques : deux tiers des patients atteints de TUO présentent des comorbidités psychiatriques (10). Les plus fréquents sont notamment les troubles anxieux, dépressifs, idéations suicidaires, troubles de personnalité, ainsi que d'autres pathologies comme la schizophrénie. Ces pathologies peuvent aussi bien être à l'origine du trouble, comme en être les conséquences. Le TUO entraîne également des dommages socio-affectifs tels que l'isolement, voire une marginalisation, des conflits conjugaux, des séparations. Des dommages sont également observés dans le champ professionnel : chômage, troubles de concentration, absentéisme. Cela peut évidemment entraîner des difficultés financières, accrues par de potentielles dettes (envers l'état, envers les fournisseurs de substances). Enfin, on retrouve chez certains patients des conséquences judiciaires de leurs consommations. Celles-ci peuvent être liées à des troubles du comportement, à de la criminalité, à la possession ou la revente des produits (9).

Nous comprenons ainsi que le traitement des patients atteints de TUO doit s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale, intégrant une évaluation sociale, un suivi addictologique et/ou psychiatrique, et un suivi psychologique en plus du traitement médicamenteux (11).

## 1.2. Traitements de substitution aux opiacés

### 1.2.1. Histoire des traitements de substitution aux opiacés en France

Les Traitements de substitution aux opiacés (TSO), sont aujourd'hui le traitement de référence des TUO, dans le cadre d'une prise en charge globale bio-psycho-sociale. Certains pays ont adopté le principe de la substitution comme mode de prise en charge à part entière de la toxicomanie bien avant l'apparition du SIDA. D'autres n'ont autorisé cette pratique qu'après son apparition, comme la France à partir de 1993 (12).

En France effectivement, la réponse à la consommation d'opiacés a longtemps consisté à imposer aux usagers de choisir entre cures de sevrage et poursuites judiciaires. Face au développement de l'épidémie de SIDA chez les usagers d'héroïne par voie intraveineuse à la fin des années 1980, et à l'augmentation du nombre de décès par surdosage en opiacés, les pouvoirs publics se sont engagés dans les années 1990 dans une politique de réduction des risques incluant le développement des TSO (12). Cette politique s'est prioritairement intéressée aux usagers de drogues par voie injectable. En 1994, la loi Veil autorise la distribution de kits de seringues ainsi que la mise sur le marché de la méthadone et la création de structures pour sa prescription et sa distribution. Les médecins généralistes ont ensuite été habilités à prescrire

de la méthadone en 1995, uniquement en relais d'une primo-prescription effectuée dans un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) (12,13). Finalement, en 1996, tous les médecins ont été autorisés à prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD) à des personnes « dépendantes à l'héroïne », ce médicament étant associé à un moindre risque de surdosage que la méthadone (1,6,14,15). Longtemps controversés, ces médicaments ont fait la preuve de leur efficacité clinique, comme le démontrent de multiples études à travers le monde (6,16). Actuellement en France, la BHD est prescrite dans 70% des cas, la méthadone dans environ 26% des cas ; la BHD couplée à la Naloxone (arrivée sur le marché français plus tard, en 2012), est prescrite dans 3% des cas environ (8).

### *1.2.2. Objectifs et avantages des traitements de substitution aux opiacés*

Les objectifs de ces traitements sont multiples. Les docteurs Dole, Nyswander, Kreek, et R.F. Gearing ont conduit les premières études de grandes ampleurs sur la méthadone et ont montré respectivement qu'une prise de méthadone à long terme normalisait le dysfonctionnement neuronal causé par l'utilisation répétée d'opioïdes d'action rapide, et que cette thérapeutique redonnait aux patients une « vie normale » (17).

Premièrement, les TSO ont montré une efficacité nette dans la réduction de la mortalité toute cause confondue, et dans l'allongement de l'espérance de vie des usagers (16,18–21). Ils sont également efficaces pour réduire ou supprimer les symptômes de sevrage, réduire le « *craving* », diminuer ou arrêter les consommations d'opioïdes illicites, arrêter la consommation intraveineuse, réduire la criminalité (22,23), et décentrer l'attention du patient vis-à-vis du produit afin de favoriser l'investissement d'activités et de travail de psychothérapie.

Deuxièmement, plusieurs études ont mis en avant les divergences entre les objectifs des patients et les objectifs du corps médical ou des pouvoirs publics. En termes de santé publique, un des objectifs prioritaire est de diminuer le nombre décès par surdosage en opioïdes (16). En effet, en France, le nombre de morts par surdosage en héroïne a été divisé par 5 entre 1994 et 2002 (14), et par 10 entre 1994 et 2008 (24). Ces traitements visent également à diminuer la transmission d'agents infectieux comme le VIH, dont la prévalence chez les patients usagers a nettement diminué (24,25), ou le VHC pour lequel les TSO semblent agir sur la propagation, mais dans une moindre mesure (16,26–28). Ces objectifs entrent dans les stratégies de réduction des risques adoptées par la France depuis 1993.

De manière plus individuelle et du point de vue des patients, les bénéfices attendus peuvent être la rétention dans les soins, l'allongement des délais avant reprise des consommations ; l'absence de « *craving* » et de symptômes de sevrage ; l'amélioration de leur qualité de vie (29–

33) ; la réinsertion professionnelle et/ou le maintien dans l'emploi (24,34,35) ; l'obtention d'une stabilité familiale et affective (14). Le rétablissement, en santé mentale, est un concept complexe et riche. Néanmoins, il est d'autant plus intéressant qu'il permet de prendre en compte l'individu dans sa globalité, et d'avoir une approche (ici en addictologie) qui n'est pas centrée uniquement sur l'absence de consommation de substances.

### *1.2.3. Rôles des médecins généralistes dans la prise en charge des patients avec trouble de l'usage des opioïdes*

Les deux principaux TSO prescrits en France et ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), BHD et méthadone, sont difficiles à manier du fait de leurs multiples interactions médicamenteuses et de leurs effets indésirables graves potentiels. Ces éléments, associés aux risques de détournement et de mésusage, expliquent leurs règles de prescription strictes. L'élargissement du cadre de prescription, avec la possibilité pour les médecins généralistes de prescrire de la BHD, s'est accompagné d'une progression du nombre de patients usagers rencontrés en médecine de ville entre 2003 et 2009. En effet, si la méthadone s'adresse plutôt aux patients avec dépendance plus sévère, poursuivant leurs pratiques intraveineuses, en situation de précarité, avec des comorbidités addictologiques et psychiatriques, la BHD a permis, quant à elle, d'élargir la prise en charge des patients avec TUO en médecine générale. Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent recevoir au moins occasionnellement un ou des patients avec TUO, et 49,2% déclarent en voir au moins un par mois, alors qu'ils n'étaient que 34% en 2003 (13). Le médecin généraliste se trouve donc au cœur de la prise en charge, et son approche globale de ses patients fait de lui un acteur majeur dans leur accompagnement.

Il exerce un rôle de suivi, au même titre que pour toute maladie chronique. Il convient d'évaluer les sous dosages ou sur dosages en TSO, de rechercher la persistance d'utilisation d'opiacés illicites, de rechercher un mésusage ou un détournement, ainsi qu'une polymédication ou poly-consommation. Le médecin généraliste possède également un rôle d'accompagnement et de soutien, soit par lui-même soit en orientant vers les dispositifs adaptés ; un rôle de prévention, en informant sur l'addiction et sur les risques liés aux pratiques, et en respectant le calendrier vaccinal ; un rôle de dépistage : vis-à-vis des infections transmissibles (selon les modes de consommations) et des autres complications (psychiatriques, somatiques, sociales, judiciaires) en lien avec les consommations, sans oublier les dépistages organisés (36). L'orientation au sein du système de soin fait également partie de ses rôles, favorisant une prise en charge pluridisciplinaire.

Enfin, sa mission la plus importante est sans doute de favoriser l'alliance thérapeutique et de soigner la qualité de la relation médecin-patient. En effet, une meilleure relation soignant-patient serait associée à une diminution du risque de détournement du TSO (37,38) et à une meilleure gestion de la douleur (39,40), par exemple.

#### *1.2.4. Réticence de la part des médecins généralistes et « addictophobie »*

Bien que le nombre de patients avec TUO pris en charge en médecine générale ait augmenté considérablement ces dernières décennies, l'offre de soins reste hétérogène. Dans une revue de littérature menée en 2019 en France, 26% des prescripteurs de TSO en médecine générale prenaient en charge 75% des patients (41). Ce constat interpelle, et bon nombre d'études, principalement qualitatives, ont exploré le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette patientèle. Elles constatent la persistance de certaines idées reçues agissant comme des freins à leur prise en charge : amalgame entre rechute et manque de volonté, représentations péjoratives, comme le fait de les considérer comme potentiellement agressifs et manipulateurs afin d'obtenir plus d'opioïdes (42). Ces croyances génèrent de la méfiance. Les praticiens craignent notamment le mésusage, le détournement des TSO (42), ou une rupture du contrat de confiance (43). Or, une revue de littérature sur le mésusage des TSO effectuée en 2019 a identifié que les facteurs associés étaient (entre autres) : des posologies de TSO insuffisantes ; avoir des prescriptions concomitantes (par exemple d'anxiolytiques) ; une mauvaise information délivrée par le médecin et un défaut de clarification des objectifs thérapeutiques ; un manque de formation en addictologie ; une mauvaise alliance thérapeutique ; le refus des médecins de la région à instaurer un suivi ; la pression et le sentiment d'isolement de la part du médecin (43). Ces éléments montrent bien l'importance des attitudes du médecin prescripteur dans le succès de la prise en charge et dans l'évolution du patient vers le rétablissement.

Progressivement, émerge le terme « d'addictophobie ». Il désigne l'hostilité de certains professionnels de santé envers les usagers de drogues, induisant une attitude discriminatoire à leur égard. Elle peut se manifester par une prise en charge insuffisante des plaintes somatiques des patients avec TUO, ou encore par le refus de suivi (43). Outre l'image péjorative qu'ont les médecins généralistes vis-à-vis de cette population, le refus de soin résulte de plusieurs facteurs (43) : l'utilisation de drogues a généralement été considérée comme une question sociétale plutôt que médicale ; le temps important nécessaire au suivi du fait de la fréquence des rendez-vous et de la décroissance très lente des TSO ; ou encore une difficulté d'accès aux spécialistes et aux réseaux de soins (44).

Les médecins généralistes évoquent également le manque de formation. Dans une étude menée en 2015 dans le Nord Pas de Calais auprès de médecins généralistes prescripteurs de TSO, aucun d'entre eux n'avait reçu de formation (44). De ces lacunes découlent une méconnaissance des TSO (38), un manque de repérage des troubles psychiatriques, des consommations associées et du mésusage, une évaluation approximative des problèmes judiciaires et de la qualité de vie ; l'idée que les TSO ne font que transférer et maintenir l'addiction (42,43) ; que l'arrêt du TSO est un objectif en soi et qu'il doit être atteint rapidement sans tenir compte de l'avis des patients (42,44). A noter que le même discours est retrouvé chez les internes (45). Paradoxalement dans cette même étude, alors que 65% des médecins interrogés estimaient avoir une formation en addictologie insuffisante, 68% ne souhaitaient pas de formation complémentaire. Ceci montre que la réticence au suivi de ces patients va au-delà du manque de formation.

## 2. La stigmatisation en santé mentale

### 2.1. La stigmatisation de patients atteints de pathologie psychiatrique, ou stigmatisation liée à la condition

#### 2.1.1. Pas une, mais des stigmatisations

La stigmatisation est conférée par des étiquettes, qui sont des termes officiellement sanctionnés par un groupe ou organisation sociale au sein d'une culture particulière (par exemple, "malade mental" par la profession médicale). Ces étiquettes produisent des stéréotypes, que sont les croyances et attitudes négatives attribuées aux entités sociales ainsi étiquetées, avec deux conséquences sociales négatives : les préjugés (approbation des stéréotypes), et la discrimination (traitement différencié et défavorisé des personnes stigmatisées) (46). En d'autres termes, la stigmatisation peut être définie comme la perte de statut social et la discrimination déclenchées par des stéréotypes négatifs dans une société (47).

Lorsque nous parlons de stigmatisation, nous faisons souvent référence à sa forme la plus commune, où les personnes non stigmatisées discriminent un groupe conformément aux stéréotypes sociétaux négatifs (48). C'est ce qui caractérise la stigmatisation publique, ou hétéro-stigmatisation (« *public stigma* »). La stigmatisation peut aussi être perçue ou ressentie (« *perceived stigma* », « *felt stigma* ») par un individu donné, correspondant alors à la prise de conscience de la façon dont la société perçoit le groupe auquel il appartient (49).

Ces deux dimensions sont les plus évidentes. Cependant, nous savons que le préjudice causé par la stigmatisation n'est pas simplement le résultat direct de la discrimination par autrui, mais peut résulter de l'intériorisation des attitudes et des croyances du public par l'individu

stigmatisé (50). La stigmatisation intériorisée/internalisée, ou auto-stigmatisation (« *internalized stigma* », « *self stigma* »), peut être décrite comme l'expérience subjective et interne de la stigmatisation ; comme la dévaluation, la honte, le secret et le retrait provoqués par l'application de stéréotypes négatifs à soi-même (48). L'individu accepte les préjugés de la société et l'intègre dans son propre système de valeurs (49). Il applique ensuite cette stigmatisation aux membres du groupe auquel il appartient et/ou à lui-même (51,52). L'auto-stigmatisation est la conséquence de l'hétéro-stigmatisation et de la stigmatisation perçue. C'est ce qu'a montré notamment une large étude menée dans 14 pays Européens en 2012 (53). De plus, il semble qu'au sein d'un même groupe de patients soumis à de l'hétéro-stigmatisation (dont ils ont conscience), ce sont ceux qui présentent une plus forte auto-stigmatisation qui souffrent le plus. Les autres éprouvent plus d'autonomisation, d'estime de soi, ou restent insensibles aux stéréotypes négatifs dont ils font l'objet (54). Aussi, le lien entre la stigmatisation publique et perçue et la volonté de demander de l'aide ou des conseils médicaux serait entièrement médié par l'auto-stigmatisation (55). Il semble donc que ce soit l'auto-stigmatisation qui reflète le mieux la souffrance des patients et les conséquences pratiques de ce phénomène.

### *2.1.2. La stigmatisation en lien avec la condition, ou « condition stigma »*

Il est certain que les patients atteints de pathologies psychiatriques souffrent de stigmatisation (50,56–59). Parmi les préjugés les plus répandus, on retrouve que les patients atteints d'une pathologie mentale seraient imprévisibles, dangereux et violents (56,59,60). Au sein de la population générale, cette stigmatisation peut se traduire par : de la peur, une volonté de distance sociale, un désir d'exclusion de certaines activités ou certains rôles citoyens, et des affectes négatifs à l'égard de ces patients (46). C'est particulièrement le cas pour les patients souffrant de schizophrénie ou de pathologies psychotiques (61,62). Dans une étude pan-européenne menée à travers 6 pays en 2010, 33% des participants avaient signalé un niveau d'auto-stigmatisation modéré à élevé, et 67% avaient perçu des niveaux modérés à élevés de stigmatisation sociale envers les personnes atteintes de maladies mentales (61). Contrairement aux pathologies physiques, les personnes atteintes de pathologies mentales sont perçues par le public comme étant responsables de leur pathologie, et comme ayant un contrôle possible sur son évolution (63,64). Ce groupe de patients suscitent plus de colère, moins d'empathie et la population pense qu'ils méritent moins d'être aidés que les patients atteints de pathologies physiques (65).

Ces 15 dernières années, les recherches se sont axées sur la nécessité d'une meilleure compréhension des expériences vécues par les personnes stigmatisées, la compréhension des

racines de la stigmatisation, ainsi que des implications politiques et pratiques. Durant cette période, le public occidental apparaît plus compréhensif concernant les causes sous-jacentes aux maladies mentales, et accepte qu'elles soient du même ordre que d'autres maladies. Il rejette plus souvent les notions situant la maladie mentale dans la faiblesse et les échecs individuels (46,66). Cependant, les niveaux d'hétéro-stigmatisation dans ce domaine restent élevés et associés à la persistance d'opinions et attitudes négatives (66,67). Il apparaît que les niveaux de stigmatisation les plus bas seraient associés, entre autre, à une dissimulation de la maladie ou du traitement plus importante par le patient (66).

En addictologie plus précisément, il est admis que les patients atteints de TU d'alcool (56,67–69), de tabac (70–72) et de cannabis (73–75), souffrent d'hétéro-stigmatisation. Plusieurs études ont également exploré la stigmatisation vis-à-vis des patients avec TUO ou les usagers de drogues de manière plus large (56,69,75). Cette catégorie de patients n'est pas épargnée. Certaines études, comme celle de Barry et al. en 2014 (76), suggèrent même qu'elle serait en réalité soumise à une plus grande hétéro-stigmatisation que les patients atteints d'autres pathologies mentales. Les répondants avaient des opinions significativement plus négatives envers les personnes « toxicomanes », un plus grand désir de distance sociale, étaient plus enclins à accepter des pratiques discriminatoires envers elles, plus sceptiques quant à l'efficacité des traitements et plus susceptibles de s'opposer aux politiques visant à les aider.

Au sein des professionnels de santé, cette stigmatisation est opérée notamment par les médecins généralistes et les étudiants (développé précédemment) ; par le corps paramédical en général (77–80) ; par les pharmaciens, refusant par exemple la délivrance de kits seringues (81) ; et dans les services d'hospitalisation. Dans une étude menée en 2018 dans le Massachussets, plus de 15% des patients admis en hospitalisations pour un motif en lien avec un TUO avaient subi au moins une attitude discriminatoire pendant le séjour. Aussi, 15% des refus d'hospitalisation étaient dus à de la discrimination vis-à-vis du TUO (82). En dehors du système de santé, les patients décrivent une stigmatisation également dans le champ professionnel, judiciaire et amical (83).

Ceci entre dans le cadre du concept de « *condition stigma* », où la stigmatisation est en lien avec la condition physique et/ou psychique, la pathologie d'un individu.

### 2.1.3. *Conséquences connues de ces phénomènes*

Avoir conscience de ces faits, les analyser et les comprendre est un enjeu majeur de santé publique. En effet, des conséquences désastreuses (à l'échelle individuelle et populationnelle)

de la stigmatisation envers les patients avec pathologie psychiatrique ou TUO, ont largement été décrites.

Une revue systématique de la littérature (49) synthétise les travaux menés jusqu'en 2010, et met en évidence que la stigmatisation intériorisée en santé mentale impacte négativement l'espoir, l'estime de soi (47), l'autonomisation des patients (entraînant ainsi un défaut d'engagement dans les projets qui auraient pu être entrepris (84)) et leur observance thérapeutique. Il est alors aisé de comprendre que ceci compromet leur rétablissement. Une association est d'ailleurs démontrée entre stigmatisation intériorisée et gravité des symptômes psychiatriques. Ce travail souligne également que dans la majorité des études analysées, la stigmatisation intériorisée impacte significativement toutes les variables psycho-sociales, dont l'intégration sociale et la qualité de vie (49,85,86). Cependant, il existe des disparités de résultats dans les études comparant plusieurs pays entre eux, mettant en avant un facteur culturel à prendre en compte (61).

Les études menées après 2010 ne montrent pas de grandes améliorations et retrouvent notamment un sur risque de syndrome dépressif (48) et d'idées suicidaires (87). Les patients rapportent aussi subir des soins retardés ou de qualité inférieure concernant les problèmes aigus en lien avec leurs consommations d'opiacés (81). Face à cela, ils ressentent de la frustration, et développent diverses stratégies d'adaptation : un report de la divulgation de leur pathologie/de leurs consommations (46) ; changement fréquent de médecin notamment. Les études confirment la persistance de conséquences sur le rétablissement clinique et personnel (47,88), sur l'engagement dans les soins (88,89), et sur la volonté de solliciter le système de soins et les soignants en cas de besoins (55,90). Ce retard de recours aux soins se traduit, *in fine*, par un retard de prise en charge globale. Effectivement, certaines pathologies cancéreuses ou chroniques sont découvertes plus tardivement chez les patients avec pathologie mentale et/ou addictive (91). A noter qu'un retard de prise en charge de la pathologie addictive en elle-même se surajoute, notamment en France, par manque d'accès aux centres de soins (92,93).

## 2.2. La stigmatisation des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés

### 2.2.1. Le concept « d'intervention stigma »

Mais alors, les patients engagés dans un processus de soin, sous TSO, quittent-ils ce statut de patients stigmatisés ? Il serait intuitif de penser qu'en quittant l'état de patients « toxicomanes », « usagers de drogue », ils ne fassent plus l'objet de stigmatisation. Plusieurs études d'ailleurs ont décrit l'intervention médicale comme modificateur de la stigmatisation de

la condition, permettant son atténuation (46). Cependant, l'intervention médicale ne réduit pas toujours la stigmatisation. L'autre effet possible est le report de la stigmatisation sur le traitement (« *treatment carryover* »), processus dans lequel les patients pensent que se soumettre à un traitement pour une condition qu'ils cachent entraînera sa divulgation, un étiquetage officiel et public et diminuera leur statut social (46).

Les TSO, nous l'avons vu, sont une composante très importante de la prise en charge des patients avec TUO et ont montré leurs bénéfices et leur efficacité. Malgré cela, le public et certains professionnels de santé continuent de considérer les TSO comme une drogue légale, et donc les patients en bénéficiant, comme des drogués. Dans les services de maternité par exemple, les patients avec antécédents de TUO voient dans les TSO l'opportunité de devenir de bons parents, tandis que certains soignants les considèrent comme étant la justification d'une méfiance envers leur capacité à être des parents fiables (94). Ceci reflète le mode de pensée de la société actuelle (population générale, professionnels de santé, et les patients eux-mêmes) qui valorise l'abstinence totale plutôt que le traitement médicamenteux (95,96).

Ainsi, les études menées auprès de patients sous TSO sevrés d'opiacés illicites retrouvent une stigmatisation publique et ressentie persistantes (79,97,98) dans les domaines social, familial, professionnel (98–100), dans le système judiciaire, politique, et par les services administratifs (98). Ces résultats illustrent le concept récent de stigmatisation d'intervention (« *intervention stigma* ») (101), où le patient n'est plus stigmatisé du fait de sa pathologie, mais du fait de l'intervention médicale. Ce concept est particulièrement visible concernant les TSO, dont la prescription stigmatise patients et prescripteurs (101,102). Il semblerait, en outre, que la méthadone soit le plus la cible d'hétéro et auto-stigmatisation (83,98,103,104). Sa perception est plus négative, ses contraintes de prises sont plus strictes, considérées comme plus infantilissantes, et l'idée très répandue selon laquelle il est encore plus dur de s'en sevrer que de se sevrer de l'héroïne, explique que ce médicament véhicule une image très négative encore aujourd'hui.

Un grand nombre d'études a été réalisé aux USA, où la législation et les mentalités sont peu comparables à la France. Leurs résultats méritent tout de même d'être soulignés car ils évoquent une stigmatisation des patients sous TSO dans plusieurs domaines. Dans le système de santé d'abord : refus d'hospitalisation (82) ; refus de dispenser les soins à domicile des patients sous TSO après une pathologie aiguë (105) ; refus d'admission de patients sous méthadone dans les EHPAD. Dans le système judiciaire ensuite, où jusqu'en 2015, les juges et agents de probation étaient autorisés à ordonner aux patients de diminuer ou d'arrêter leur méthadone (entraînant plusieurs cas de décès faisant suite à des rechutes). Puis, dans les services publics : avant 2015, l'opinion publique était favorable à la perte de droits civiques des

« anciens toxicomanes » (100) ; placements d'enfants car l'un des parents était sous méthadone. Enfin, il existe une perte de chance d'accès au logement, et une moindre confidentialité (100). A noter que des résultats concordants (90,98,104,106) ont été publiés dans d'autres pays européens comme l'Allemagne ou la Suisse, plus comparables à la France.

### *2.2.2. Conséquences sur les soins et le rétablissement*

Une étude comparative menée en Australie en 2017 a mis en évidence que les patients sous TSO avaient plus d'affects négatifs, de signe de schizotypie, et un fonctionnement social plus pauvre que le reste de la population (107). Ces 3 variables étaient associées au fait que les patients sous TSO rapportaient être l'objet de stéréotypes négatifs. Le fonctionnement social étant un aspect important du rétablissement, nous comprenons l'ampleur du retentissement fonctionnel. Aussi, de manière similaire aux patients atteints de TUO non traités qui dissimulent leurs pratiques addictives, les patients sous TSO ont tendance à dissimuler leur traitement lorsque la stigmatisation ressentie en lien avec ce dernier est plus importante (79,90,99,100), pouvant engendrer notamment des erreurs de prise en charge (interactions médicamenteuses qui auraient pu être évitées par exemple).

En interrogeant les patients, nous apprenons également que la crainte de cette stigmatisation tournée vers le TSO leur fait parfois préférer l'automédication au long cours avec la prise de méthadone ou de BHD « de rue ». Cela leur permettrait d'éviter les situations potentiellement stigmatisantes en lien avec la prescription, la délivrance, la prise, et la divulgation de la prise du TSO à leurs proches, au public, ou aux professionnels de santé (108). Pire, cette crainte est souvent avancée comme un frein à toute initiation/prise de TSO (78,83,104).

A l'hôpital ou lors de soins aigus, la stigmatisation semble bien présente et conduit, en outre, à des douleurs insuffisamment repérées, voire niées par les soignants. Les conséquences résident en une majoration du risque de syndrome anxieux, dépressif, de douleurs chroniques, d'isolement social, d'altération de l'état de santé, et accroît la méfiance des patients envers le système de santé (77). Ces patients ont donc tendance à éviter ou retarder leurs soins, tout comme les patients avec TUO non traités. Dans une étude réalisée en Ontario (109), les patients sous méthadone étaient moins susceptibles de se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, le cancer colo-rectal, ou pour le diabète. Ces résultats semblent multifactoriels, résultants des refus de prise en charge par certains médecins, d'un niveau inférieur de dépistage, ainsi que d'un certain évitement du système de soin par les patients. Ce constat est préoccupant, sachant que cette population a un moins bon état de santé basal, avec un surrisque supposé de pathologies respiratoires, hépatiques, et d'obésité, entre autres (110).

### 3. Objectifs de l'étude

#### 3.1. Objectif primaire

Le but de cette étude était de caractériser la stigmatisation éprouvée par les patients en lien avec leur TSO, actuel ou passé. Pour ce faire, nous avons opté pour une méthodologie quantitative.

L'objectif principal était de quantifier l'auto-stigmatisation de ces patients. Pour y répondre, nous avons choisi de prendre comme critère de jugement principal le score obtenu à l'échelle SSS-S (*Self Stigma Scale – Short*) de mesure de l'auto-stigmatisation.

Le tableau se trouvant en annexe n°1 résume les principales études s'intéressant à notre sujet, ainsi que les points communs et divergents avec notre étude. A ce jour et à notre connaissance, aucun travail n'a quantifié ni caractérisé la stigmatisation (et plus spécifiquement l'auto-stigmatisation) des patients sous TSO en France. Des travaux sur le sujet ont été menés notamment aux Etats Unis, ainsi qu'en Allemagne et en Suisse. Or, nous l'avons vu précédemment, les différences culturelles amènent à des résultats différents selon les pays, ce qui nous pousse à effectuer ce travail en France. De plus, les résultats des études quantitatives sur le niveau de stigmatisation des patients sous TSO ont été publiés il y a près de 10 ans. Il me semblait donc intéressant de mener ce travail à distance des dernières études.

#### 3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de déterminer : les facteurs associés à une plus grande auto-stigmatisation au sein des patients sous TSO ; la proportion des patients déclarant avoir déjà vécu une situation stigmatisante dans un contexte de soin par un ou des professionnels de santé ; si le niveau d'auto-stigmatisation est lié à un retard de recours aux soins.

## **II. MATERIELS ET METHODES**

### **1. Sélection des sujets**

Notre étude, appelée « STIGMA », est une étude monocentrique, observationnelle, transversale.

Elle a été proposée aux patients répondant aux critères d'inclusion suivants : avoir un TUO (actuel ou passé) ; être traité ou avoir été traité par un TSO ; être suivi ou avoir été suivi dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes depuis 2012. N'étaient pas inclus dans l'étude les patients ne comprenant pas le français oral ou écrit ; les patients non affiliés à un régime de sécurité sociale ; les patients dont l'état psychique ou cognitif ne permettait pas de répondre aux questions ou de consentir ; les patients sous mesure de protection juridique ; les patients ayant exprimé leur opposition orale.

N'ayant recensé aucune étude évaluant l'auto-stigmatisation des patients sous TSO à l'aide d'un score en France, notre étude était pleinement exploratoire. Nous avons donc inclus le plus grand nombre de patients possible, sans calcul du nombre de sujets nécessaires à priori.

### **2. Intervention et schéma de l'étude**

Le recrutement a été réalisé du 16 novembre 2022 au 6 avril 2023, dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes.

Il était proposé aux patients éligibles de compléter un auto-questionnaire anonyme. Les patients encore suivis dans le service ont été systématiquement invités à participer lors de leur consultation de suivi. S'ils acceptaient, ils complétaient l'auto-questionnaire sur place. Ceux n'étant plus suivis étaient invités à participer par un appel téléphonique et un courrier. Ils recevaient l'auto-questionnaire à domicile, le complétaient et le renvoyaient grâce à une enveloppe préaffranchie.

### **3. Outils d'évaluation**

L'auto-questionnaire comprenait 4 volets (cf annexe n°2) : le 1<sup>er</sup> récoltait des données socio-démographiques ; le 2<sup>e</sup> des données médicales ; le 3<sup>e</sup> explorait certains aspects de l'hétéro-stigmatisation et de la stigmatisation perçue ; et le 4<sup>e</sup> explorait l'auto-stigmatisation.

### 3.1. Données socio-démographiques

Nous avons recueilli les variables suivantes : l'âge ; le sexe ; le niveau d'étude (diplôme le plus élevé obtenu) ; la situation familiale ; la présence d'enfants (à charge ou non) ; l'entourage social ; la présence de personnes consommatrices de substances dans l'entourage ; la situation vis-à-vis du logement ; la situation professionnelle et/ou scolaire ; le type de ressources ; la présence d'un endettement.

### 3.2. Données médicales

Le questionnaire évaluait la présence de dommages en lien avec la consommation actuelle ou passée d'opioïdes, à savoir : la présence d'antécédents psychiatriques, somatiques, de conséquences professionnelles, socio-affectives, financières, ou judiciaires. Nous avons également recueilli l'âge de début des consommations d'opiacés, l'âge d'entrée dans la dépendance (définie ici comme la date de début des consommations quotidiennes d'opiacés), le délai entre le début des consommations quotidiennes et la première séquence de soin. Enfin, nous demandions le détail des différents TSO pris tout au long du parcours de soin avec l'âge de début, la durée du traitement, si le patient était encore sous TSO au moment où le questionnaire était rempli, et quelle était leur consommation d'opiacés sur les 2 derniers mois.

### 3.3. Mesure de l'hétéro-stigmatisation et de la stigmatisation perçue

Les questions abordant l'hétéro-stigmatisation étaient purement exploratoires et ne sont pas issues de scores validés ni d'autres articles dans la littérature. En effet, les scores validés comportaient un trop grand nombre de questions, exposant au risque d'une diminution de la participation des patients. D'autre part je souhaitais principalement évaluer la présence d'hétéro-stigmatisation au sein du système de santé. Cette dimension a donc été explorée par des questions non spécifiques. Les variables recueillies étaient : la qualité de la relation avec le médecin traitant ; la présence d'au moins une attitude vécue comme stigmatisante au cours de leur vie de la part d'un professionnel de santé (médical et paramédical) en lien avec la prise d'opiacés, en lien avec la prise de TSO ; l'existence d'au moins un refus de prise en charge par un professionnel de santé également en lien avec la prise d'opiacés, ou la prise de TSO. La dernière variable était la présence d'un retard de recours aux soins conscient en lien avec la crainte d'être stigmatisé du fait de la prise d'un TSO.

### 3.4. Mesure de l'auto-stigmatisation

Nous avons utilisé l'échelle SSS-S (*Self-Stigma Scale – Short*) qui est la version française et simplifiée de la SSS (*Self-Stigma Scale*), validée auprès de patients atteints de pathologie psychiatrique en 2021 (111). Elle est composée de 9 affirmations (comportant 3 parties explorant respectivement la cognition, l'affect, et le comportement), pour lesquelles les patients doivent indiquer leur degré d'accord ou de désaccord : de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Le score total peut donc aller de 9 à 45. Un score élevé indique une plus forte auto-stigmatisation, et il a été décrit 5 catégories de résultats : la classe 1 (stigmatisation très faible) s'étend de 9 à 15 points (inclus) ; la classe 2 (stigmatisation faible) s'étend de 16 à 22 points (inclus) ; la classe 3 (stigmatisation moyenne) s'étend de 23 à 33 points (inclus) ; la classe 4 (stigmatisation élevée) s'étend de 34 à 42 points (inclus) ; enfin, la classe 5 (stigmatisation très élevée) s'étend de 43 à 45 points (inclus). L'échelle SSS-S modifiée pour les TSO se trouve en annexe n°3.

Plusieurs instruments standardisés mesurent des dimensions relatives à l'auto-stigmatisation. L'échelle KSS (*King et al Stigma Scale*) par exemple, est disponible en version Française, tout comme l'échelle ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness*) qui mesure quatre dimensions dont deux plutôt en lien avec l'hétéro-stigmatisation, et deux avec l'auto-stigmatisation ; ou encore la PaSS-24 (échelle du paradoxe de l'auto-stigmatisation). Ce sont les échelles principalement utilisées dans les travaux de recherche.

Cependant, au vu de la population étudiée, qui reste souvent difficilement mobilisable pour les études, avec des taux de réponses prévisibles aux questionnaires assez faibles, il était préférable d'utiliser un outil pouvant être rempli rapidement, et à fortiori pendant la consultation de suivi. L'instrument utilisé a donc l'avantage d'être très court avec seulement neuf items. Cette échelle possède une bonne validité interne : CFI (*comparative fit index*) = 0,987 ; TLI (*Tucker–Lewis Index*) = 0,981 ; RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) = 0,093. Les coefficients de consistance interne des différents scores sont satisfaisants à excellents (coefficient Omega ( $\omega$ ) de McDonald entre 0,78 et 0,91, et un coefficient alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach entre 0,74 et 0,91 pour les différents scores). D'autre part, les corrélations entre les scores de l'échelle SSS-S et les autres échelles sont substantielles, significatives et dans la direction attendue.

Bien que décrite comme probablement moins sensible que la PaSS-24, elle peut cependant la remplacer si le temps consacré à la complétion du questionnaire est limité. Enfin, d'un point de vue clinique, elle classe les patients en 5 classes selon leur niveau d'auto-stigmatisation,

permettent au clinicien de repérer rapidement si un patient est concerné par des niveaux élevés d'auto-stigmatisation.

#### 4. Analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons décrit l'échantillon par des moyennes et écarts-types/déviations standards (DS) pour les variables dimensionnelles, par des effectifs et pourcentages pour les variables catégorielles.

Dans un deuxième temps, nous avons exploré les facteurs associés à une plus grande auto-stigmatisation, c'est-à-dire à un score plus élevé à l'échelle SSS-S. Nous avons pour cela mené une analyse bivariée, en sous-groupes. Nous avons comparé les caractéristiques des patients ayant obtenu un score inférieur à 23 (groupe 1), à celles des patients ayant obtenu un score supérieur ou égal à 23 à l'échelle SSS-S (groupe 2). Nous avons estimé que le retentissement clinique et fonctionnel pour les patients était significatif à partir d'un niveau d'auto-stigmatisation moyen, ce qui justifie notre choix. De plus, l'effectif semblait équilibré entre les deux groupes. Un test du  $\text{Khi}^2$  a été réalisé pour tester l'indépendance des variables analysées vis-à-vis du groupe (1 ou 2). Les tableaux de contingences ainsi que la table d'interprétation du  $\text{Khi}^2$  se trouvent respectivement en annexes n°4 et n°5. Un test de Mann Witney a également été utilisé pour tester l'indépendance des variables quantitatives continues vis-à-vis des variables qualitatives. Nous retenons une valeur de  $p < 0,05$  comme seuil de significativité. L'étude étant simplement exploratoire, aucune correction n'a été réalisée afin de pallier l'inflation du risque alpha.

Dans un troisième temps, nous avons calculé la proportion de patients déclarant avoir déjà vécu une situation stigmatisante par un ou des professionnels de santé, exprimée par le pourcentage de patients ayant répondu de manière affirmative à la question non spécifique abordant ce sujet.

Enfin, nous avons estimé la force du lien entre le score SSS-S et le délai entre le début de la dépendance et la première séquence de soins grâce à une corrélation de Spearman.

## 5. Considérations légales et éthiques

Le protocole de l'étude STIGMA a été approuvé par le GNEDS (Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé) le 19/09/2022. Les informations ont été délivrées aux patients à l'oral et par écrit. Faisant partie des recherches non interventionnelles, l'inclusion s'est faite par recueil oral de la non-opposition. Un exemplaire de la lettre d'information était ensuite remis au patient, et un exemplaire daté et signé par le médecin était conservé dans le service. Les données ont été totalement anonymisées. L'ensemble des documents et des données a été stocké et traité au sein du service d'Addictologie de l'hôpital de Nantes, dans un dossier prévu à cet effet. Seul l'investigateur principal et le statisticien avaient accès à ces documents.

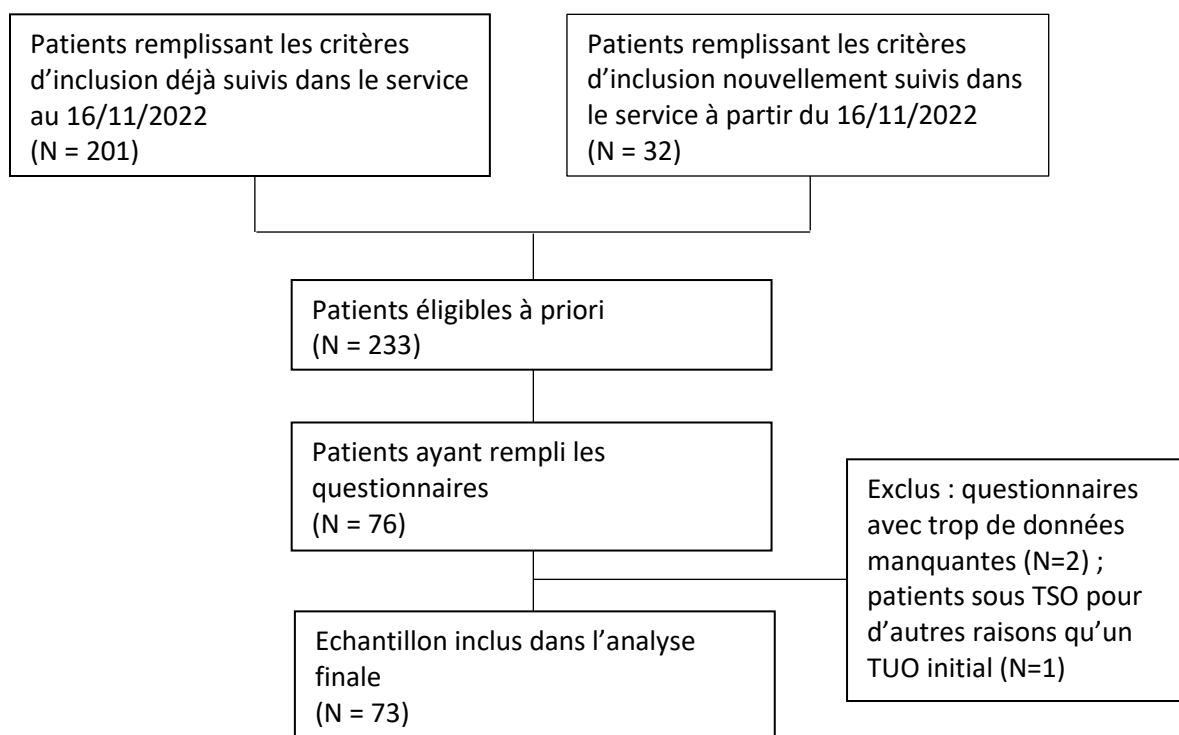
### III. RESULTATS

#### 1. Description de l'échantillon

##### 1.1. Diagramme de flux

La figure n°1 ci-dessous représente les patients inclus et exclus de l'analyse statistique.

*Figure n° 1 : diagramme de flux*



##### 1.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les tableaux n°1 et n°2 ci-dessous exposent les différentes variables caractéristiques de l'échantillon de patients étudié.

*Tableau n° 1 : données socio-démographiques de l'échantillon*

<b>Variables</b>	<b>Effectifs en pourcentages (N total=73)</b>	<b>Moyenne (DS)</b>
Sexe (hommes) (femmes)	72,6% (N=53) 27,4% (N=20)	41,3 (9,62)
Age ( <i>en années</i> )		
Niveau d'étude :		
- Diplôme inférieur au niveau BAC, ou absence de diplôme	42,5% (N=31)	
- Diplôme supérieur ou égal au niveau BAC	54,8% (N=40)	
Vit en couple	39,7% (N=29)	
Présence d'enfant(s) à charge	31,5% (N=23)	
Conjoint(e) consommateur(rice) de substance(s)	12,3% (N=9)	
Ami(es) consommateur(ices) de substance(s)	57,5% (N=42)	
Logement stable	79,5% (N=58)	
En activité professionnelle	38,4% (N=28)	
Ressources :		
- Revenus réguliers	50,7% (N=37)	
- Prestations sociales et/ou absence de revenus	45,2% (N=33)	
Dettes en cours	28,8% (N=21)	

L'échantillon contenait environ deux tiers d'hommes et un tiers de femmes. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 41,3 ans. Vingt-trois patients, soit 31,5% de l'effectif avaient un ou plusieurs enfants à charge. Les patients avaient un logement stable à 79,5%, cependant ils étaient une minorité, 38,4%, à être en activité professionnelle. Presque un tiers des patients, soit 28,8%, avaient des dettes en cours au moment de leur participation.

Tableau n°2 : données médicales de l'échantillon

Variables	Effectifs en pourcentages (N=73)	Moyenne (DS)
Age de début des consommations d'opiacés ( <i>en années</i> )		21,5 (6,0)
Age de début de la dépendance* ( <i>en années</i> )		23,7 (6,41)
Délai entre le début de la dépendance et la première séquence de soins ( <i>en années</i> )		<b>5,12 (3,97)</b>
Antécédents psychiatriques en lien avec l'addiction	83,6% (N=61)	
Antécédents somatiques en lien avec l'addiction	32,9% (N=24)	
Antécédents de problèmes professionnels en lien avec l'addiction	61,6% (N=45)	
Antécédents de problèmes socio-affectifs en lien avec l'addiction	57,5% (N=42)	
Antécédents judiciaires en lien avec l'addiction	41,1% (N=30)	
Antécédents de problèmes financiers en lien avec l'addiction	46,6% (N=34)	
Patients actuellement sous TSO	<b>87,7% (N=64)</b>	
Patients actuellement sous Buprénorphine	24,7% (N=18)	
Patients actuellement sous méthadone	61,6% (N=45)	
Patients ayant consommé des opiacés dans les 2 mois précédents la complétion du questionnaire ( <i>qu'ils soient sous TSO ou non</i> )	<b>31,5% (N=23)</b>	

\* Définie ici comme le début de consommation quotidienne d'opiacés

L'âge moyen des premières consommations d'opiacés était de 21,5 ans, et l'âge d'entrée dans la dépendance était en moyenne de 23,7 ans. Le délai moyen rapporté entre le début de la dépendance et la première séquence de soin vis-à-vis du TUO était de 5,12 ans.

Soixante-quatre patients, soit 87,7% des patients interrogés étaient encore sous TSO au moment de l'inclusion, dont 24,7% de l'effectif sous BHD et 61,6% sous méthadone. Durant les 2 mois précédents le remplissage du questionnaire, la majorité des patients (68,5%) n'avaient pas consommé d'opiacés (indépendamment de leur prise de TSO s'ils en avaient).

Les dommages en lien avec le TUO étaient fortement présents, et sont exposés dans le tableau n°2 également.

## 2. Auto-stigmatisation et hétéro-stigmatisation

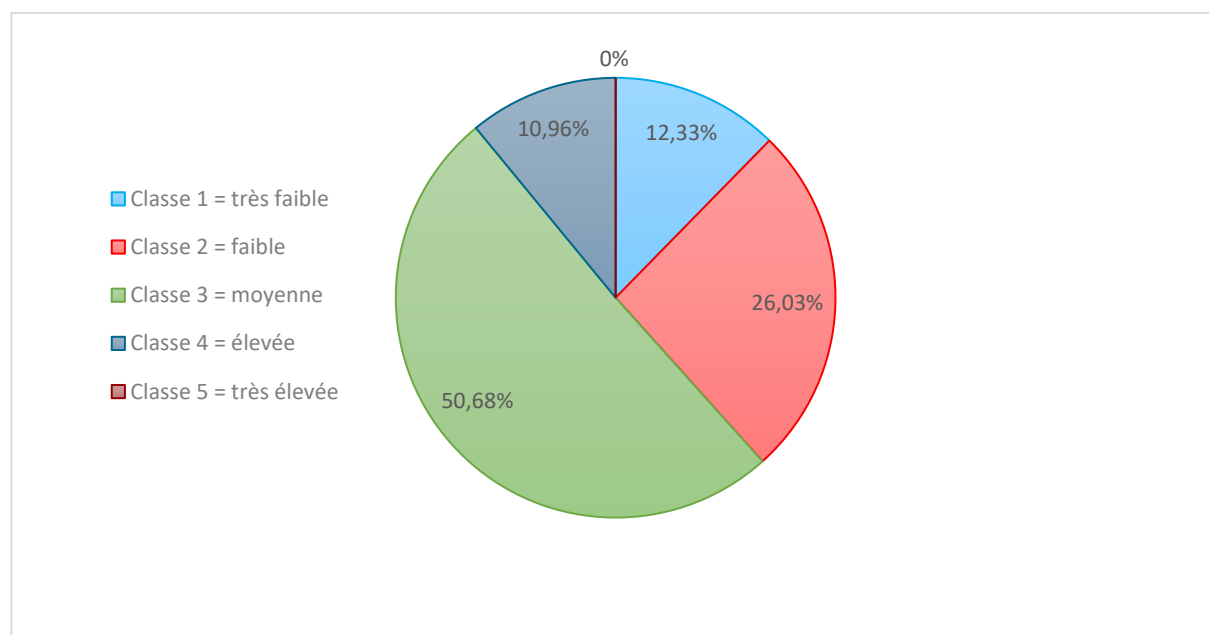
### 2.1. Analyses descriptives sur le critère de jugement principal

Le score moyen obtenu au score SSS-S était de 24,7 (DS 7,5). Quarante-cinq patients, soit 61,64% des patients présentaient un score supérieur ou égal à 23, soit un niveau d'auto-stigmatisation moyen à très élevé ; vingt-huit patients, soit 38,36% de l'effectif total présentaient un score strictement inférieur à 23, soit un niveau d'auto-stigmatisation faible à très faible. Ces résultats sont représentés dans le tableau n°3. Aucun patient ne se trouve dans la classe 5 (stigmatisation très élevée). Les résultats sont également exposés dans la figure n°2.

*Tableau n°3 : répartition des effectifs selon les résultats au score SSS-S*

Classes	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
Rangs de scores correspondants	[9-15]	[16-22]	[23-33]	[34-42]	[43-45]
Niveaux d'auto-stigmatisation	Très faible	Faible	Moyen	Elevé	<b>Très élevé</b>
Effectif (N total = 73)	9	19	37	8	<b>0</b>
Pourcentage de l'échantillon	12,33%	26,03%	50,68%	10,96%	<b>0%</b>

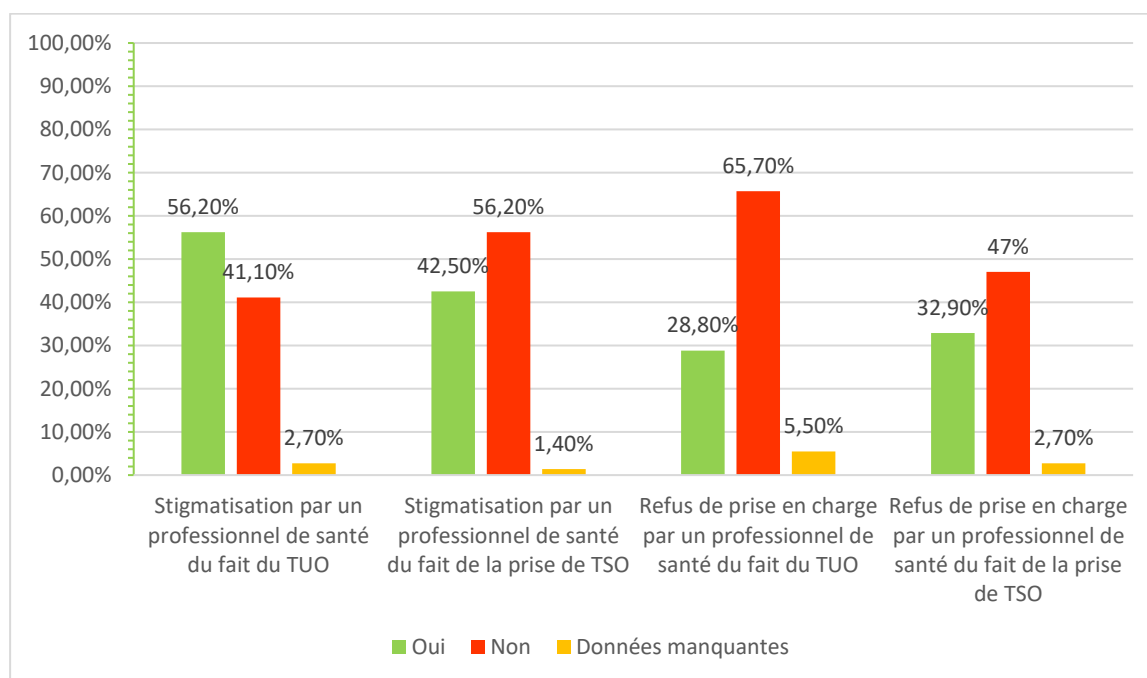
*Figure n°2 : diagramme circulaire représentant la répartition des effectifs (en pourcentages) selon les classes de stigmatisation au score SSS-S*



## 2.2. Analyses descriptives portant sur l'hétéro-stigmatisation

Les proportions de patients ayant déjà vécu des situations stigmatisantes dans le système de soins en lien avec le TSO ou le TUO sont décrites dans la figure n°3 ci-dessous, en pourcentages de l'effectif ayant été inclus dans les analyses.

*Figure n°3 : diagramme en barre représentant le pourcentage de patients ayant et n'ayant pas vécu une situation de stigmatisation ou de refus de soins par un professionnel de santé*



Nous observons que les patients qui déclarent avoir subi une situation de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec leur TSO (N=31, soit 42,5%), étaient moins nombreux que ceux qui rapportent une stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec leur TUO (N=41 soit 56,2%). Les refus de prise en charge observés en lien avec le TSO ont été rapportés par environ un tiers des patients (N=24 soit 32,9% des patients), tout comme les refus de prise en charge liés au TUO qui ont été rapportés par 28,8% de l'échantillon (N=21). Exceptée la stigmatisation vis-à-vis du TUO, la proportion de patients n'ayant pas été victime de situations stigmatisantes (incluant le refus de prise en charge) est tout de même majoritaire.

Par ailleurs, 24,7% (N=18) des patients ayant répondu aux questionnaires déclaraient avoir déjà retardé des soins par peur d'être stigmatisés du fait de la prise d'un TSO.

Néanmoins, les patients déclaraient avoir pour la plupart une bonne relation avec leur médecin traitant : 84,9 % (N=62) des patients ont une relation de bonne ou moyenne qualité avec ce dernier, contre 12,3% (N=9) qui déclaraient une mauvaise qualité de la relation ou l'absence de médecin traitant.

### 3. Comparaison des patients selon leur niveau d'auto-stigmatisation

#### 3.1. Données socio-démographiques

L'âge moyen était de 43,8 ans dans le groupe 1 et de 39,7 ans dans le groupe 2 avec un  $p$  proche de la significativité ( $p=0,113$ ) (cf tableau n°4). L'ensemble des données socio-démographiques des deux groupes sont résumées dans ce même tableau.

*Tableau n° 4 : présentation des données socio-démographiques par sous-groupe*

Variables	Groupe 1	Groupe 2	$p$
	Auto-stigmatisation très faible à faible	Auto-stigmatisation modérée à élevée	
Âge	43,8 (9,63)	39,7 (9,38)	0,113
Sexe (hommes)	82,1%	66,7%	0,149
(femmes)	17,9%	33,3%	
Niveau d'étude :			0,697
- Diplôme inférieur au niveau BAC, ou absence de diplôme	40,7%	45,5%	
- Diplôme supérieur ou égal au niveau BAC	59,3%	54,5%	
Vit en couple	28,6%	46,7%	0,124
<b>Présence d'enfant(s) à charge</b>	<b>14,3%</b>	<b>42,2%</b>	<b>0,012</b>
Conjoint(e) consommateur(rice) de substance(s)	7,1%	15,6%	0,288
Ami(s) consommateur(rices) de substance(s)	57,1%	57,8%	0,957
Logement stable	82,1%	77,8%	0,654
En activité professionnelle	37,5%	40,0%	0,714
Dettes en cours	35,7%	24,4%	0,301

Les résultats sont présentés en pourcentages pour les variables catégorielles et en moyennes (déviations standard) pour les variables continues.

Le groupe 1 était composé de 82,1% d'hommes, alors que le groupe 2 en était composé à 66,7%, avec une valeur de  $p$  proche de la significativité ( $p = 0,149$ ).

Il y avait 28,6% de patients en couple dans le groupe 1 et 48,7% dans le groupe 2, et cette différence était également proche de la significativité ( $p = 0,124$ ).

Il y avait plus de patients avec enfant(s) à charge dans le groupe 2 (42,2% des patients du groupe) que dans le groupe 1 (14,3% des patients du groupe). Après réalisation du test du Khi<sup>2</sup>, il existe une association entre ces deux variables avec un  $\chi^2$  de 6,24, et cette association était statistiquement significative ( $p = 0,012$ ).

Après réalisation du test du Khi<sup>2</sup>, aucune des analyses n'est revenue statistiquement significative sur les variables suivantes, avec un  $p$  qui restait supérieur à 0,05 (cf tableau n°4) : l'âge, le sexe, le fait d'être en couple ou non, le niveau d'études, la présence d'ami(s) consommateur(s) de substance(s) dans l'entourage, le fait que le/la conjoint(e) soit consommateur(rice) de substance(s), la situation vis-à-vis du logement, le fait d'être ou non en activité professionnelle, ainsi que la présence de dettes.

### 3.2. Données médicales

L'ensemble des données médicales sont représentées dans le tableau n°5.

Les patients du groupe 2 étaient rentrés dans la dépendance plus jeunes que les patients du groupe 1, avec un âge moyen au début de la dépendance de 22,7 ans dans le groupe 2 et de 25,5 ans dans le groupe 1. Cette différence entre les deux groupes était statistiquement significative avec un  $p = 0,031$ . Les éléments du parcours de soin, les dommages en lien avec l'addiction ainsi que les variables concernant le TSO pris par les patients sont également présentés dans le tableau n°5.

*Tableau n° 5 : présentation des données médicales par sous-groupe \**

Variables	Groupe 1	Groupe 2	p
	Auto-stigmatisation très faible à faible	Auto-stigmatisation modérée à élevée	
Âge des premières consommations d'opiacés (en années)	22,4 (6,64)	21,0 (5,57)	0,314
<b>Âge d'entrée dans la dépendance aux opiacés (en années)</b>	<b>25,5 (6,99)</b>	<b>22,7 (5,85)</b>	<b>0,031</b>
Délai entre l'entrée dans la dépendance et la première séquence de soins (en années)	5,7 (4,17)	4,7 (3,85)	0,348
Patients actuellement sous TSO	89,3%	86,7%	0,741
Type de TSO pris :			
- Buprénorphine	28,0%	28,9%	0,935
- Méthadone	72,0%	71,1%	
Consommation d'opiacés durant les 2 derniers mois indépendamment de la prise de TSO concomitante	32,1%	31,8%	0,977
Antécédents psychiatriques **	78,6%	86,7%	0,364
Antécédents somatiques **	32,1%	33,3%	0,916
Problèmes professionnels **	53,6%	68,2%	0,212
Problèmes judiciaires **	32,1%	46,7%	0,220
Problèmes financiers **	50,0%	44,4%	0,644
Problèmes socio-affectifs **	57,1%	57,8%	0,957

\*Résultats présentés en pourcentages de l'effectif de chaque sous-groupe pour les variables catégorielles et en moyennes (déviations standard) pour les variables continues.

\*\*Antécédents **en lien** avec le TUO

Les patients n'ayant pas consommé d'opiacés (indépendamment de la prise de TSO ou non) représentaient environ deux tiers de l'effectif de chaque groupe (67,9% des patients du groupe 1 et 68,2% des patients du groupe 2). Autrement dit, parmi ceux avec un score SSS-S supérieur ou égal à 23 (groupe 2), 68,2% étaient abstinents vis-à-vis des consommations d'opiacés autre que leur traitement. Cette analyse n'est cependant pas significative ( $p=0,977$ ).

Concernant l'ensemble des données médicales, la seule différence statistiquement significative mise en évidence entre les deux groupes concerne l'âge d'entrée dans la dépendance.

### 3.3. Données portant sur l'hétéro-stigmatisation

L'ensemble des résultats par sous-groupes concernant les questions non spécifiques abordant l'hétéro-stigmatisation, et plus précisément l'hétéro-stigmatisation vécue dans le système de soin, sont exposés dans le tableau n°6.

*Tableau n° 6 : présentation des données portant sur l'hétéro-stigmatisation au sein du système de santé par sous-groupes*

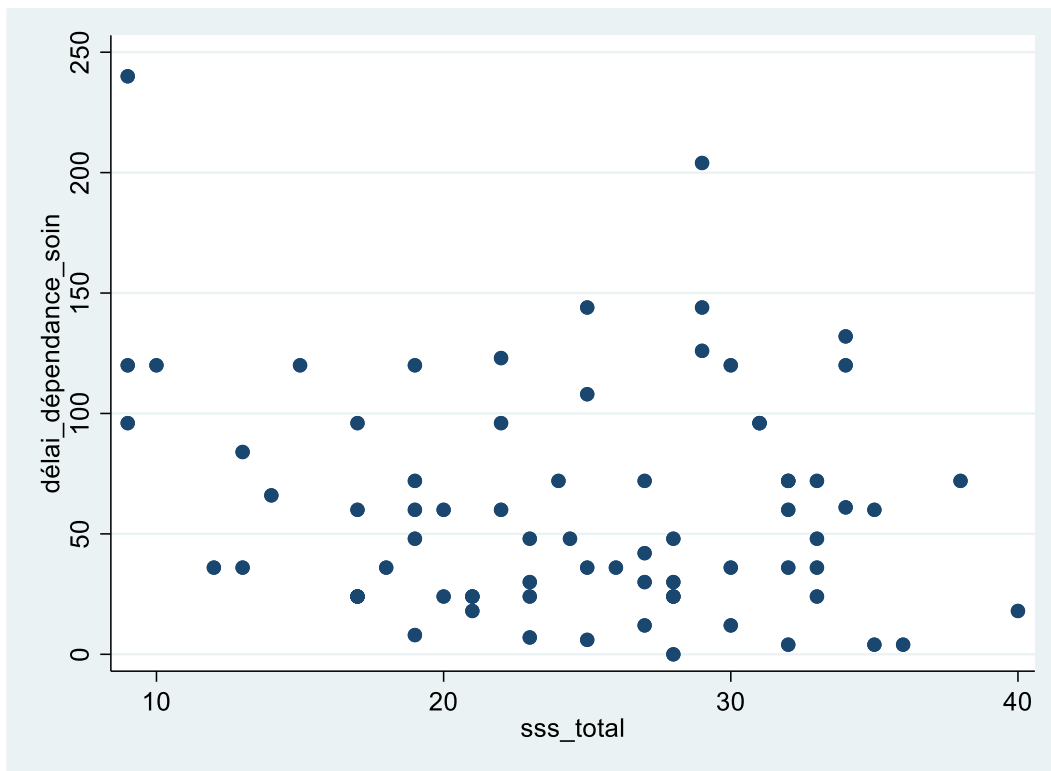
<b>Variables</b>	<b>Groupe 1 Auto-stigmatisation très faible à faible</b>	<b>Groupe 2 Auto-stigmatisation modérée à élevée</b>	<b>p</b>
Antécédent de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec la consommation d'opiacés	53,6%	60,5%	0,565
Antécédent de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec la prise de TSO	35,7%	47,7%	0,316
Antécédent de refus de prise en charge en lien avec la consommation d'opiacés	33,3%	28,6%	0,675
Antécédent de refus de prise en charge en lien avec la prise de TSO	35,7%	32,6%	0,784
Patients ayant déjà retardé des soins de peur d'être stigmatisés	17,9%	29,5%	0,264

Nous n'avons pas trouvé de différences statistiquement significatives dans les deux sous-groupes pour l'ensemble de ces variables.

### 3.4. Lien entre niveau d'auto-stigmatisation et délai de recours aux soins

La figure n°4 ci-dessous représente la répartition des délais de recours aux soins (en mois) selon le score SSS-S obtenu.

*Figure n°4 : diagramme de dispersion montrant la relation entre délai de recours aux soins (en mois) et le score SSS-S obtenu*



Le coefficient de corrélation de Spearman était de 0,11 et n'était pas statistiquement significatif ( $p=0,376$ ). Nous ne pouvons donc pas conclure sur une potentielle association entre ces deux variables.

## **IV. DISCUSSION**

### **1. Discussion des résultats**

L'objectif principal de cette étude était de quantifier l'auto-stigmatisation des patients en lien avec une prise de TSO actuelle ou passée. Les autres objectifs, secondaires, visaient à déterminer les facteurs associés à cette auto-stigmatisation, la proportion des patients ayant déjà été stigmatisés par un ou des professionnels de santé, et d'évaluer le lien potentiel entre le niveau d'auto-stigmatisation et le retard de recours aux soins.

Nos résultats indiquent un niveau d'auto-stigmatisation moyen dans notre échantillon de patients avec antécédent de TUO, liée à la prise actuelle ou passée d'un TSO, puisque la moyenne des scores au SSS-S était de 24,7 sur 45 points. Ce résultat est concordant avec la littérature puisque plusieurs études ont montré un niveau de stigmatisation significatif en lien avec les TSO. Frischknecht et al.(98) par exemple, ont montré en Allemagne un niveau de stigmatisation supérieur sur l'échelle ISMI (*Internalized Stigma of mental illness*) pour les patients sous TSO que pour des volontaires de la population générale. La moyenne à l'échelle ISMI pour les patients sous TSO était de 66 points sur 116 (DS 13,6) (plusieurs interprétations sont possibles, mais souvent nous l'utilisons comme variable continue). Une autre étude menée en Iran par Etesam et al. (79), sur des patients hommes sous méthadone, et évaluant plusieurs types de stigmatisation, révèle également un niveau d'auto-stigmatisation conséquent avec 85,4% des individus qui avaient obtenu un score supérieur à 50 dans la sous-échelle de l'ISS (*Internalized Stigma Scale*) sachant qu'un score de 50 à 60 correspond à un niveau modéré. La proportion plus importante de patients ayant un niveau de stigmatisation modéré à très élevé par rapport à nos résultats peut être expliquée par le fait que leur étude n'incluait que des patients sous méthadone, qui est jugée plus stigmatisante dans la littérature.

Ces résultats, trouvés presque 30 ans après l'AMM des TSO en France, vont donc dans le même sens que les résultats obtenus dans différents pays malgré nos différences culturelles. Ils semblent cependant en contradiction avec le recul important que nous avons actuellement sur ces traitements. Il n'est pas possible de savoir si le niveau de stigmatisation des patients en lien avec ces traitements a évolué en France dans le temps étant donné l'absence d'étude publiée sur le sujet depuis. Cependant, en 30 ans la preuve de l'efficacité des TSO et de leurs bénéfices a été démontrée à de multiples reprises, et les professionnels de santé et étudiants ont été formés sur ce sujet. Nous espérons donc retrouver un niveau de stigmatisation moins élevé. Une des hypothèses serait que certains patients plus âgés (étant sous TSO depuis plusieurs dizaines

d'années) aient été stigmatisés dans le passé, avant l'amélioration de la formation des professionnels de santé et avant la reconnaissance formelle des bénéfices des TSO. Ils auraient alors internalisé les préjugés en lien avec ces traitements et les appliqueraient encore à eux-mêmes actuellement. Cependant le lien entre la durée totale de traitement par TSO et auto-stigmatisation n'a pas été testé dans notre étude. De même, aucune association significative n'a été mise en évidence entre l'âge du patient et le niveau d'auto-stigmatisation dans notre étude. Aucune donnée probante n'a été retrouvée à ce sujet dans la littérature.

Le deuxième résultat est que près de la moitié de nos patients rapportait avoir déjà été stigmatisée par un professionnel de santé du fait de leur TSO (42,5%), la proportion étant plus importante quand il s'agissait d'une stigmatisation du fait de leur TUO (56,2%). La différence observée de stigmatisation entre les deux situations n'a pas été testée statistiquement, mais pourrait être expliquée par la formation des professionnels de santé en matière de TSO, par le bénéfice qu'apportent les TSO en matière de criminalité (22,23), de réinsertion professionnelle et sociale et par la stabilité familiale et affective qu'ils induisent, entraînant un comportement plus adapté socialement et donc moins de stigmatisation publique de la part de la population générale et des professionnels de santé. Aucune différence significative n'a cependant été retrouvée dans notre étude concernant les problèmes judiciaires, l'activité professionnelle, et les problèmes socio-affectifs selon le niveau d'auto-stigmatisation.

Nous observons ainsi que la proportion de patients dont la stigmatisation persiste de la part des professionnels de santé à cause de leur TSO reste conséquente et pourrait résulter d'une formation encore insuffisante des professionnels de santé en addictologie et en matière de TSO en France. Plusieurs travaux à l'étranger, dont celui de Garpenhag et Dahlman (90) vont dans le même sens. Ils concluent que les attitudes stigmatisantes des patients avec TUO ne cessent pas après rétablissement ou après entrée en traitement. Mauvais accueil, mauvais traitement de la douleur, impolitesse, attitude paternaliste, sont autant d'attitudes stigmatisantes des professionnels de santé rapportées par les patients de cette étude. Une autre étude, menée par Radley et al. (106), mettait en évidence également des discriminations dans les pharmacies (un temps moindre accordé aux patients sous TSO, parfois même des entrées séparées par rapport au reste de la population). Nos chiffres sont en revanche supérieurs à ceux trouvés par Frischknecht et al (98), car seulement 7% des patients « dépendants aux opiacés » de leur échantillon ont déclaré se sentir stigmatisés au sein du système de santé. Cette différence peut être expliquée par le fait que cette dimension avait été explorée par les auteurs à l'aide d'une question ouverte demandant les différents domaines où les patients ressentaient de la

stigmatisation, et il est toujours plus difficile de faire une liste exhaustive sans omettre des éléments de réponse dans les questions ouvertes.

Concernant les refus de prise en charge, ils concernent environ un tiers de l'effectif dans notre étude (32,9% de refus rapportés en lien avec la prise de TSO et 28,8% de refus de prise en charge du TUO en lui-même). Ainsi, la stigmatisation est tout de même présente au sein du système de soins, ce qui est concordant avec les études de la littérature citées en introduction (82,105). Dans l'étude de Kimmel et al., entre autres, 15,1% des refus de prise en charge à l'hôpital analysés étaient en lien avec un TUO ou la prise de TSO, dont 7,8% en lien direct avec la prise de TSO et 7,3% rapportés au TUO. Plusieurs études qualitatives menées en France auprès de médecins généralistes ont tenté d'expliquer ces difficultés pour prendre en charge les patients sous TSO. Dans ces études, les médecins et internes abordent clairement la question du suivi de ces patients et mettent en avant leurs difficultés du fait d'un manque de formation (avec notamment des difficultés dans la gestion de la posologie, des interactions médicamenteuses, de la décroissance), leur méfiance vis-à-vis de ces patients et du risque de mésusage/détournement des traitements (43,44). De plus, l'apparition puis l'accentuation progressive des déserts médicaux ces dernières années en France a pu accroître ces refus de prise en charge, du fait de l'engorgement des consultations dans les cabinets de médecine générale. En effet, un patient sous TSO doit être vu au minimum tous les 28 jours, parfois une fois par semaine, rien que pour le suivi (hors contexte de soins aigus). Nous pouvons donc supposer qu'il est plus difficile pour un médecin d'accueillir ces patients dans leur patientèle par rapport à d'autres patients dont le suivi est moins chronophage. Les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et autres centres spécialisés s'étant nettement développés à partir des années 2000, il est possible que certains médecins refusent la prise en charge des patients sous TSO et délèguent le suivi d'emblée dans ces structures par facilité.

Enfin, les seules différences statistiquement significatives retrouvées dans notre étude entre les deux groupes de patients selon leur niveau d'auto-stigmatisation concernaient les variables « enfant(s) à charge » et « âge d'entrée dans la dépendance ». Pour la variable « enfant(s) à charge », le résultat est intéressant car nous pouvons supposer que c'est lors des consultations prénatales, post-natales, ou plus tard lors des consultations de suivi ou pour des soins à l'enfant que la stigmatisation a pu être perçue par ces patients puis internalisée. En effet, plusieurs études dans la littérature évoquent cette stigmatisation lors de la grossesse (94,112). Il peut y avoir notamment un inconfort pour les professionnels de santé à l'idée de poursuivre le TSO pendant le séjour d'une future maman hospitalisée, ou une réticence à prescrire des

antalgiques/anxiolytiques supplémentaires après l'accouchement ou lors des soins. Enfin, ces patients se rendent souvent à l'hôpital après leur sortie en raison d'admissions néonatales prolongées pour syndrome de sevrage du nouveau-né, ce qui entraîne de nouvelles possibilités de « confrontation » avec le personnel soignant. Pour l'âge d'entrée dans la dépendance, dans notre étude les patients du groupe qui avaient un niveau d'auto-stigmatisation modéré à élevé étaient entrés plus jeunes dans la dépendance que l'autre groupe. Aucune donnée factuelle n'a été retrouvée dans la littérature concernant cette possible association. Une étude s'est attachée à vérifier comment les troubles des conduites sont associés au sexe, à l'âge de début de la consommation de drogues et à la catégorie de drogue utilisée (113). Il y avait dans leurs résultats une corrélation entre l'âge de début des consommations (de substances, pas spécifiquement d'opiacés), et la déscolarisation, ainsi que la criminalité notamment. Dans notre étude, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence une différence entre les deux groupes concernant l'âge de début des consommations. Néanmoins il est admis que plus tôt une personne débute les consommations, plus tôt elle entre dans la dépendance ; plus vite elle risque la déscolarisation ou les problèmes professionnels en lien avec l'addiction, induisant un sentiment d'échec, une faible estime de soi, la précarisation, et donc in fine une auto-stigmatisation plus importante. Ce ne sont que des hypothèses car par manque de puissance, nous ne sommes toutefois pas parvenus à mettre en évidence de telles associations dans notre travail.

## 2. Forces et faiblesses de l'étude

### 2.2. Ses faiblesses

Notre étude, nous le savons, contient plusieurs limites susceptibles d'influencer les résultats.

La limite principale est sans doute l'effectif trop faible de patients recrutés et inclus, induisant un manque de puissance pour parvenir à mettre en évidence des différences significatives entre les groupes selon leur niveau d'auto-stigmatisation. D'autre part cette étude étant exploratoire, nous ne pouvons affirmer que les différences observées ne soient pas dues au hasard. Cet effectif de patients trop faible peut être le reflet de plusieurs hypothèses : premièrement, la population étudiée serait certainement peu observante et aurait du mal à s'ancrer dans un suivi ; secondairement, nous pouvons supposer que la crainte justement, de l'hétéro-stigmatisation, freine ces patients à participer aux études provenant du corps médical sur le sujet. Il semble donc difficile d'obtenir un nombre important de participants dans cette population cible.

Concernant les biais, il existe tout d'abord un biais de sélection inhérent au mode de recrutement de l'échantillon et au thème étudié. En effet, n'ayant pas simplement récolté des informations dans une base de données, et n'ayant pas effectué de tirage au sort, nous pouvons penser que les patients inclus étaient des patients plus motivés. Etant donné que l'objet de l'étude était connu des patients, il est probable que les patients se sentant concernés par le phénomène étudié aient plus volontiers répondu que les autres, entraînant une potentielle surestimation de la stigmatisation. Par ailleurs, le nombre important d'absences de réponses des patients n'étant plus suivis dans le service (sollicités par téléphone puis par courrier) est d'interprétation délicate : beaucoup de courriers nous ont été retournés avec la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée ». Pour les autres cas, se sentaient-ils moins concernés car sevrés de leur TSO, expliquant une moindre participation ? Une autre hypothèse pourrait être qu'ayant souffert de forte stigmatisation en lien avec les TSO, ils ne souhaitent plus, désormais, aborder le sujet. Si les patients n'ayant pas répondu aux questionnaires différaient réellement de ceux ayant répondu, cela peut induire un biais de non-réponse.

De plus, le recrutement de patients exclusivement suivis ou ayant été suivis dans le service d'Addictologie du CHU augmente la probabilité d'inclure des patients avec troubles addictologiques sévères ou problématiques bio-psycho-sociales complexes, ou d'être sous méthadone par exemple, influençant probablement les scores moyens obtenus au SSS-S de manière péjorative.

Ensuite, nous avons dû faire face à un nombre conséquent de données manquantes dans les questionnaires remplis, pouvant être expliqué en grande partie par un biais de mémorisation. Le questionnaire imposait par exemple aux patients inclus de se rappeler des différents traitements pris au cours de leur parcours de soins, leur ordre chronologique, leur durée, le délai entre le début de l'addiction et leur première séquence de soin. Le biais de mémorisation était donc inévitable. Nous avons tâché de le limiter en rappelant les patients pour lesquels des incohérences de dates avaient été détectées afin de revoir le questionnaire avec eux. Pour les patients concernés que nous n'avons pu joindre, les dates et traitements ont été revérifiés à partir des dossiers informatiques du CHU lorsque cela était possible. Néanmoins, les données manquantes posent tout de même plusieurs problèmes : une perte de puissance de l'étude, et une impossibilité pour nous de savoir pourquoi le patient n'a pas répondu, ni quelles auraient été les réponses.

## 2.2. Ses forces

Concernant notre échantillon, les caractéristiques socio-démographiques récoltées sont concordantes à celles observées dans la littérature : la proportion d'hommes et de femmes sous TSO ; l'âge moyen des patients sous TSO ; les proportions observées de patients sous méthadone et BHD sont similaires aux proportions observées dans les CSAPA et centres spécialisés en France (7). Nous estimons que la validité externe de cette étude est par conséquent correcte car notre échantillon est assez représentatif de la population cible. Nos résultats peuvent donc, avec prudence, être généralisés aux patients sous TSO pris en charge en milieu spécialisé sur le territoire Français ou à minima en Loire-Atlantique. Bien que les patients aient été recrutés en milieu hospitalier, cette méthode de recrutement nous a tout de même permis d'inclure un nombre plus important de patients que ce qu'aurait permis un recueil dans les cabinets de médecine générale dans le même intervalle de temps puisque le nombre de patients sous TSO par médecin généraliste reste faible et hétérogène. De plus, le fait de proposer également l'étude aux patients n'étant plus suivis dans le service d'Addictologie du CHU au moment de l'inclusion (dont le suivi est soit arrêté, soit repris par un médecin généraliste ou une autre structure) permet d'élargir les résultats, dans une certaine mesure, à des patients suivis en ambulatoire ayant été initialement suivis en milieu spécialisé.

La réelle force de notre étude est qu'elle s'intéresse à une problématique qui n'a été que peu (ou pas) explorée en France depuis l'AMM des TSO et leur arrivée sur le marché. Beaucoup d'études se sont intéressées au devenir bio-psycho-social des patients après introduction du TSO, sans poser la question de la stigmatisation.

Également, malgré le nombre important d'études sur le thème des TSO menées en France ces 15 dernières années, ce travail est un des rares, à ma connaissance, s'adressant directement aux patients pour étudier leur ressenti. Effectivement beaucoup d'études questionnaient surtout les professionnels de santé sur leurs pratiques en matière de prescription de TSO, sur leur point de vue sur ces traitements et les difficultés potentielles à prendre en charge ces patients (13,45,114). Notre travail souligne ainsi certaines lacunes existantes dans la littérature, où, à l'heure de « l'approche centrée patient », la plupart des publications traitent du ressenti des médecins (des étudiants, des professionnels de santé) et non des patients en question.

De plus, le critère de jugement principal est fondé sur des réponses à un score testé et validé avec de bonnes valeurs psychométriques, permettant d'avoir des données objectives, ce qui est peu fréquent pour un tel sujet qui est exploré majoritairement par des méthodes qualitatives. Notre étude apporte donc des résultats complémentaires.

### 3. Perspectives

Plusieurs perspectives découlent de ce travail, la première étant liée aux soins. Notre étude met en avant un outil de détection de la stigmatisation rapide, facile d'utilisation, et reproductible chez tout patient sous TSO. Pouvant être utilisé à des fins de repérage, ou bien comme prétexte afin d'ouvrir la discussion en consultation, il peut dans tous les cas mener à divers axes de prise en charge et notamment de soutien.

Deuxièmement, elle soulève la nécessité d'une meilleure formation en addictologie auprès de tous les professionnels de santé afin d'actualiser leurs connaissances, corriger les idées reçues, déconstruire les préjugés et l'image négative des TSO, et améliorer leurs compétences en termes de prescriptions afin d'éliminer leurs freins à la bonne prise en charge des patients qui bénéficient de ces traitements. Au vu de nos résultats, une meilleure formation addictologique s'impose notamment auprès des professionnels en maternité afin de limiter les fausses croyances. A l'inverse, une meilleure formation des addictologues en matière de suivi de grossesse dans le cadre de consommations d'opiacés ou de prescription de TSO serait également souhaitable. Dans le cadre de l'amélioration des pratiques, nous devrions favoriser la communication entre les services d'addictologie et les services de maternité et éventuellement de PMI (Protection Maternelle et Infantile) (via les réunions de concertation pluridisciplinaires, via des staffs médicaux et paramédicaux) pour une prise en charge conjointe et bienveillante de ces patients.

Troisièmement, plusieurs perspectives s'ouvrent pour la recherche. Nous avons vu précédemment que les stigmatisations avaient un impact considérable sur le rétablissement en santé mentale. La pertinence clinique de ces résultats est donc conséquente, car une fois le phénomène identifié (ce qui était le but de ce travail exploratoire), puis compris, nous pouvons élaborer les interventions nécessaires afin de le réduire, ou d'en réduire l'impact négatif. Ce travail pointe du doigt un axe de recherche manquant dans la littérature française et pourtant crucial afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Il serait intéressant et nécessaire d'effectuer une nouvelle étude quantitative à plus grande échelle (régionale, nationale) sur le même sujet, avec un effectif de patients plus important afin d'identifier différents facteurs de risque d'auto-stigmatisation en lien avec les TSO, et de pouvoir généraliser plus sereinement et de manière fiable les résultats à l'ensemble du territoire Français. Ce travail pourrait notamment inclure des patients avec suivis hospitaliers, suivis effectués en CSAPA, et suivis en médecine générale. De plus, il me semble pertinent de pouvoir compléter notre étude par une recherche qualitative auprès des patients. Celle-ci pourrait s'attacher à explorer le ressenti des patients sur

le sujet, les différents domaines/lieux de la vie quotidienne où ils subissent une stigmatisation vis-à-vis de la prise de TSO, et à comprendre les mécanismes d'adaptation mis en œuvre pour faire face à cette stigmatisation. Un tel travail pourrait également permettre d'envisager avec les patients des actions à mettre en place (par les pouvoirs publics, par les professionnels de santé, par les patients eux-mêmes) afin de réduire ce phénomène ou au moins d'améliorer leur prise en charge.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Deleporte P. Opiacés et médecine: revue de littérature historique de l'utilisation de l'opium et ses dérivés, à la naissance de l'addictologie et à l'apparition des traitements de substitution aux opiacés [Thèse d'exercice]. Lille ; 1969-2017, France : Université du droit et de la santé; 2014.
2. [En ligne]. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux by American Psychiatric Association - PDF Drive; [cité le 9 nov 2022]. Disponible: <http://www.pdfdrive.com/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-e191706796.html>
3. Soelberg CD, Brown REJ, Du Vivier D, Meyer JE, Ramachandran BK. The US Opioid Crisis: Current Federal and State Legal Issues. *Anesthesia & Analgesia*. nov 2017;125(5):1675-81.
4. WDR18\_Booklet\_1\_EXSUM.pdf [En ligne]. [cité le 8 nov 2022]. Disponible: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf)
5. Paulozzi LJ, Zhang K, Jones CM, Mack KA. Risk of adverse health outcomes with increasing duration and regularity of opioid therapy. *J Am Board Fam Med*. juin 2014;27(3):329-38.
6. Santo T, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence. *JAMA Psychiatry*. sept 2021;78(9):1-15.
7. [En ligne]. Tableau de bord annuel des traitements de substitution aux opiacés - OFDT; [cité le 27 févr 2022]. Disponible: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiacés/>
8. Plaque-oppidum-2021.pdf [En ligne]. [cité le 12 nov 2022]. Disponible: <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2022/09/Plaque-oppidum-2021.pdf>
9. Cadet-Taïrou A, Dambélé S. Héroïne et autres opiacés.
10. Dematteis M, Brousse G. Approches thérapeutiques du trouble de l'usage des opiacés et opioïdes.
11. Emmanuel N. Traitement du trouble de l'usage d'opioïdes.
12. Bergeron H. L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité Française, Paris, PUF. 1999. 370p., 149FF p.
13. Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C, Obradovic I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. *Revue française des affaires sociales*. La Documentation française; 17 déc 2013;(3):24-41.
14. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *La Presse Médicale*. oct 2004;33(18):41-7.
15. Kelty E, Hulse G. Fatal and non-fatal opioid overdose in opioid dependent patients treated with methadone, buprenorphine or implant naltrexone. *Int J Drug Policy*. août 2017;46:54-60.
16. Ma J, Bao YP, Wang RJ, Su MF, Liu MX, Li JQ, et al. Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. déc 2019;24(12):1868-83.

17. Severo R. Methadone Is Found to Improve Behavior of Addicts. The New York Times [En ligne]. 27 mai 1970 [cité le 3 janv 2023]; Disponible: <https://www.nytimes.com/1970/05/27/archives/methadone-is-found-to-improve-behavior-of-addicts.html>
18. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, de la Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. juill 2005;100(7):981-9.
19. Grönbladh L, Ohlund LS, Gunne LM. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatr Scand*. sept 1990;82(3):223-7.
20. Kelty E, Hulse G, Joyce D, Preen DB. Impact of Pharmacological Treatments for Opioid Use Disorder on Mortality. *CNS Drugs*. juin 2020;34(6):629-42.
21. Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède JP, Tignol J. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict*. 2004;13 Suppl 1:S17-28.
22. Johnson RE, Eissenberg T, Stitzer ML, Strain EC, Liebson IA, Bigelow GE. A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*. nov 1995;40(1):17-25.
23. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. avr 1998;93(4):515-32.
24. Chast F. Les traitements de substitution aux opiacés : bilan des politiques publiques. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 sept 2009;67(5):299-303.
25. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 3 oct 2012;345:e5945.
26. Jordan AE, Cleland CM, Wyka K, Schackman BR, Perlman DC, Nash D. Hepatitis C Virus Incidence in a Cohort in Medication-Assisted Treatment for Opioid Use Disorder in New York City. *J Infect Dis*. 2 sept 2020;222(Suppl 5):S322-34.
27. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy*. janv 2014;25(1):34-52.
28. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 sept 2017;9:CD012021.
29. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2014;134:251-8.
30. Nosyk B, Guh DP, Sun H, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1 nov 2011;118(2-3):259-64.

31. Jalali A, Ryan DA, Jeng PJ, McCollister KE, Leff JA, Lee JD, et al. Health-related quality of life and opioid use disorder pharmacotherapy: A secondary analysis of a clinical trial. *Drug Alcohol Depend.* 1 oct 2020;215:108221.
32. Aas CF, Vold JH, Skurtveit S, Lim AG, Ruths S, Islam K, et al. Health-related quality of life of long-term patients receiving opioid agonist therapy: a nested prospective cohort study in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 3 sept 2020;15(1):68.
33. Guillery SPE, Hellweg R, Kronenberg G, Bohr U, Kunte H, Enge S. Quality of Life in Opioid Replacement Therapy: A Naturalistic Cross-Sectional Comparison of Methadone/Levomethadone, Buprenorphine, and Diamorphine Patients. *Eur Addict Res.* 2021;27(5):371-80.
34. Messaadi N, Favre J, Rolland B, Cottencin O, Calafiore M, Stalnikiewicz B, et al. Enquête sur la situation médico-sociale de patients suivis pour un traitement substitutif aux opiacés depuis plus de 10 ans par leur médecin généraliste. *Thérapies.* Elsevier; 2016;71(5):439-46.
35. Trabuc A. Observance et vécu des traitements de substitution aux opiacés dans le milieu professionnel : étude auprès de patients suivis en CSAPA. *Psychotropes.* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur; 2018;24(3-4):37-47.
36. Emmanuel N. Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes. :4.
37. Johnson B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine from opioid substitution treatment: the importance of patients' attitudes and norms. *J Subst Abuse Treat.* juill 2015;54:50-5.
38. Boireau L, Université Jean Monnet SÉ. Les difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale (état des lieux dans la Loire en 2009 et étude qualitative). faculté de médecine, Saint-Etienne; 2010;
39. Paschkis Z, Potter ML. CE: Acute Pain Management for Inpatients with Opioid Use Disorder. *Am J Nurs.* sept 2015;115(9):24-32; quiz 33, 46.
40. Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med.* 5 oct 1999;131(7):531-4.
41. Slama MR. Rôle des médecins généralistes dans la prescription des traitements de substitution aux opiacés chez les patients dépendants [Thèse d'exercice]. France : Université Paris 13; 2019.
42. Lelièvre Y. Médicaments de substitution aux opiacés: quelles perceptions ont les médecins généralistes des objectifs et de la durée de ces traitements? :61.
43. Bertrand P. Le mésusage du médicament de substitution: un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux?: revue de la littérature. :165.
44. Lenglet PC. Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais. :58.
45. Martinez C. Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de substitution aux opiacés. Étude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne. 20 déc 2019;75.
46. Pescosolido BA, Martin JK. The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology.* 2015;41(1):87-116.

47. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv.* déc 2001;52(12):1621-6.
48. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research.* 30 déc 2004;129(3):257-65.
49. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine.* 1 déc 2010;71(12):2150-61.
50. Lauber C. Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiol Psychiatr Soc.* mars 2008;17(1):10-3.
51. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology.* Guilford Publications Inc.; oct 2006;25(8):875-84.
52. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2002;9(1):35-53.
53. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol Med.* août 2012;42(8):1741-52.
54. Rüsç N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW. Brief Reports: Self-Stigma, Empowerment, and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness. *PS.* mars 2006;57(3):399-402.
55. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology.* US : American Psychological Association; 2007;54:40-50.
56. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* sept 1999;89(9):1328-33.
57. Lien YJ, Kao YC, Liu YP, Chang HA, Tzeng NS, Lu CW, et al. Relationships of perceived public stigma of mental illness and psychosis-like experiences in a non-clinical population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2015;50(2):289-98.
58. Blum GB, Bins RB, Rabelo-da-Ponte FD, Passos IC. Stigmatizing attitudes toward psychiatric disorders: A cross-sectional population-based survey. *J Psychiatr Res.* juill 2021;139:179-84.
59. Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior.* US : American Sociological Assn; 2000;41:188-207.
60. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2006;113(3):163-79.
61. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res.* 30 déc 2013;210(3):1136-46.

62. Mann CE, Himelein MJ. Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness. *PS. American Psychiatric Publishing*; févr 2004;55(2):185-7.
63. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Wasowski KU, Campion J, Mathisen J, et al. Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*. 2000;28(1):91-102.
64. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *The Sociological Quarterly*. United Kingdom : Blackwell Publishing; 1992;33:435-45.
65. Weiner B, Perry R, Magnusson J. An Attribution Analysis of Reactions to Stigmas. *Journal of personality and social psychology*. 1 déc 1988;55:738-48.
66. Pescosolido BA. The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *J Health Soc Behav*. mars 2013;54(1):1-21.
67. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(2):105-12.
68. Glass JE, Mowbray OP, Link BG, Kristjansson SD, Bucholz KK. Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders: a modified labeling theory approach. *Drug Alcohol Depend*. 1 déc 2013;133(2):685-92.
69. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*. 2005;24(2):143-55.
70. Saetta S, Kivits J, Frohlich K, Minary L. [Not Available]. *Sante Publique*. 2021;32(5):473-8.
71. Evans-Polce RJ, Castaldelli-Maia JM, Schomerus G, Evans-Lacko SE. The downside of tobacco control? Smoking and self-stigma: A systematic review. *Soc Sci Med*. nov 2015;145:26-34.
72. Bayer R, Stuber J. Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Relations. *American Journal of Public Health*. US : American Public Health Assn; 2006;96:47-50.
73. Topkaya N, Şahin E, Krettmann AK, Essau CA. Stigmatization of people with alcohol and drug addiction among Turkish undergraduate students. *Addict Behav Rep*. déc 2021;14:100386.
74. Yangyuen S, Kanato M, Mahaweerawat C, Mahaweerawat U. The Perceived Stigma of Addiction and Treatment Utilization among Cannabis Addicts in Thailand. *Indian J Community Med*. 2020;45(4):492-6.
75. Palamar JJ, Kiang MV, Halkitis PN. Predictors of stigmatization towards use of various illicit drugs among emerging adults. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44(3):243-51.
76. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv*. oct 2014;65(10):1269-72.
77. Paschkis Z, Potter ML. CE: Acute Pain Management for Inpatients with Opioid Use Disorder. *AJN, American Journal of Nursing*. sept 2015;115(9):24-32.
78. S K, Ha G, P I, Jk M, Jf M. « They don't like us.... »: Barriers to antiretroviral and opioid substitution therapy among homeless HIV positive people who inject drugs in Delhi: A mixed method study. *PloS one* [En ligne]. *PLoS One*; 30 août 2018 [cité le 20 févr 2022];13(8). Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30161255/>

79. Etesam F, Assarian F, Hosseini H, Ghoreishi F. Stigma and its Determinants among Male Drug Dependents Receiving Methadone Maintenance Treatment. *Archives of Iranian medicine*. 1 févr 2014;17:108-14.
80. Fontesse S, Rimez X, Maurage P. Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Arch Psychiatr Nurs*. avr 2021;35(2):153-61.
81. Paquette CE, Syvertsen JL, Pollini RA. Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*. 1 juill 2018;57:104-10.
82. Kimmel SD, Rosenmoss S, Bearnot B, Larochelle M, Walley AY. Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts. *J Addict Med*. 1 févr 2021;15(1):20-6.
83. Hall NY, Le L, Majmudar I, Mihalopoulos C. Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug Alcohol Depend*. 1 avr 2021;221:108651.
84. CORRIGAN PW, LARSON JE, RÜSCH N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. juin 2009;8(2):75-81.
85. Rosenfield S. Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction. *American Sociological Review*. [American Sociological Association, Sage Publications, Inc.]; 1997;62(4):660-72.
86. Reinhard MA, Dewald-Kaufmann J, Wüstenberg T, Musil R, Barton BB, Jobst A, et al. The vicious circle of social exclusion and psychopathology: a systematic review of experimental ostracism research in psychiatric disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. août 2020;270(5):521-32.
87. Oexle N, Müller M, Kawohl W, Xu Z, Viering S, Wyss C, et al. Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. mars 2018;268(2):209-12.
88. Mak WWS, Chan RCH, Wong SYS, Lau JTF, Tang WK, Tang AKL, et al. A Cross-Diagnostic Investigation of the Differential Impact of Discrimination on Clinical and Personal Recovery. *Psychiatr Serv*. 1 févr 2017;68(2):159-66.
89. Bs C, Caa V. Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Archives of psychiatric nursing [En ligne]*. *Arch Psychiatr Nurs*; avr 2018 [cité le 16 déc 2022];32(2). Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579531/>
90. Garpenhag L, Dahlman D. Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 26 oct 2021;16:81.
91. [En ligne]. Psychiatric morbidity and non-participation in breast cancer screening | Elsevier Enhanced Reader; [cité le 25 oct 2022]. Disponible: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S096097761500212X?token=15EA96E0B3D87429B198FD147420B044E9686170121F63E2FCF204641A15BB49477F9792DED51755099B9B6C990250D2&originRegion=us-east-1&originCreation=20221025151415>
92. Stone EM, Kennedy-Hendricks A, Barry CL, Bachhuber MA, McGinty EE. The role of stigma in U.S. primary care physicians' treatment of opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 1 avr 2021;221:108627.

93. Roux P, Lions C, Carrieri MP. Increasing access to opioid maintenance treatment: the role of primary care in France. *Int J Drug Policy*. avr 2015;26(4):434-5.
94. Chandler A, Whittaker A, Cunningham-Burley S, Williams N, McGorm K, Mathews G. Substance, structure and stigma: parents in the UK accounting for opioid substitution therapy during the antenatal and postnatal periods. *Int J Drug Policy*. nov 2013;24(6):e35-42.
95. Silva TC, Andersson FB. The « black box » of treatment: Patients' perspective on what works in opioid maintenance treatment for opioid dependence. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 10 mai 2021;16(1):41.
96. Landreat MG, Rozaire C, Victorri CV, Grall-Bronnec M. Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins. *Psychotropes*. De Boeck Supérieur; 2013;Vol. 19(2):23-44.
97. Lindgren BM, Eklund M, Melin Y, Graneheim UH. From Resistance to Existence—Experiences of Medication-Assisted Treatment as Disclosed by People with Opioid Dependence. *Issues in Mental Health Nursing*. Taylor & Francis; 2 déc 2015;36(12):963-70.
98. Frischknecht U, Beckmann B, Heinrich M, Kniest A, Nakovics H, Kiefer F, et al. The vicious circle of perceived stigmatization, depressiveness, anxiety, and low quality of life in substituted heroin addicts. *Eur Addict Res*. 2011;17(5):241-9.
99. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, Padilla M, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*. 1 juill 2007;32(7):1331-46.
100. Woods JS, Joseph H. Stigma from the Viewpoint of the Patient. *Journal of Addictive Diseases*. Taylor & Francis; 3 juill 2015;34(2-3):238-47.
101. Madden EF. Intervention stigma: How medication-assisted treatment marginalizes patients and providers. *Soc Sci Med*. juill 2019;232:324-31.
102. Andraka-Christou B, Totaram R, Randall-Kosich O. Stigmatization of medications for opioid use disorder in 12-step support groups and participant responses. *Subst Abuse*. 2022;43(1):415-24.
103. Conner KO, Rosen D. “You’re Nothing But a Junkie”: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. Routledge; 2 juill 2008;8(2):244-64.
104. Bojko MJ, Mazhnaya A, Makarenko I, Marcus R, Dvoriak S, Islam Z, et al. « Bureaucracy & Beliefs »: Assessing the Barriers to Accessing Opioid Substitution Therapy by People Who Inject Drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)*. 2015;22(3):255-62.
105. Wakeman SE, Rich JD. Barriers to Post-Acute Care for Patients on Opioid Agonist Therapy; An Example of Systematic Stigmatization of Addiction. *J Gen Intern Med*. janv 2017;32(1):17-9.
106. Radley A, Melville K, Easton P, Williams B, Dillon JF. « Standing Outside the Junkie Door’-service users » experiences of using community pharmacies to access treatment for opioid dependency. *J Public Health (Oxf)*. 1 déc 2017;39(4):846-55.
107. von Hippel C, Henry JD, Terrett G, Mercuri K, McAlear K, Rendell PG. Stereotype threat and social function in opioid substitution therapy patients. *Br J Clin Psychol*. juin 2017;56(2):160-71.

108. Richert T, Johnson B. Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden. *Harm Reduction Journal*. 18 févr 2015;12(1):12.
109. Quality of primary care among individuals receiving ttt for OUD - canada.pdf.
110. Islam MM, Taylor A, Smyth C, Day CA. General health of opioid substitution therapy clients. *Internal Medicine Journal*. 2013;43(12):1335-8.
111. Golay P, Martinez D, Silva B, Morandi S, Bonsack C. Validation psychométrique d'une échelle française d'auto-stigmatisation auprès d'un échantillon de patients souffrant de troubles mentaux : la Self-Stigma Scale-Short (SSS-S). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [En ligne]. 25 sept 2021 [cité le 28 janv 2022]; Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448721002870>
112. Kremer ME, Arora KS. Clinical, Ethical, and Legal Considerations in Pregnant Women With Opioid Abuse. *Obstetrics & Gynecology*. sept 2015;126(3):474-8.
113. Morihisa RS, Barroso LP, Scivoletto S. Labeling disorder – the relationship between conduct problems and drug use in adolescents Transtorno do rótulo – a relação entre problemas de conduta e uso de drogas em adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr*.
114. Lenglet - Prise en charge des patients sous traitement de su.pdf [En ligne]. [cité le 8 avr 2021]. Disponible: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8105b819-6044-4dc7-b04a-10fbe14e2212>

## ANNEXES

### ANNEXE 1 :

*Tableau n°1 : comparatif des principales études pourtant sur le thème de cette thèse*

<b>Titres, auteurs</b>	<b>Descriptif</b>	<b>Divergence et points communs avec notre étude</b>
Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder, Hall et al	Revue systématique explorant les freins à l'initiation d'un TSO chez les patients dépendants aux opiacés	Abordent la stigmatisation vécue ou crainte par les patients avec TUO mais pas chez les patients déjà sous TSO
"Bureaucracy & Beliefs": Assessing the Barriers to Accessing Opioid Substitution Therapy by People Who Inject Drugs in Ukraine, Bojko et al	Etude qualitative, évalue les obstacles à l'accès aux TSO par les usagers de drogue injectable en Ukraine	
"They don't like us....": Barriers to antiretroviral and opioid substitution therapy among homeless HIV positive people who inject drugs in Delhi: A mixed method study, S, Kumar	Etude qualitative sur les freins à l'initiation des anti rétroviraux et des TSO chez les patients VIH+ SDF à New Dehli	
Observance et vécu des traitements de substitution aux opiacés dans le milieu professionnel : étude auprès de patients suivis en CSAPA, Trabuc	Etude qualitative explorant le vécu des patients sous TSO en milieu professionnel	Evalue le domaine professionnel uniquement et pas les autres champs de la vie quotidienne des patients sous TSO Pas de partie quantitative

Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts, Kimmel et Al	Etude menée aux USA, quantifiant les rejets et discriminations des patients avec TUO et/ou sous TSO dans les soins post-aigus	Etude quantitative Menée aux USA, et sans distinction entre patients atteints de TUO ou patients traités par TSO
Stereotype threat and social function in opioid substitution therapy patients, Von Hippel et al	Explore et compare le fonctionnement social des patients sous TSO par rapport à la population générale	Etude quantitative Explore le fonctionnement social des patients sous TSO par le biais de la stigmatisation mais en Australie
Intervention stigma: How medication-assisted treatment marginalizes patients and providers, Madden et al	Etude qualitative explorant la stigmatisation en lien avec les TSO	Qualitative uniquement, menée auprès des addictologues et non auprès des patients
Stigmatization of medications for opioid use disorder in 12-step support groups and participant responses, Andraka-Christou et Al	Explore la stigmatisation des patients sous TSO dans des programmes de sevrage	Qualitative uniquement, aux USA, et dans un contexte bien spécifique des programmes de sevrage en 12 étapes
“You're Nothing But a Junkie”: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population	Etude qualitative explorant la stigmatisation vécue par les patients sous méthadone	Qualitative uniquement, ne concerne pas les patients sous BHD, étude publiée il y a plus de 10 ans
<b>An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse, Luoma et al</b>	Etude des différentes stigmatisations ressenties par les patients en lien avec les traitements utilisés contre les TUO	Etude quantitative Faites au Nevada, englobant tout type de traitement contre le TUO, pas d'échelle spécifique utilisée pour l'auto-stigmatisation
<b>Stigma and its Determinants among Male Drug Dependents Receiving Methadone Maintenance Treatment, Etesam et al (79)</b>	Evalue les stigmatisations chez les patients sous méthadone	Etude quantitative Evalue les 3 formes de stigmatisation, en Iran (pays très différent de la France au niveau socio-économique et culturel), en 2014 (il y a 9 ans), ne prend pas en compte la buprénorphine

<b>Stigma and Self-Stigma in Addiction, Matthews et al.</b>	Etude menée chez les patients sous TSO explorant le lien entre stigmatisation publique, perçue et auto-stigmatisation	Qualitative uniquement, s'attache plus à comprendre le processus qu'à explorer le vécu des patients
<b>Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study, Garpenhag et Dahlman</b>	Etude évaluant la stigmatisation vis à vis du TUO et des TSO chez les patients sous TSO au sein du système de santé	Qualitative uniquement, en Suisse, sans distinction entre les patients atteints de TUO non traités et ceux sous TSO, n'aborde que le domaine de la santé
<b>'Standing Outside the Junkie Door'-service users' experiences of using community pharmacies to access treatment for opioid dependency, Radley et al.</b>	Etude explorant les expériences de patients usagers de pharmacie pour les TSO	Qualitative uniquement, se limite au seul lieu de la pharmacie
<b>The vicious circle of perceived stigmatization, depressiveness, anxiety, and low quality of life in substituted heroin addicts, Frischknecht et Al</b>	Evalue la stigmatisation perçue par les patients sous TSO et ses conséquences	Etude quantitative, comparative avec groupe contrôle, utilisant un score différent pour l'auto-stigmatisation. Menée en Allemagne en 2011 (il y a plus de 10 ans)

## ANNEXE 2 :

### AUTO-QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS

Initiales (première lettre du nom puis première lettre du prénom) : □□

Date de naissance (mois / année) : □□ / □□□□

#### Questionnaire n°1 : données socio-démographiques

1) Age : \_\_\_\_ ans

2) Sexe :  Homme  
 Femme

3) Diplôme le plus élevé obtenu : \_\_\_\_\_

#### Situation familiale et sociale

4) Vit en couple :  Oui  
 Non

5) Enfant(s) :  Oui  
 Non

6) **Si oui**, enfants à charge :  Oui  
 Non

7) Entouré (famille, amis) :  Oui  
 Non

8) Présence de consommateurs de substances dans l'entourage :  
 Oui  
 Non

9) **Si oui,**

- a) Conjoint(e) :  Oui  
 Non
- b) Ami(s) :  Oui  
 Non

Logement

- 10) Logement stable :  Oui  
 Non

Situation professionnelle

- 11) Activité professionnelle :  Oui  
 Non

- 12) **Si non** :  Recherche active  
 Sans emploi à cause de l'addiction  
 Autre : \_\_\_\_\_

- 13) Si étudiant :  Coursus normal  
 Echec à cause de l'addiction

- 14) Ressources :  Aucune  
 Précarité avec prestations sociales (RSA,...)  
 Revenus réguliers (salaire, ASSEDIC/pôle emploi)

- 15) Endettement :  Oui  
 Non

## Questionnaire n°2 : données médicales

16) Dommages en lien avec votre consommation (actuelle ou passée) d'opiacés :

- ❖ Un ou plusieurs problèmes psychiatriques (dépression, anxiété, troubles du sommeil) :  
 Oui  
 Non
- ❖ Un ou plusieurs problèmes somatiques (abcès, overdose, contamination par VIH, virus de l'hépatite B ou C, traumatismes) :  
 Oui  
 Non
- ❖ Un ou plusieurs problèmes professionnels (perte d'emploi, incapacité à chercher un emploi, mauvaise efficacité) :  
 Oui  
 Non
- ❖ Un ou plusieurs problèmes socio-affectifs (conflits conjugaux, rupture, isolement, perte de la garde des enfants) :  
 Oui  
 Non
- ❖ Un ou plusieurs problèmes judiciaires (interpellation, condamnation, incarcération) :  
 Oui  
 Non
- ❖ Un ou plusieurs problèmes financiers (endettement, surendettement) :  
 Oui  
 Non

17) Age du début des consommations d'opiacés : \_\_\_\_ ans

18) Age du début des consommations quotidiennes d'opiacés : \_\_\_\_ ans

19) Délai entre le début des consommations quotidiennes d'opiacés et la première séquence de soins : \_\_\_\_ ans et \_\_\_\_ mois

*Noter le nombre d'années. Si moins d'un an, mettre 0 ans et nombre de mois.*

20) Prenez-vous un traitement de substitution actuellement ?

- Oui
- Non

21) Remplissez le tableau suivant avec le ou les traitements de substitution que vous avez pris au cours de votre parcours de soin :

Pour la durée du traitement, noter le nombre d'années. Si moins d'un an, mettre 0 ans puis le nombre de mois.

	Nom du traitement de substitution	Age de début du traitement	Durée du traitement	Est-ce votre traitement actuel ?	
1		_____ ans	____ ans et ____ mois	OUI	NON
2		_____ ans	____ ans et ____ mois	OUI	NON
3		_____ ans	____ ans et ____ mois	OUI	NON
4		_____ ans	____ ans et ____ mois	OUI	NON

22) Votre consommation d'opiacés sur les 2 derniers mois :

- Consommation d'opiacés en plus de mon traitement de substitution
- Consommation d'opiacés et pas de traitement de substitution
- Traitement de substitution et pas de consommation d'opiacés associée
- Pas de traitement de substitution et pas d'autre consommation d'opiacés

### Questionnaire n°3 : évaluation de l'hétéro-stigmatisation

23) Comment décririez-vous la qualité de votre relation avec votre médecin généraliste (médecin traitant) ?

- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Je n'ai pas de médecin généraliste

24) Avez-vous déjà été victime de stigmatisation ou attitude négative de la part de certains professionnels de santé (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, sage-femme, infirmier, aide-soignant, etc) en lien avec votre dépendance aux opiacés ?

- Oui
- Non

25) Avez-vous déjà été victime de stigmatisation ou attitude négative de la part de certains professionnels de santé (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, sage-femme, infirmier, aide-soignant, etc) en lien avec votre traitement de substitution ?

- Oui
- Non

26) Un médecin ou tout autre professionnel de santé (pharmacien, kinésithérapeute, sage-femme, infirmier, aide-soignant, etc) a-t-il déjà énoncé clairement son refus de vous prendre en charge du fait que vous prenez un traitement de substitution ?

- Oui
- Non

27) Un médecin ou tout autre professionnel de santé (pharmacien, kinésithérapeute, sage-femme, infirmier, aide-soignant, etc) a-t-il déjà énoncé clairement son refus de vous prendre en charge du fait de votre dépendance aux opiacés ?

- Oui
- Non

28) Vous arrive-t-il de retarder des soins importants ou des examens par peur d'être jugé négativement ou stigmatisé du fait de votre traitement de substitution ?

- Oui
- Non

## Questionnaire n°4 : évaluation de l'auto-stigmatisation

### SSS-S (Self Stigma Scale- Short)

Instructions : indiquez (dans la case correspondante) pour chaque affirmation votre degré d'accord ou de désaccord.

**Options de réponse** : 1 = Fortement en désaccord / 2 = En désaccord / 3 = Neutre / 4 = D'accord / 5 = Fortement en accord

*NB : traitement de substitution = traitement de substitution aux opiacés*

ITEMS	Réponses
1. Mon identité en tant que personne sous traitement de substitution est un fardeau pour moi	
2. Mon identité en tant que personne sous traitement de substitution m'attire des inconvénients dans ma vie quotidienne	
3. D'être identifié comme une personne sous traitement de substitution entache ma vie	
4. Je me sens mal à l'aise parce que je suis une personne sous traitement de substitution	
5. J'ai peur que les autres sachent que je suis une personne sous traitement de substitution	
6. J'ai l'impression que je ne peux rien faire à propos de mon statut de personne sous traitement de substitution	
7. Je me mets à l'écart des autres parce que je suis une personne sous traitement de substitution	
8. J'évite d'interagir avec les autres parce que je suis une personne sous traitement de substitution	
9. Je n'ose pas me faire de nouveaux amis de peur qu'ils découvrent que je suis une personne sous traitement de substitution	

## **ANNEXE 3 :**

### **Echelle SSS-S**

Instructions : Indiquez pour chaque affirmation votre degré d'accord ou de désaccord.

Options de réponse : 1 = Fortement en désaccord/2 = En désaccord/3 = Neutre/4 = D'accord/5 = Fortement en accord

NB : traitement de substitution = traitement de substitution aux opiacés

#### Item

- 1 Mon identité en tant que personne sous traitement de substitution est un fardeau pour moi
- 2 Mon identité en tant que personne sous traitement de substitution m'attire des inconvénients dans ma vie quotidienne
- 3 D'être identifié comme personne sous traitement de substitution entache ma vie
- 4 Je me sens mal à l'aise parce que je suis une personne sous traitement de substitution
- 5 J'ai peur que les autres sachent que je suis une personne sous traitement de substitution
- 6 J'ai l'impression que je ne peux rien faire à propos de mon statut de personne sous traitement de substitution
- 7 Je me mets à l'écart des autres parce que je suis une personne sous traitement de substitution
- 8 J'évite d'interagir avec les autres parce que je suis une personne sous traitement de substitution
- 9 Je n'ose pas me faire de nouveaux amis de peur qu'ils découvrent que je suis une personne sous traitement de substitution

## **ANNEXE 4 :**

### **Tableaux de contingence et tests d'indépendance statistique :**

*Tableau de contingence testant la variable « sexe »*

<b>Sexe</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Homme	Observed	23	30	53	2,08	0.149
	% within column	82.1 %	66.7 %	72.6 %		
Femme	Observed	5	15	20		
	% within column	17.9 %	33.3 %	27.4 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « niveau d'étude »*

<b>Niveau d'études</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Pas de diplôme ou < au BAC	Observed	11	20	31	0.151	0.697
	% within column	40.7 %	45.5 %	43.7 %		
Diplôme > ou = au BAC	Observed	16	24	40		
	% within column	59.3 %	54.5 %	56.3 %		
Total	Observed	27	44	71		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « situation familiale »*

<b>Situation familiale</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Célibataire	Observed	20	24	44	2.36	0.126
	% within column	71.4 %	53.3 %	60.3 %		
En couple	Observed	8	21	29		
	% within column	28.6 %	46.7 %	39.7 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « présence d'un conjoint consommateur de substance(s) »

<b>Conjoint consommateur*</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Non	Observed	26	38	64	1.13	0.288
	% within column	92.9 %	84.4 %	87.7 %		
Oui	Observed	2	7	9		
	% within column	7.1 %	15.6 %	12.3 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

\* Conjoint consommateur de substances

Tableau de contingence testant la variable « présence d'ami(s) consommateur(s) de substance(s) dans l'entourage »

<b>Ami(s) consommateur(s)*</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Non	Observed	12	19	31	0.00285	0.957
	% within column	42.9 %	42.2 %	42.5 %		
Oui	Observed	16	26	42		
	% within column	57.1 %	57.8 %	57.5 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

\* Présence d'ami(s) consommateur(s) de substance(s) dans l'entourage

Tableau de contingence testant la variable « présence de dettes »

<b>Présence de dettes</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Non	Observed	18	34	52	1.07	0.301
	% within column	64.3 %	75.6 %	71.2 %		
Oui	Observed	10	11	21		
	% within column	35.7 %	24.4 %	28.8 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « enfant(s) à charge »*

Enfant(s) à charge		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	24	26	50	<b>6.24</b>	<b>0.012</b>
	% within column	<b>85.7 %</b>	<b>57.8 %</b>	68.5 %		
Oui	Observed	4	19	23		
	% within column	<b>14.3 %</b>	<b>42.2 %</b>	31.5 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « type de logement »*

Situation vis-à-vis du logement		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Pas de logement stable	Observed	5	10	15	0.201	0.654
	% within column	17.9 %	22.2 %	20.5 %		
Logement stable	Observed	23	35	58		
	% within column	82.1 %	77.8 %	79.5 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « activité professionnelle »*

Activité professionnelle		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Sans activité	Observed	18	27	45	0.134	0.714
	% within column	64.3 %	60.0 %	61.6 %		
En activité	Observed	10	18	28		
	% within column	35.7 %	40.0 %	38.4 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau représentant les variables continues

	Groupes	N	Moyenne	Médiane	SD	SE
Age	1	28	43.8	44.0	9.63	1.82
	2	45	39.7	40.0	9.38	1.398
Age des premières consommations d'opiacés	1	28	22.4	20.0	6.64	1.25
	2	45	21.0	20.0	5.57	0.830
<b>Age d'entrée dans la dépendance aux opiacés</b>	<b>1</b>	28	<b>25.5</b>	<b>24.5</b>	6.99	1.32
	<b>2</b>	45	<b>22.7</b>	<b>22.0</b>	5.85	0.872
Délai (en mois) entre l'entrée dans la dépendance Et la première séquence de soins	1	28	68.5	60.0	50.00	9.45
	2	45	57.1	48.0	46.16	6.881

Tableau présentant les résultats du test de Mann-Witney pour tester l'indépendance des variables continues

	Statistic	p
Age	Mann-Whitney U 490	0.113
Age des premières consommations d'opiacés	Mann-Whitney U 541	0.314
Age d'entrée dans la dépendance aux opiacés	Mann-Whitney U 440	0.031
Délai (en mois) entre l'entrée dans la dépendance et la Première séquence de soins	Mann-Whitney U 547	0.348

Tableau de contingence testant la variable « être actuellement sous TSO »

Thérapeutique au moment du questionnaire		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	p
Patients sevrés de TSO	Observed	3	6	9	0.110	0.741
	% within column	10.7 %	13.3 %	12.3 %		
Patients sous TSO	Observed	25	39	64		
	% within column	89.3 %	86.7 %	87.7 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « type de TSO »*

Type de TSO pris au moment du questionnaire		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Méthadone	Observed	18	27	45	0.00663	0.935
	% within column	72.0 %	71.1 %	71.4 %		
Buprénorphine	Observed	7	11	18		
	% within column	28.0 %	28.9 %	28.6 %		
Total	Observed	25	38	63		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « consommation d'opiacés durant les deux derniers mois*

Consommation d'opiacés durant les 2 derniers mois indépendamment de la prise de TSO concomitante		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Consommation d'opiacés	Observed	9	14	23	8.30e-4	0.977
	% within column	32.1 %	31.8 %	31.9 %		
Pas de consommation d'opiacés	Observed	19	30	49		
	% within column	67.9 %	<b>68.2 %</b>	68.1 %		
Total	Observed	28	44	72		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « antécédent de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec la consommation d'opiacés »*

Antécédent de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec la consommation d'opiacés		Groupe 1	Groupe 2	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	13	17	30	0.330	0.565
	% within column	46.4 %	39.5 %	42.3 %		
Oui	Observed	15	26	41		
	% within column	53.6 %	60.5 %	57.7 %		
Total	Observed	28	43	71		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « antécédent de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec la prise de TSO »

<b>Antécédent de stigmatisation par un professionnel de santé en lien avec la prise de TSO</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Non	Observed	18	23	41	1.01	0.316
	% within column	64.3 %	52.3 %	56.9 %		
Oui	Observed	10	21	31		
	% within column	35.7 %	47.7 %	43.1 %		
Total	Observed	28	44	72		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « Antécédent de refus de prise en charge en lien avec la consommation d'opiacés »

<b>Antécédent de refus de prise en charge en lien avec la consommation d'opiacés</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Non	Observed	18	30	48	0.176	0.675
	% within column	66.7 %	71.4 %	69.6 %		
Oui	Observed	9	12	21		
	% within column	33.3 %	28.6 %	30.4 %		
Total	Observed	27	42	69		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « antécédent de refus de prise en charge en lien avec la prise de TSO »

<b>Antécédent de refus de prise en charge en lien avec la prise de TSO</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Non	Observed	18	29	47	0.0755	0.784
	% within column	64.3 %	67.4 %	66.2 %		
Oui	Observed	10	14	24		
	% within column	35.7 %	32.6 %	33.8 %		
Total	Observed	28	43	71		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « retard de soins par peur d'être stigmatisé »*

<b>Patients ayant déjà retardé des soins de peur d'être stigmatisés</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	23	31	54	1.25	0.264
	% within column	82.1 %	70.5 %	75.0 %		
Oui	Observed	5	13	18		
	% within column	17.9 %	29.5 %	25.0 %		
Total	Observed	28	44	72		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « antécédents psychiatriques en lien avec le TUO*

<b>Présence d'antécédents psychiatriques en lien avec le TUO</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	6	6	12	0.823	0.364
	% within column	21.4 %	13.3 %	16.4 %		
Oui	Observed	22	39	61		
	% within column	78.6 %	86.7 %	83.6 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « antécédents somatiques en lien avec le TUO*

<b>Antécédents somatiques en lien avec l'addiction</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Oui	Observed	19	30	49	0.0111	0.916
	% within column	67.9 %	66.7 %	67.1 %		
Non	Observed	9	15	24		
	% within column	32.1 %	33.3 %	32.9 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « antécédents de problèmes professionnels en lien avec le TUO »

<b>Antécédents de problèmes professionnels en lien avec l'addiction</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	13	14	27	1.56	0.212
	% within column	46.4 %	31.8 %	37.5 %		
Oui	Observed	15	30	45		
	% within column	53.6 %	68.2 %	62.5 %		
Total	Observed	28	44	72		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « antécédents de problèmes socio-affectifs en lien avec le TUO »

<b>Antécédents de problèmes socio-affectifs en lien avec l'addiction</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	12	19	31	0.00285	0.957
	% within column	42.9 %	42.2 %	42.5 %		
Oui	Observed	16	26	42		
	% within column	57.1 %	57.8 %	57.5 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tableau de contingence testant la variable « antécédents judiciaires en lien avec le TUO »

<b>Antécédents judiciaires en lien avec l'addiction</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	19	24	43	1.50	0.220
	% within column	67.9 %	53.3 %	58.9 %		
Oui	Observed	9	21	30		
	% within column	32.1 %	46.7 %	41.1 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

*Tableau de contingence testant la variable « antécédents de problèmes financiers en lien avec le TUO*

<b>Antécédents de problèmes financiers en lien avec l'addiction</b>		<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>	<b>Total</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
Non	Observed	14	25	39	0.214	0.644
	% within column	50.0 %	55.6 %	53.4 %		
Oui	Observed	14	20	34		
	% within column	50.0 %	44.4 %	46.6 %		
Total	Observed	28	45	73		
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

## ANNEXE 5

### Table de distribution du $\chi^2$ selon le nombre de degré de liberté

$\nu$	$\chi^2_{0,995}$	$\chi^2_{0,99}$	$\chi^2_{0,975}$	$\chi^2_{0,95}$	$\chi^2_{0,90}$	$\chi^2_{0,75}$	$\chi^2_{0,50}$	$\chi^2_{0,25}$	$\chi^2_{0,10}$	$\chi^2_{0,05}$	$\chi^2_{0,025}$	$\chi^2_{0,01}$	$\chi^2_{0,005}$
1	7,88	6,63	5,02	3,84	2,71	1,32	0,455	0,102	0,0158	0,0039	0,0010	0,0002	0,0000
2	10,6	9,21	7,38	5,99	4,61	2,77	1,39	0,575	0,211	0,103	0,0506	0,0201	0,0100
3	12,8	11,3	9,35	7,81	6,25	4,11	2,37	1,21	0,584	0,352	0,216	0,115	0,072
4	14,9	13,3	11,1	9,49	7,78	5,39	3,36	1,92	1,06	0,711	0,484	0,297	0,207
5	16,7	15,1	12,8	11,1	9,24	6,63	4,35	2,67	1,61	1,15	0,831	0,554	0,412
6	18,5	16,8	14,4	12,6	10,6	7,84	5,35	3,45	2,20	1,64	1,24	0,872	0,676
7	20,3	18,5	16,0	14,1	12,0	9,04	6,35	4,25	2,83	2,17	1,69	1,24	0,989
8	22,0	20,1	17,5	15,5	13,4	10,2	7,34	5,07	3,49	2,73	2,18	1,65	1,34
9	23,6	21,7	19,0	16,9	14,7	11,4	8,34	5,90	4,17	3,33	2,70	2,09	1,73
10	25,2	23,2	20,5	18,3	16,0	12,5	9,34	6,74	4,87	3,94	3,25	2,56	2,16
11	26,8	24,7	21,9	19,7	17,3	13,7	10,3	7,58	5,58	4,57	3,82	3,05	2,60
12	28,3	26,2	23,3	21,0	18,5	14,8	11,3	8,44	6,30	5,23	4,40	3,57	3,07
13	29,8	27,7	24,7	22,4	19,8	16,0	12,3	9,30	7,04	5,89	5,01	4,11	3,57
14	31,3	29,1	26,1	23,7	21,1	17,1	13,3	10,2	7,79	6,57	5,63	4,66	4,07
15	32,8	30,6	27,5	25,0	22,3	18,2	14,3	11,0	8,55	7,26	6,26	5,23	4,60
16	34,3	32,0	28,8	26,3	23,5	19,4	15,3	11,9	9,31	7,96	6,91	5,81	5,14
17	35,7	33,4	30,2	27,6	24,8	20,5	16,3	12,8	10,1	8,67	7,56	6,41	5,70
18	37,2	34,8	31,5	28,9	26,0	21,6	17,3	13,7	10,9	9,39	8,23	7,01	6,26
19	38,6	36,2	32,9	30,1	27,2	22,7	18,3	14,6	11,7	10,1	8,91	7,63	6,84
20	40,0	37,6	34,2	31,4	28,4	23,8	19,3	15,5	12,4	10,9	9,59	8,26	7,43
21	41,4	38,9	35,5	32,7	29,6	24,9	20,3	16,3	13,2	11,6	10,3	8,90	8,03
22	42,8	40,3	36,8	33,9	30,8	26,0	21,3	17,2	14,0	12,3	11,0	9,54	8,64
23	44,2	41,6	38,1	35,2	32,0	27,1	22,3	18,1	14,8	13,1	11,7	10,2	9,26
24	45,6	43,0	39,4	36,4	33,2	28,2	23,3	19,0	15,7	13,8	12,4	10,9	9,89
25	46,9	44,3	40,6	37,7	34,4	29,3	24,3	19,9	16,5	14,6	13,1	11,5	10,5
26	48,3	45,6	41,9	38,9	35,6	30,4	25,3	20,8	17,3	15,4	13,8	12,2	11,2
27	49,6	47,0	43,2	40,1	36,7	31,5	26,3	21,7	18,1	16,2	14,6	12,9	11,8
28	51,0	48,3	44,5	41,3	37,9	32,6	27,3	22,7	18,9	16,9	15,3	13,6	12,5
29	52,3	49,6	45,7	42,6	39,1	33,7	28,3	23,6	19,8	17,7	16,0	14,3	13,1
30	53,7	50,9	47,0	43,8	40,3	34,8	29,3	24,5	20,6	18,5	16,8	15,0	13,8
40	66,8	63,7	59,3	55,8	51,8	45,6	39,3	33,7	29,1	26,5	24,4	22,2	20,7
50	79,5	76,2	71,4	67,5	63,2	56,3	49,3	42,9	37,7	34,8	32,4	29,7	28,0
60	92,0	88,4	83,3	79,1	74,4	67,0	59,3	52,3	46,5	43,2	40,5	37,5	35,5
70	104,2	100,4	95,0	90,5	85,5	77,6	69,3	61,7	55,3	51,7	48,8	45,4	43,3
80	116,3	112,3	106,6	101,9	96,6	88,1	79,3	71,1	64,3	60,4	57,2	53,5	51,2
90	128,3	124,1	118,1	113,1	107,6	98,6	89,3	80,6	73,3	69,1	65,6	61,8	59,2
100	140,2	135,8	129,6	124,3	118,5	109,1	99,3	90,1	82,4	77,9	74,2	70,1	67,3

**NOM : PINHAL**

**PRENOM : Mélanie**

**Titre de Thèse : Evaluation de la stigmatisation des patients sous traitement de substitution aux opiacés : étude quantitative portant sur les patients suivis au CHU de Nantes.**

---

## **RESUME**

Contexte : les patients atteints de trouble de l'usage d'opiacés (TUO) sont souvent stigmatisés. Près de 30 ans après l'AMM des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en France, aucune recherche n'a été faite autour de la stigmatisation dirigée contre ces traitements. Objectifs : le premier objectif était de quantifier l'auto-stigmatisation des patients en lien avec la prise de TSO. Les objectifs secondaires étaient de trouver des facteurs associés à cette auto-stigmatisation, d'explorer l'hétéro-stigmatisation dans le système de soins, et le lien entre stigmatisation et retard de recours aux soins. Méthode : c'est une étude monocentrique, observationnelle, transversale, quantitative. Nous avons exploré l'auto-stigmatisation à l'aide du score SSS-S (Self Stigma Scale-Short), et l'hétéro-stigmatisation par des questions non spécifiques puis menée une analyse bivariée. Résultats : la moyenne de score obtenu au SSS-S était de 24,7, et révélait un niveau modéré d'auto-stigmatisation. Environ la moitié des patients rapportaient des situations de stigmatisation par les professionnels de santé à cause de la prise de TSO. Les facteurs associés à une plus grande auto-stigmatisation était un âge plus précoce d'entrée dans la dépendance et le fait d'avoir des enfants à charge. Discussion : la stigmatisation ne cesse donc pas chez ces patients après entrée en traitement. Il est nécessaire d'améliorer la formation des professionnels de santé en matière de TSO afin de favoriser une prise en charge bienveillante.

---

## **MOTS-CLES**

**Traitement de substitution aux opiacés ; stigmatisation ; stigma ; stéréotypes ; troubles liés à une substance**