

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suivi ambulatoire au long cours (au moins 10 ans)
des patients sous traitements de substitution aux
opiacés par les médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 Mars

Par Jérôme DUMOULIN

JURY

Président :	Monsieur le Professeur R. GLANTENET
Assesseurs :	Monsieur le Professeur O. COTTENCIN Monsieur le Professeur J-M. LEFEBVRE
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur N. MESSAADI

Tables des matières

1-Introduction	8
1.1 Historique de la substitution	8
1.2 La méthadone : galénique et règles de prescription	9
1.3 La buprénorphine haut dosage : galénique et règles de prescription	9
2-Présentation de l'étude	10
3-Matériel et méthode	11
3.1 Critères d'inclusion	11
3.2 Recueil de données	11
4-Résultats	12
4.1 Taux de réponse et échantillonnage	12
4.2 Le questionnaire médecin	12
4.3 Le questionnaire patient	17
5-Discussion	28
6-Conclusion	37
7-Annexe	38
8-Bibliographie	41

1. INTRODUCTION

1.1 Historique de la substitution (1,2)

La méthadone a été synthétisée à partir de la péthidine par des chercheurs du laboratoire Hoechst en 1941. Elle était initialement utilisée comme antalgique par les américains à la fin de la deuxième guerre mondiale. Son usage a été rapidement abandonné dans cette indication, les dosages utilisés (200 mg, 3 à 4 fois par jour) étaient à l'origine de nombreux effets indésirables. Son utilisation réapparaît dans les années 1960 où Dole et Nyswander imaginent une nouvelle indication : la substitution des patients consommateurs d'héroïne. Ils utilisent le potentiel de dépendance de la méthadone de façon délibérée afin de la substituer à l'usage d'héroïne. Son utilisation se développe peu à peu en Europe, notamment en France qui connaît au début des années 1970 une vague de toxicomanie aux opiacés. Devant les résultats positifs des essais développés dans certains pays européens et aux états unis depuis quelques années, L'INSERM propose en 1973 un cadre expérimental d'utilisation de la méthadone. Cependant seuls deux centres seront créés en région parisienne. Bien que les premiers résultats montrent qu'il faut étendre l'expérimentation, les administrations et responsables politiques s'opposent à cette époque à la généralisation de cette pratique. La représentation négative des morphiniques considéré comme des stupéfiants est une des causes, d'autant plus qu'il s'agissait de traiter la dépendance à une drogue par une autre drogue, de rendre le « patient dépendant » dépendant d'une autre drogue (2). De plus les centres de traitements spécialisés sont à cette époque faiblement médicalisés, il s'agit plus d'une prise en charge sociale et psychologique. La dispensation de la méthadone est marginalisée. Un long « consensus anti constitution »(2) va perdurer durant une vingtaine années, les pouvoirs publics estimant que le système de soin français n'a pas à recourir à l'usage à la méthadone pour traiter les patients dépendants à l'héroïne. Parallèlement, on note depuis la fin des années 70 une consommation croissante de produits codeinés dont 80% étaient utilisés en substitution par les personnes dépendantes à héroïne.

Il faudra attendre l'émergence de l'épidémie du SIDA et les ravages causés auprès des injecteurs de drogues pour que la substitution devienne un enjeu de santé publique. Il apparaît alors que la majorité des toxicomanes est en marge du système de soin et que leur situation sanitaire et médicale est préoccupante. En 1990 l'état français lance un appel d'offre pour offrir d'autres possibilités de traitement par la méthadone. Un troisième centre ouvrira en région parisienne. A l'initiative d'une mission dans les Hauts-de-Seine deux nouveaux programmes verront le jour en 1993. Parallèlement d'autres centres obtiennent l'agrément et s'ouvrent (Lille, Toulouse, Grenoble, Nancy...). L'année 1994 verra la création des « Centre Méthadone » qui s'ouvrent dans la France entière.

S'agissant de l'aide pharmacologique, depuis la fin des années 80, des médecins généralistes, quelques hospitaliers et des pharmaciens ont expérimenté d'autres voies dans la prise en charge substitutive en utilisant principalement la buprénorphine et les sulfates de morphines, ceci en dehors de tout cadre légal. Les médecins et pharmaciens s'organiseront peu à peu en réseaux de soins. Ces pratiques démontrent leur efficacité et faisabilité en médecine de ville et seront à l'origine de la demande de l'état au laboratoire Shering-Plough de mettre sur le marché une buprénorphine à haut dosage (BHD). La BHD est mise sur le marché en Février 1996. Considérée comme plus sûre que la méthadone, elle sera mise à la disposition de tous mes médecins alors que la méthadone sera réservée à la phase initiale du traitement aux centres spécialisés.

Quelques années plus tard, le visage de la toxicomanie en France a profondément changé. La mortalité par overdose a considérablement chuté et l'usage de l'héroïne diminue ainsi que l'auto-substitution. Les centres de soins accueillent un grand nombre de patients. Néanmoins, des éléments moins positifs accompagnent ces bons résultats : un nombre préoccupant de mésusages de la BHD entraînant des accidents et complications, un déséquilibre dommageable des conditions d'accès et de suivi entre la BHD et la méthadone, des disparités régionales, des usages problématiques plus fréquents de substances non opiacées (cocaïne, drogues de synthèses...) et d'associations avec l'alcool.

1.2 La méthadone : galénique et règles de prescription (1)

La méthadone est utilisée en France depuis 1995, elle existe sous 2 deux formes : la forme sirop et la forme gélule depuis 2008. La forme sirop se présente sous différents dosages (de 5, 10, 20, 40 et 60 mg). La recherche de la dose efficace doit être progressive compte tenu de sa demi-vie longue de 24 à 36 heures. La première prescription est habituellement de 20 ou 30 mg par jour en une seule prise. L'augmentation doit se faire par paliers de 5 à 10 mg tous les 2 ou 3 jours pour obtenir cliniquement une sédation du manque. La posologie d'entretien est située entre 60 et 100 mg. La consommation d'opiacés illicites doit être interrompue dans le même temps. La prescription initiale est faite par un centre spécialisé (CSAPA). Le relais peut ensuite être pris par le médecin traitant. La durée de prescription ne doit pas dépasser 14 jours. Le renouvellement est interdit et le nom du pharmacien doit figurer sur l'ordonnance sécurisée.

La forme gélule est réservée aux patients traités depuis au moins un an par la forme sirop et stabilisés sur le plan médical et des conduites addictives. La primo-prescription de la gélule doit obligatoirement être réalisée par un médecin exerçant dans un CSAPA ou dans un service hospitalier spécialisé en addictologie. La primo-prescription doit être renouvelée tous les 6 mois et faire l'objet d'un protocole de soins. Le médecin traitant peut prendre ensuite le relai de la prescription. Elle se présente sous différents dosages (1, 5, 10, 20 et 40 mg).

1.3 La Buprénorphine Haut Dosage : galénique et règles de prescription

La BHD se présente sous forme de comprimés sublingaux à différents dosages (de 0,4 à 8 mg). La posologie initiale se situe entre 0,8 et 4 mg/jour et l'augmentation doit se faire par paliers de 1 à 2 mg. La dose d'entretien se situe entre 0,4 et 16 mg/jour. La primo-prescription peut être réalisée par un médecin généraliste, la durée de prescription ne doit pas dépasser 28 jours et le renouvellement est interdit. Le médecin doit aussi faire figurer le nom du pharmacien sur l'ordonnance sécurisée.

2. Présentation de l'étude

Peu d'études se sont intéressées au suivi des patients sous TSO au long cours. La plupart des travaux analysent le suivi des patients sur une période de 1 à 5 ans. Nous avons voulu savoir si la prise en charge substitutive au long cours avait un impact positif sur l'état de santé et l'insertion socioprofessionnelle des patients. Après 10 années de substitution, quelles tendances observe-t-on au niveau de l'emploi, de l'accès au logement ? Quelle est la situation concernant les co-morbidités infectieuses et la consommation médicamenteuse ?

Nous nous sommes aussi intéressés au ressenti des médecins, la prise en charge de ces patients est particulière, quel regard portent-ils sur leur pratique ?

3. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive par questionnaires. Par l'intermédiaire de l'association G/T nous avons envoyé un questionnaire à 38 médecins généralistes ayant participé au minimum à une intervention d'addictologie au cours des trois dernières années. Après accord téléphonique, nous avons envoyé à chaque médecin un questionnaire évaluant leur ressenti et un questionnaire pour chaque patient suivi depuis 10 ans. Le questionnaire patient comprenait 4 parties s'intéressant respectivement à son traitement de substitution, son insertion socioprofessionnelle, ses co-morbidités infectieuses et l'aide pharmacologique apportée.

3.1 Critères d'inclusion dans l'étude :

Patient sous méthadone ou buprénorphine haut dosage depuis au moins 10 ans.

Patient suivi depuis au moins 10 ans par le même médecin.

3.2 Recueil de données :

Chaque médecin a reçu une enveloppe avec le nombre de questionnaires souhaité. Trois relances téléphoniques ont été effectuées.

4. RESULTATS

4.1 Taux de réponse et échantillonnage :

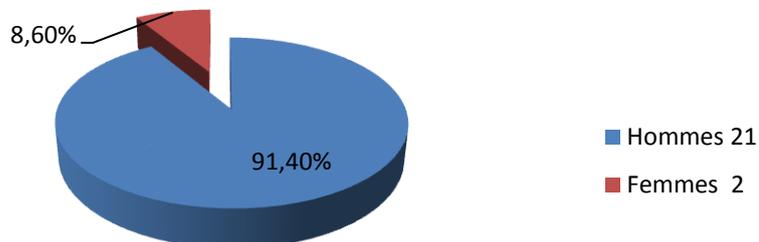
Après accord téléphonique 38 questionnaires furent adressés aux praticiens intéressés. Le taux de réponse était de 63.2% (24 questionnaires reçus après 3^e relance). Un questionnaire médecin-patients a été écarté du fait du non respect des critères d'inclusion, les patients étant suivis depuis moins de 10 ans. L'étude était donc réalisée sur un échantillonnage de 23 questionnaires médecins et 83 questionnaires patients.

4.2 Le questionnaire médecin :

L'âge moyen des praticiens au sein de notre échantillonnage était de 53,3 ans et l'ancienneté d'installation moyenne de 24,3 ans. La moyenne d'actes annuels était de 6008 actes par an.

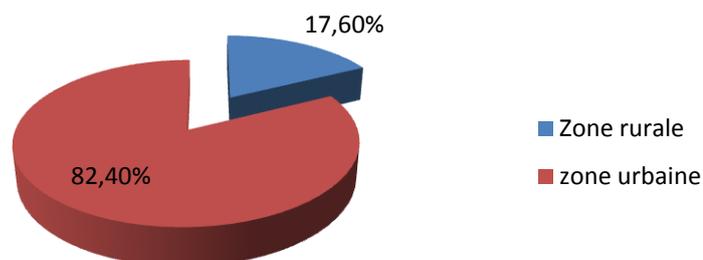
Sexe ratio des médecins :

Au sein de notre échantillon le ratio Hommes /Femmes était de 10,5 (21 médecins hommes /2 médecins femmes)



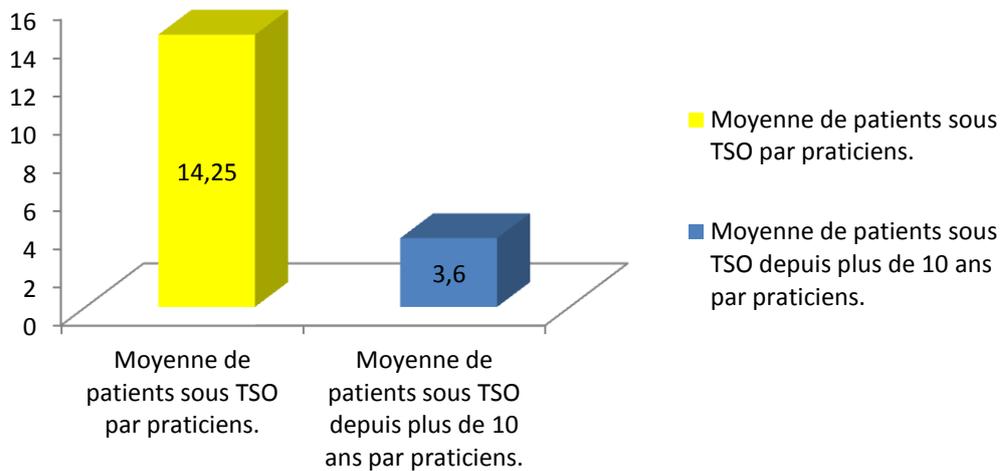
La répartition démographique :

19 médecins exerçaient en ville (82,6 %) et 4 en zone rurale (17,4%).

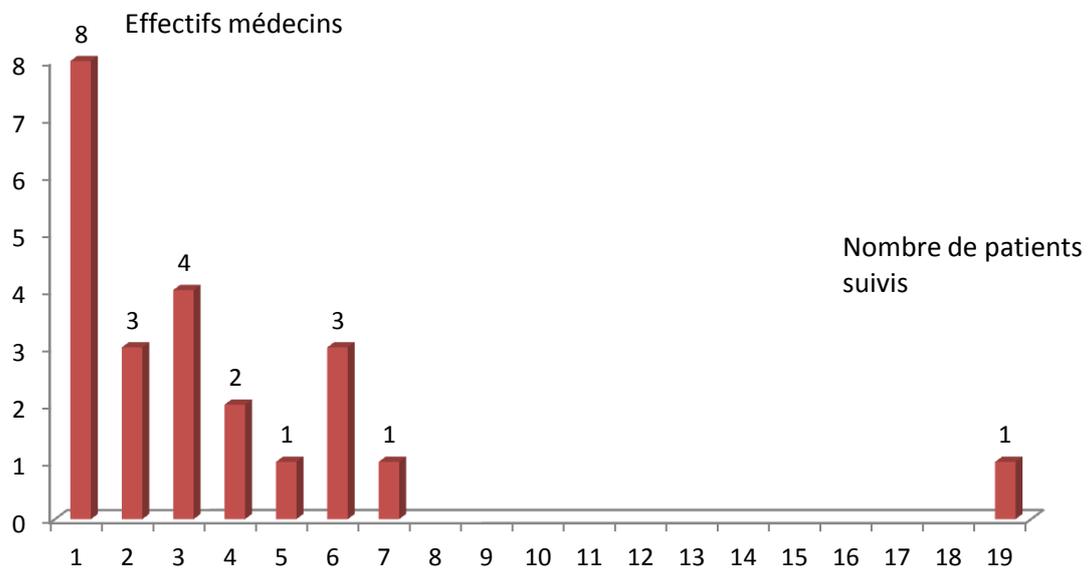


Nombre moyen de patients sous TSO par praticien :

Chaque médecin suivait en moyenne 14,2 patients sous TSO dont 3,6 depuis plus de 10 ans.



Répartition du nombre de patients sous TSO depuis plus de 10 ans :

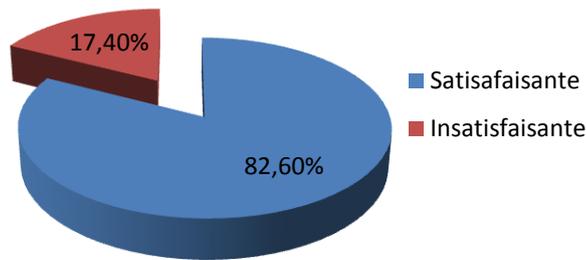


La présence d'un médecin exerçant en milieu rural et assurant le suivi de 19 patients conduit au calcul de la valeur médiane égale à 2,5 pour notre série.

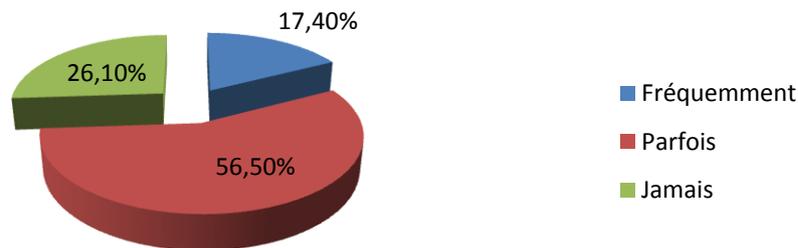
Concernant le ressenti des médecins :

S'agissant de la qualité de la relation médecin-patient, 82,6% des médecins interrogés la juge satisfaisante (n=19) et 17,4% insatisfaisante (n=4). Parmi les médecins insatisfaits, 100% (n=4) ont évoqué l'isolement vis-à-vis des structures de soins spécialisées et 75% (n=3) le manque de temps.

Qualité de la relation médecin-malade:

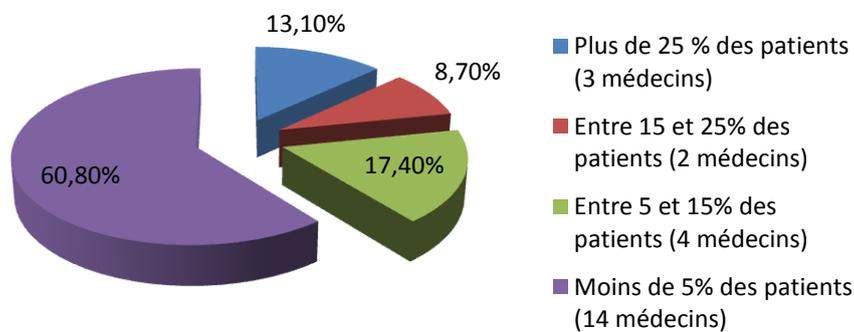


26,10% des médecins interrogés (n=6) estiment que leur rôle ne s'est jamais limité à la simple rédaction de l'ordonnance contre 73,9% de leurs confrères (n=17). Parmi ces derniers 59% évoquent le manque de temps (n=10) et 41% des interrogés (n=7) n'ont pas renseigné cet item.



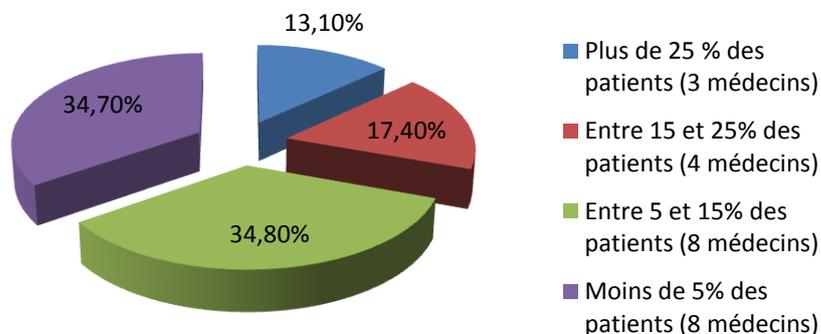
Concernant l'évaluation du nomadisme médical pratiqué par certains patient, les résultats ont été les suivants :

Estimation du nomadisme médical:

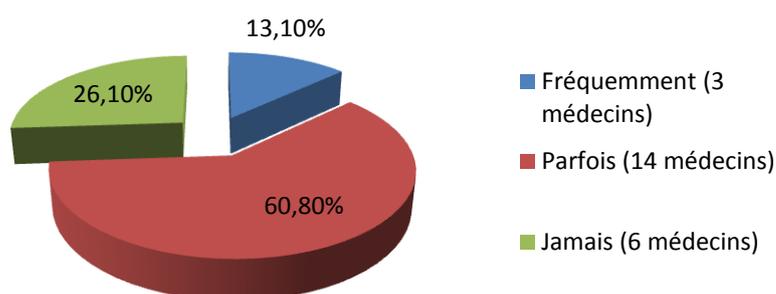


Le mésusage des prescriptions était estimé comme tel par les médecins interrogés :

Vous estimez que le mésusage de vos prescriptions est pratiqué par:

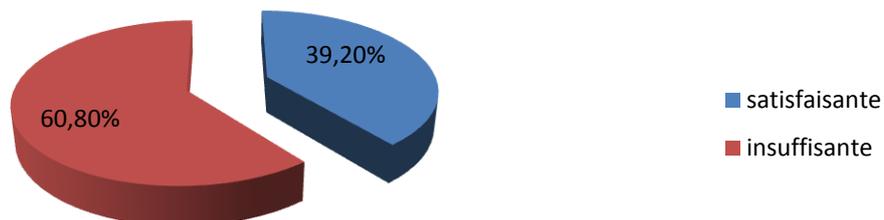


Eprouvez-vous un sentiment de découragement au cours de votre prise en charge ?



6 médecins ont évoqué un sentiment de lassitude et 3 le manque de temps.

Qualité de la prise en charge globale des patients selon les praticiens:

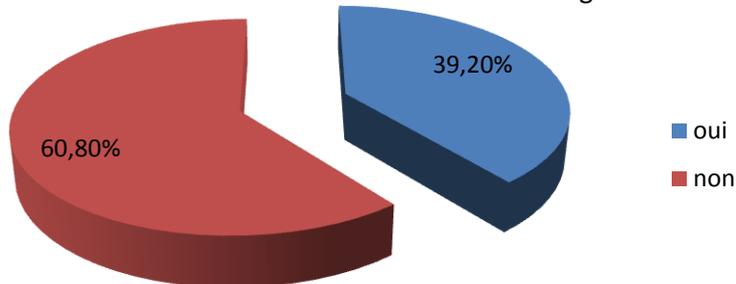


60,8% des médecins (14 médecins) estiment que la prise en charge globale de leurs patients, en dehors du champ de la prescription est insuffisante, et 39,2% (9 médecins) la jugent suffisante. Parmi ces premiers 6 évoquent le manque de temps et 4 l'éloignement vis-à-vis des structures de soins spécialisées.

Concernant leur formation en addictologie 60,8% des médecins (n=14) estiment ne pas être suffisamment compétents, parmi-eux neuf ont évoqué le manque de temps, cinq n'ont pas renseigné l'item.

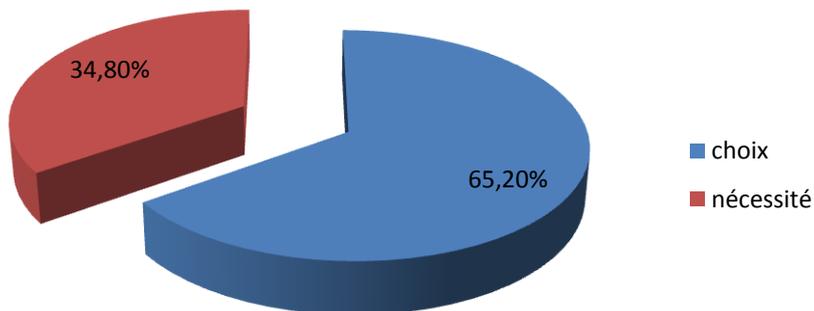
39,2% estiment être suffisamment formés (n=9).

Pensez-vous être suffisamment formé en addictologie?



Enfin 65,2% des praticiens (n=15) prescrivent les TSO par choix et 34,8% (n=8) par nécessité. Parmi ces derniers cinq l'expliquent par une démographie médicale défavorable.

Vous prescrivez les TSO par:



4.3 Les questionnaires patients :

Notre échantillon comprenait 83 questionnaires patients, parmi eux 51,8% suivaient un traitement par méthadone (n=43) contre 48,2% suivant un traitement par buprénorphine-haut-dosage (n=40).

La moyenne d'âge des patients était de 38 ans et 10 mois.

Notre panel de patients comprenait 74,7 % d'hommes (n=62) contre 25,3% de femmes (n=21).

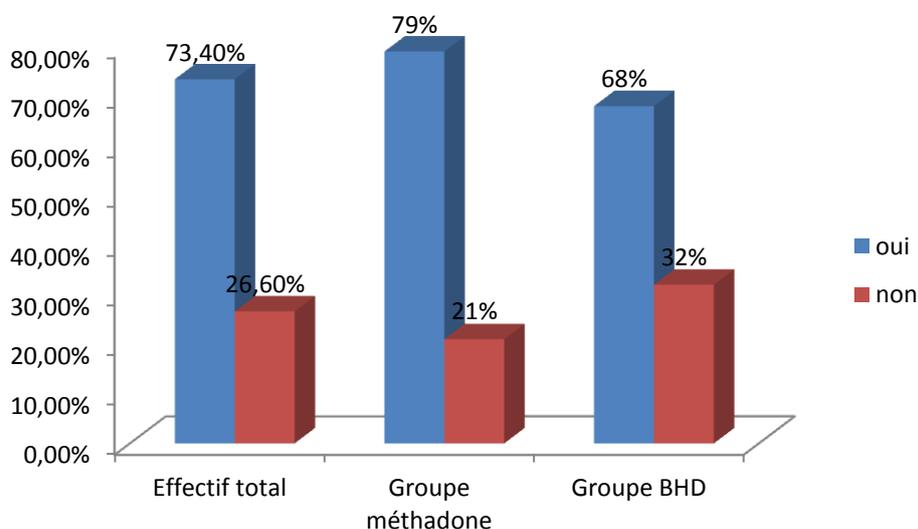
Après dix années de substitution la posologie moyenne de méthadone était de 60,3 mg par patient. La posologie moyenne de buprénorphine-haut-dosage atteignait 7 mg par patient.

Concernant la répartition démographique de l'effectif 65% des patients étaient suivis en secteur urbain (n=54) contre 35% en secteur rural (n=29).

Chaque praticien disposait d'un questionnaire pour chaque patient sous TSO suivi depuis au moins 10 ans .Les résultats ont été les suivants :

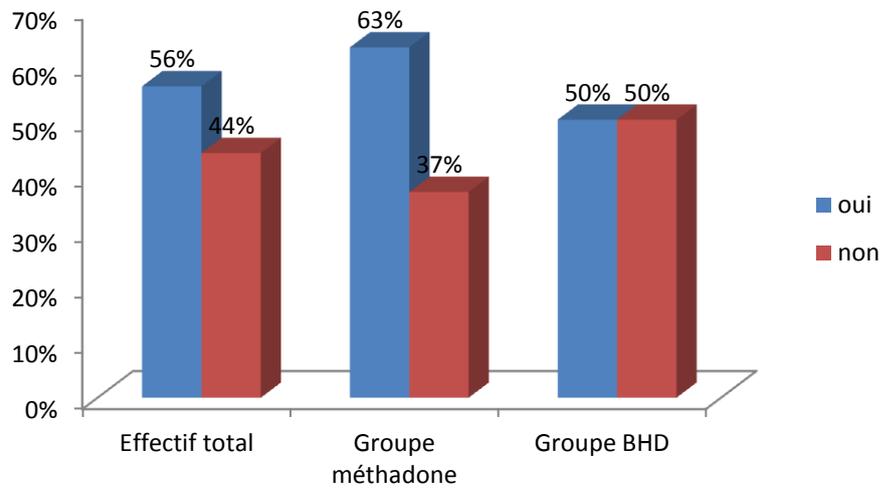
La distinction entre les groupes méthadone/BHD a été effectuée à titre indicatif sans comparaison statistique.

Vous est-il arrivé de diminuer la posologie du TSO ?



Au sein de l'effectif total 73,4% des patients (n=60) ont bénéficié d'une diminution de posologie contre 26,6% (n= 23). Parmi ces derniers les raisons évoquées étaient le refus du patient « se sent bien comme ça » (n=6), l'état de manque après diminution (n=5) et la re-consommation d'opiacés (n=4).

Vous est-il arrivé d'augmenter la posologie du TSO?

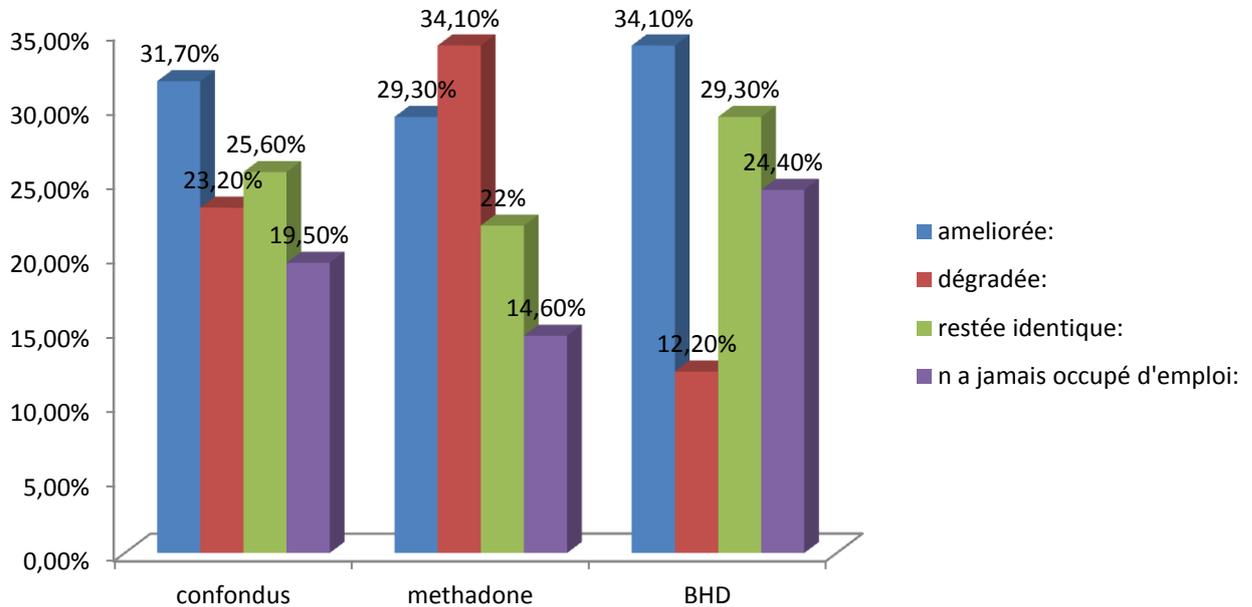


Parmi l'effectif total, 56% des patients (n=47) ont connu une augmentation de posologie contre 44% (n=36). Les motifs renseignés étaient respectivement la survenue d'un épisode anxiogène (n=8) et la consommation d'alcool (n=4).

La deuxième partie du questionnaire évaluait l'intégration socio-professionnelle du patient :

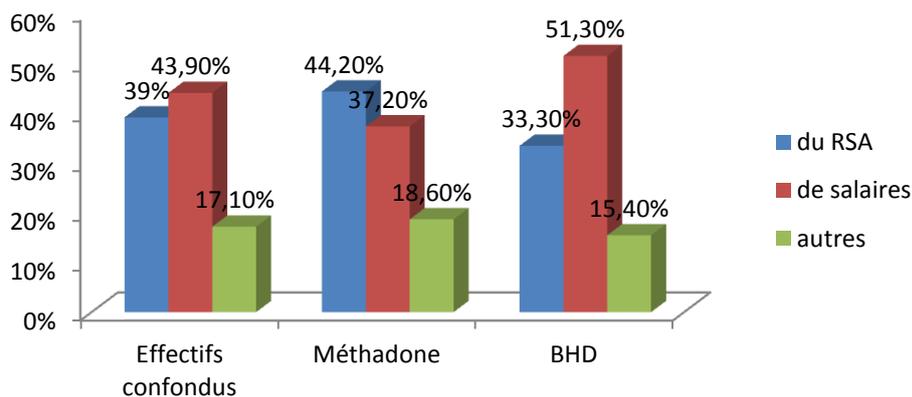
Depuis que vous le suivez :

La situation vis-à-vis de son emploi s'est :



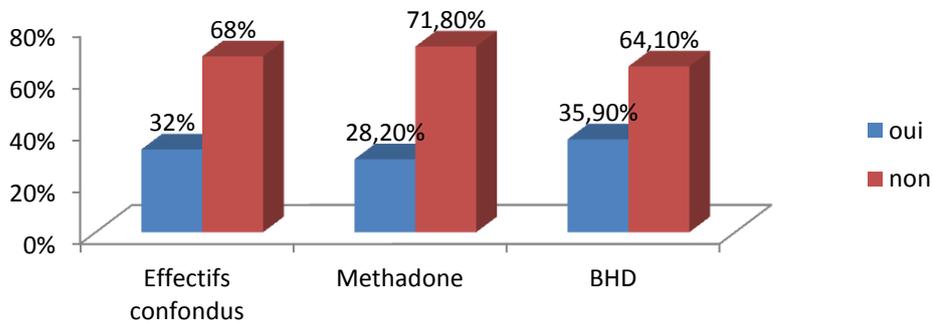
Au sein de notre effectif la situation professionnelle des patients s'est améliorée dans 31.7% des cas (n =26), dégradée pour 23.2% d'entre eux (n=19), restée identique pour 25,6% d'entre eux (n=21).A noter que 19,5% (n=17) des patients n'ont jamais occupé d'emploi.

Ses ressources financières proviennent principalement :



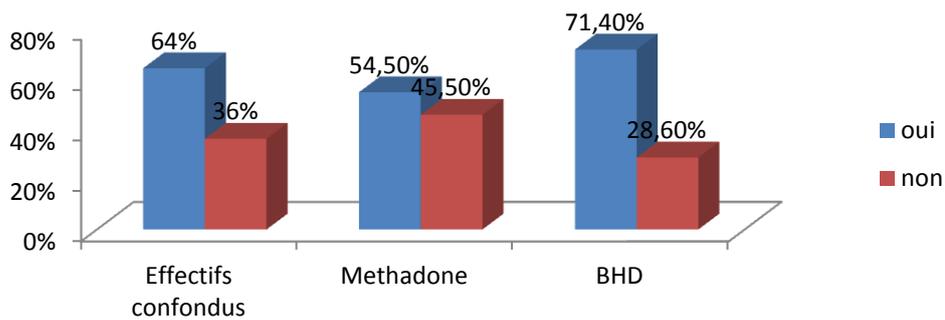
39% des patients (n=33) bénéficiaient du RSA, 43,9% (n=36) occupaient un emploi et 17,10% (n=14) bénéficiaient d'autres ressources.

Le patient a-t-il des dettes ?



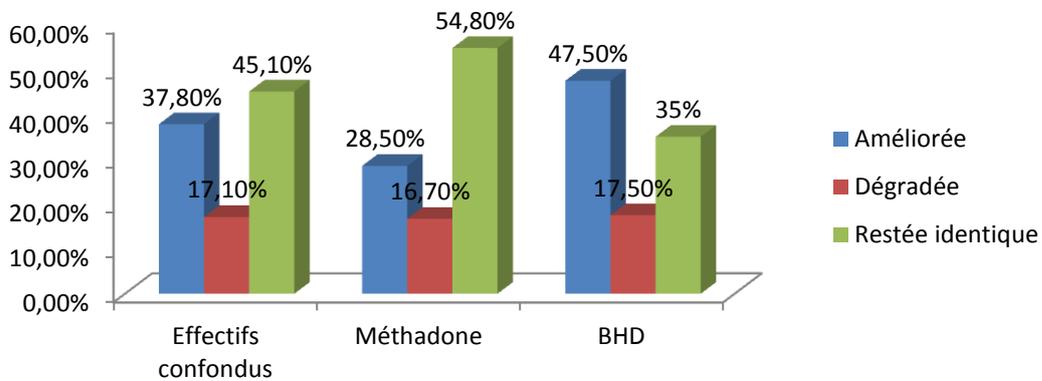
Concernant la question de l'endettement, 32% des patients avaient des dettes (n=27), contre 68% (n=56).

Si oui a-t-il fait appel à un acteur social ?



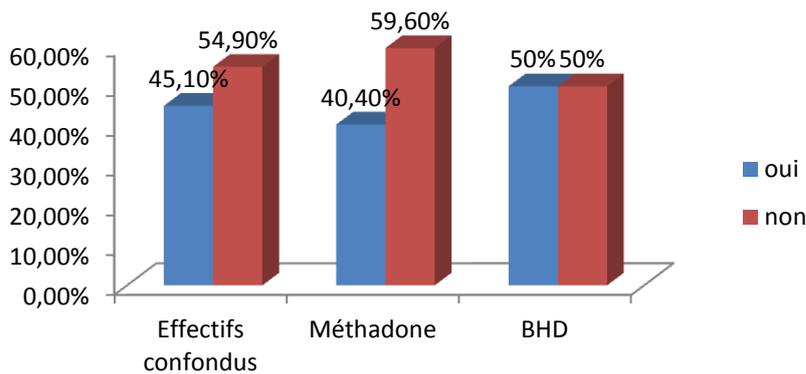
Parmi les patients souffrant de dettes 64% (n=17) ont fait appel à un acteur social contre 36% (n=10).

La situation vis-à-vis de son logement s'est :



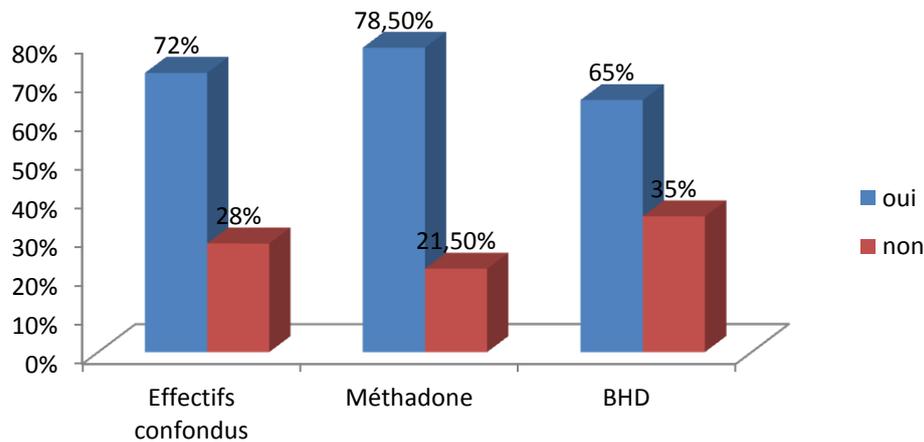
La situation vis-à-vis du logement s'est améliorée pour 37,8% des patients (n=31), dégradée pour 17,1% d'entre eux (n=14) et restée identique pour 45,1% (n=38).

Vit-il en couple ?



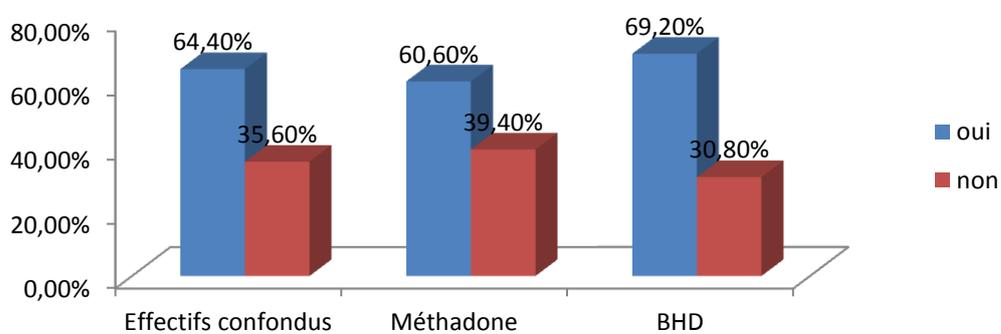
45,1% des patients (n=37) vivaient en couple, 54,9% (n=46) étaient célibataires.

A-t-il des enfants ?



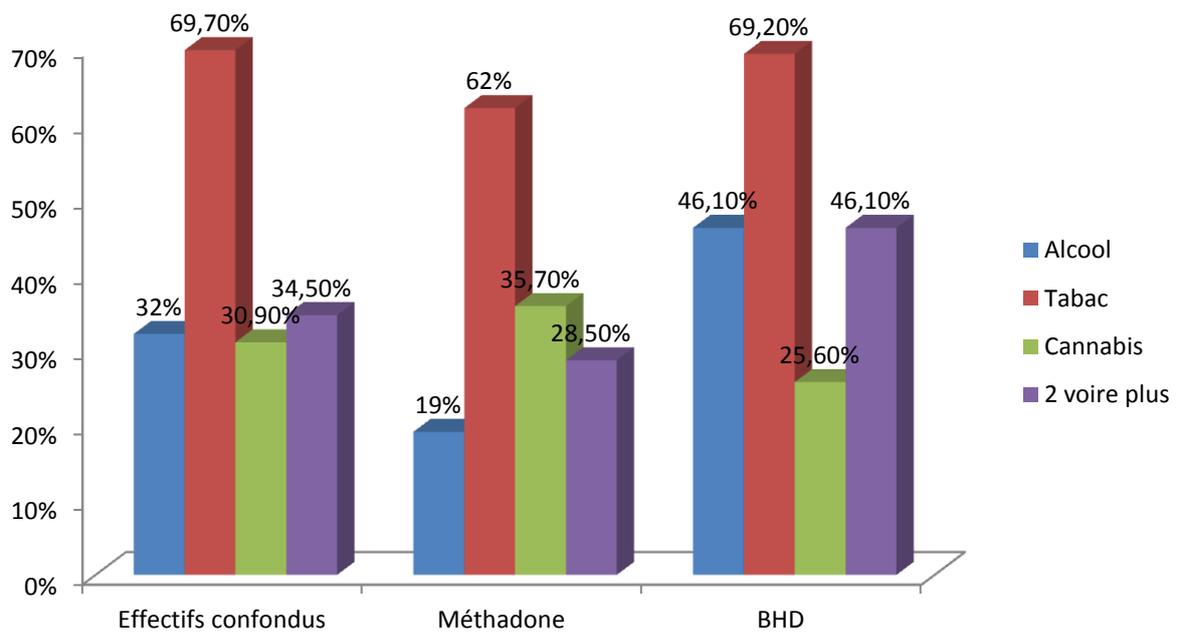
72% des patients avaient des enfants (n=60) contre 28% (n=23).

Si oui, vit-il avec eux ?



64,4% des patients ayant des enfants vivaient avec eux (n=39), contre 35,6% (n =21).

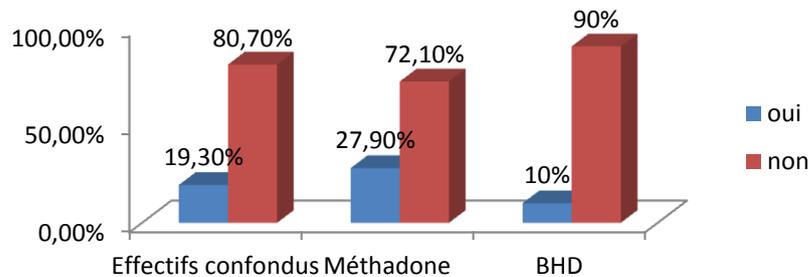
A-t-il une co-dépendance ?



Au sein de notre effectif 32% des patients présentaient une co-addiction à l'alcool (n=27), 69,7% une co-addiction au tabac (n=58), 30,9% une co-addiction au cannabis et 34,5% une poly-addiction (n=29).

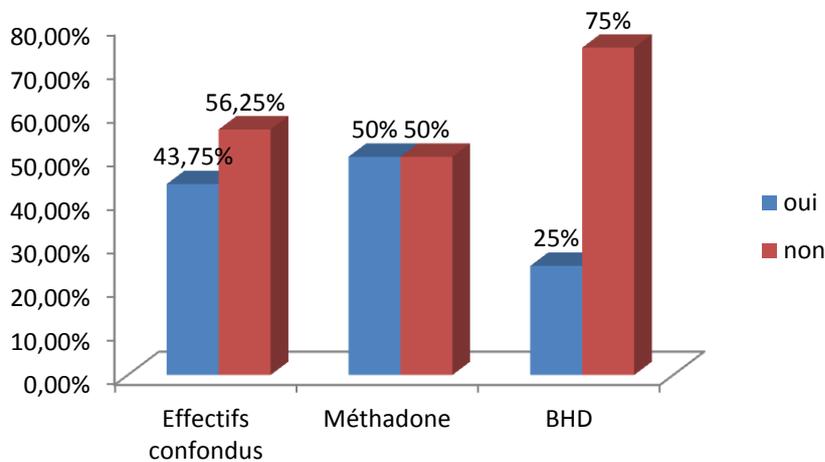
La troisième partie du questionnaire patient évaluait les co-morbidités infectieuses de chaque patient :

Est-il atteint d'hépatite C active (PCR positive ?)



L'atteinte par le virus de l'hépatite C était de 19,3% dans notre série (n=16).

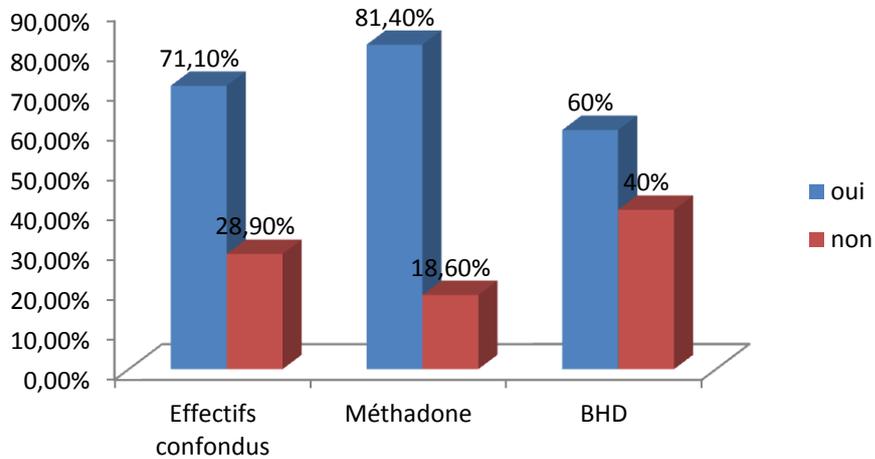
Si oui est-il sous traitement ?



Parmi les patients infectés par le virus de l'hépatite C 43,75% étaient sous traitement (n=7), parmi les 56,25% de patients ne poursuivant pas de traitement (n=9), sept étaient sous surveillance simple et 2 patients ont refusé toute prise en charge soit 12,5% des patients atteints.

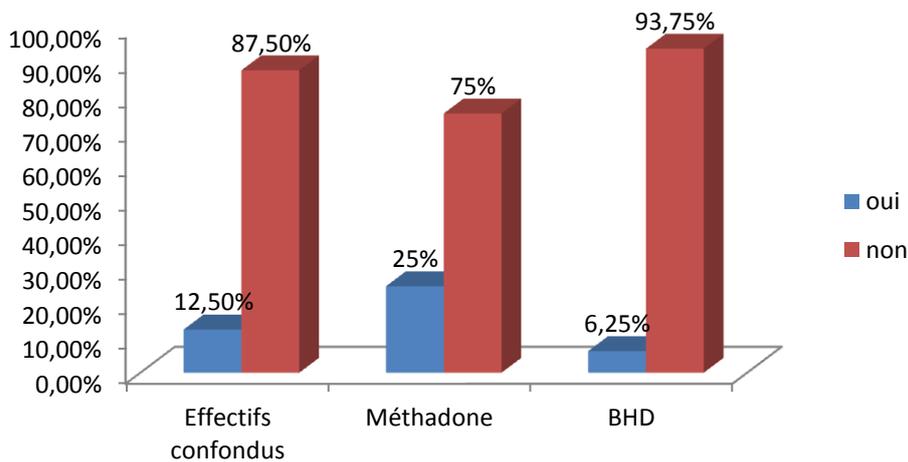
87,5% des patients atteints étaient suivis par un infectiologue/hépatologue.

Est-il vacciné contre l'hépatite B ?



La couverture vaccinale globale contre le virus de l'hépatite B au sein de notre échantillon était de 71,1% (n=59). Parmi les 28,9% de patients non vaccinés (n=24), dix ont refusé la vaccination.

Est-il infecté par le virus de l'hépatite B ?

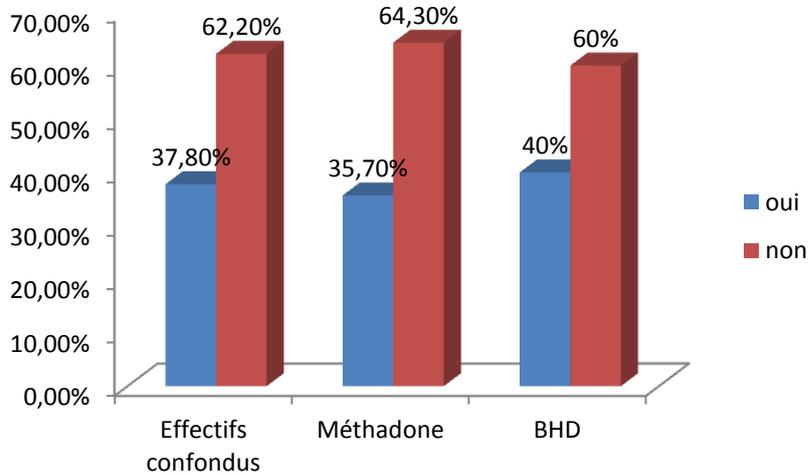


Parmi les patients non vaccinés 12,5% étaient atteints par le virus (n=3), l'ensemble des patients contaminés bénéficiaient d'un suivi médical par un gastro-entérologue et/ou infectiologue.

Concernant l'atteinte par le virus du VIH, un seul patient était atteint (1,2% de l'échantillon global) et bénéficiait d'un traitement par méthadone. Il était sous traitement et suivi par un infectiologue.

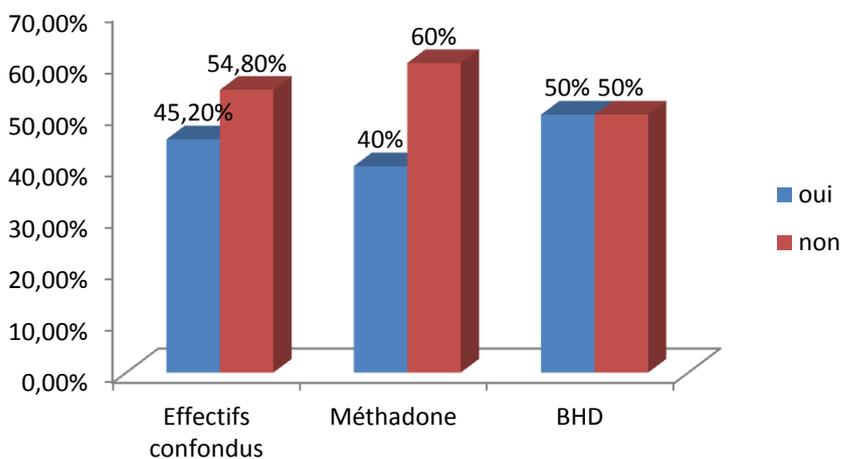
La quatrième partie du questionnaire précisait l'aide pharmacologique apportée à chaque patient :

Poursuit-il un traitement anxiolytique depuis plus d'un mois ?



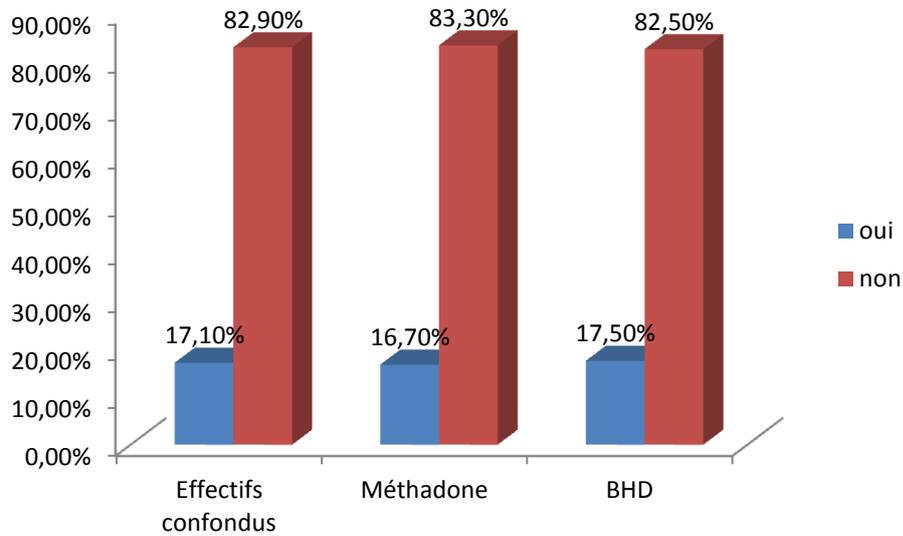
La poursuite d'un traitement anxiolytique était évaluée à 37,8% au sein de notre échantillon (n=31) contre 62,2% (n=52).

Si oui, est-il suivi par un psychiatre ?



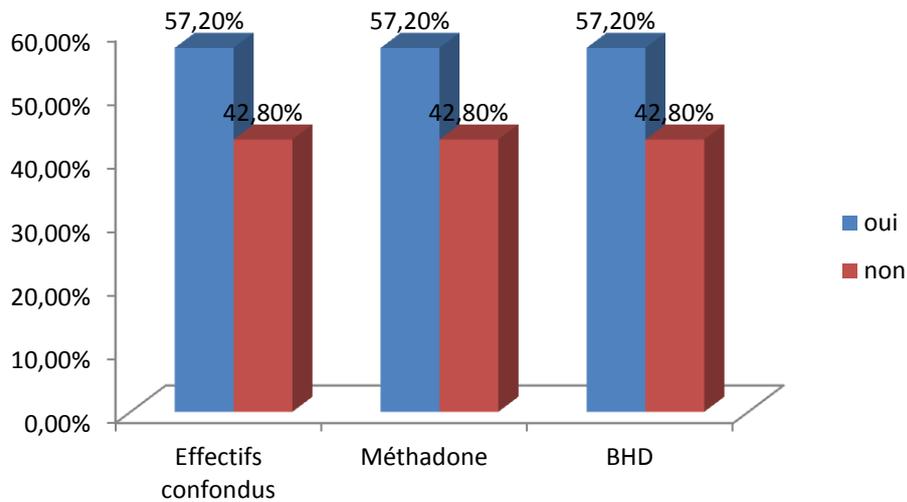
45,2% des patients bénéficiant d'un traitement anxiolytique étaient suivi par un psychiatre (n=14). Parmi les patients non-suivis (n=17) dix ont refusé une prise en charge spécialisée.

Poursuit-il un traitement antidépresseur ?



La poursuite d'un traitement antidépresseur était de 17,1 % dans notre série (n=14).

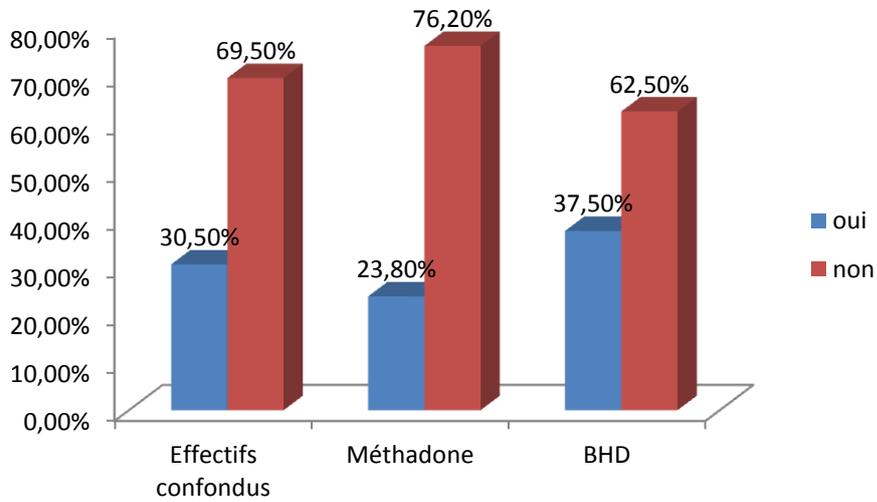
Si oui est-il suivi par un psychiatre ?



La fréquence du suivi spécialisé parmi les patients sous antidépresseurs était de 57,2% (n=8)..

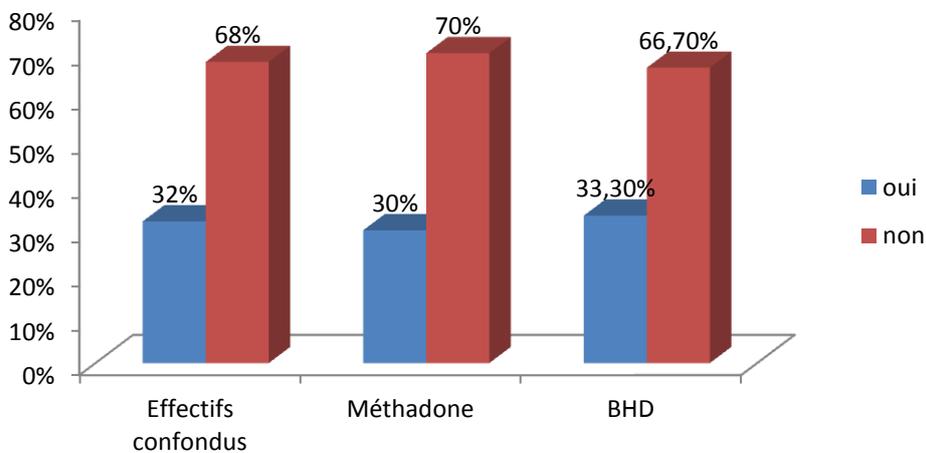
Concernant les patients non suivis (n=6), les motifs renseignés étaient la stabilisation de la thymie (n=3) le refus d'un suivi spécialisé (n=2).

Bénéficie-t-il d'un traitement hypnotique depuis plus d'un mois ?



La poursuite d'un traitement hypnotique depuis plus d'un mois était évaluée 30,5% (n=25).

Si oui est-il suivi par un psychiatre ?



La fréquence du suivi psychiatrique sein des patients traités était égale à 32% (n=8). Parmi les patients non suivis (n=17), les motifs renseignés étaient l'amélioration du sommeil (n=3) et le refus du patient (n=3).

5. DISCUSSION

Le premier objectif de cette étude descriptive était de déterminer le suivi ambulatoire au long cours (au moins 10 ans) des patients sous traitements de substitution aux opiacés par les médecins généralistes. Pour cela nous avons utilisé une base de données de 180 médecins généralistes ayant participé au minimum à une inter-vision d'addictologie au cours des trois dernières années au sein de l'association «G&T 59-62 : Nouvelles pratiques en Médecine Générale ».

Les résultats obtenus sont à interpréter avec pondération puisque l'étude s'intéressait aux médecins membres de l'association donc à priori intéressés par le domaine de l'addictologie. De plus, l'échantillon obtenu reste assez faible (23 questionnaires médecins et 83 questionnaires patients). Les conclusions de l'enquête peuvent donc être difficilement généralisées à l'ensemble de la population des médecins et des patients ciblés.

La moyenne d'âge des médecins généralistes au sein de notre échantillon était de 53,3 ans. Cette valeur est légèrement supérieure à l'âge moyen des généralistes dans la région en 2009 qui était de 50 ans (3). Cette prise en charge est assurée par des médecins ayant une certaine expérience professionnelle puisque l'ancienneté d'installation dans notre échantillon était de 24,3 ans.

Dans notre étude, 91,4% des médecins répondus étaient des hommes. On note une large prédominance masculine dans l'accompagnement ambulatoire des patients sous TSO. Une étude démographique récente du Conseil National de l'Ordre des Médecins effectuée en 2009 (3) montre une répartition différente dans notre région : 78% des médecins généralistes sont des hommes et 22% des femmes. Nos consœurs seraient-elles réticentes à assurer cette prise en charge ?

La plupart des médecins répondus exerçaient en zone urbaine soit 82,6% de l'effectif. Ce résultat n'est guère surprenant dans la mesure où l'ensemble des accords téléphoniques ont été obtenus auprès de médecins exerçant en ville.

Différents travaux effectués sur le suivi ambulatoire des patients sous TSO dans les Bouches-du-Rhône en 2002 (4), et Belgique francophone en 1999 (5) corroborent le profil que l'on a dressé du médecin assurant cette prise en charge. Il s'agit en général d'un homme, âgé de 50 ans, exerçant en ville, en cabinet de groupe. Dans notre échantillon chaque médecin suivait en moyenne 14 patients sous TSO et 3,6 depuis plus de 10 ans. Contrairement à l'étude menée en 2009 en relai du CSST du CHRU de Lille (6) sur un panel de patients suivis depuis 3 ans, notre étude n'a pas retrouvé de dispersion importante du nombre de patients suivis par médecin. La plupart suivaient 1 à 7 patients depuis plus de 10 ans. Seul un médecin se démarquait de notre cohorte en assurant le suivi de 19

patients. Un phénomène de « concentration » est parfois décrit dans la prise en charge des patients sous TSO, une étude menée dans les Bouches-du-Rhône en 2002 (4) auprès de 700 médecins décrit bien ce phénomène puisque dans cette enquête 26% des prescripteurs prenaient en charge 75% des patients sous TSO. La prise en charge est assurée par quelques médecins suivant un nombre important de patients. Certains médecins généralistes semblent refuser cette prise en charge.

Ce point nous amène à détailler la première partie du questionnaire s'intéressant au ressenti des médecins :

82,6% des médecins interrogés estiment satisfaisant le lien qu'ils ont créé avec leurs patients, les motifs de mécontentement sont souvent inhérents au manque de temps. Dans la plupart des cas il s'agit de médecins ayant une activité supérieure à la moyenne observée (6008 actes par an) et ne s'estimant pas assez formés. Cependant peu d'entre eux n'ont jamais éprouvé un certain découragement (26,10%), ils expriment une lassitude mais ont aussi parfois la sensation de n'être que de simples prescripteurs (26,1%). De plus une majorité d'entre eux pensent s'être insuffisamment formés (60,8%) par manque de temps. Ceci explique pourquoi la prise en charge après 10 années de suivi leur semble insuffisante dans 60,8% des cas. Malgré tout 65,2% des médecins interrogés estiment que le suivi des patients sous TSO est une mission de Médecine Générale.

Il est difficile d'appréhender le ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge quotidienne des patients sous TSO, peu d'études s'y sont intéressées. Une étude sociologique menée en 2007 (7), s'intéressant aux pratiques et ressentis des médecins généralistes du Nord et de la province du Hainaut démontre au travers de 51 entretiens libres que certains médecins ont une représentation négative du patient sous TSO. Les patients sont décrits comme « difficiles à gérer, menteurs parfois violents, ne respectant pas les horaires de rendez-vous ». La notion de « cause perdue d'avance » est souvent présente. Il existe une partie non négligeable de médecins généralistes qui rejette ce type de patient. Le mésusage des prescriptions est en partie responsable de ce rejet. Notre étude a tenté d'évaluer ce mésusage après dix années de suivi.

Tout d'abord, les différentes formes de mésusage des TSO peuvent être résumées comme tel (8,9) :

- Poly-consommation de produits psycho-actifs (alcool, benzodiazépines).
- Injection IV de BHD avec ses diverses complications associées (augmentation du risque de détresse respiratoire, complications systémiques et locorégionales).
- Décès par surdosage de méthadone et par potentialisation de la BHD par les benzodiazépines.
- Apparition d'un marché parallèle avec économie souterraine.
- Apparition d'une dépendance primaire aux TSO.
- Mauvaise prise du traitement (prises fractionnées, chevauchement).

Dans notre série le mésusage est bien réel : 30,5% des praticiens estiment qu'il est pratiqué par au moins 15% de leurs patients. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature, l'évaluation de l'AFSSAPS en 2009 (10) estime à 5% le nombre de patients ayant un mésusage de la BHD. Cependant d'autres études évaluent l'injection IV de BHD entre 13% et 46%. Quant à la méthadone, la forme sirop n'est pas compatible avec un usage injecté ou sniffé, le principal risque est le décès par le surdosage. La forme gélule disponible depuis 2008 est soumise à des règles de prescriptions drastiques, la primo-prescription doit être émise par un médecin exerçant en CSAPA ou dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des addictions. L'observation de ces mésusages est plus fréquente chez les patients ayant un profil socio-professionnel « à risque » : chômage, isolement, difficulté d'accès au logement. Le phénomène de mésusage serait toujours important malgré la durée du suivi et l'éducation assurée par le médecin. Afin de lutter contre ce mésusage l'HAS (8,9) préconise quelques recommandations :

- Le médecin prescripteur doit adapter la posologie du TSO, sécuriser ses ordonnances, collaborer d'avantage avec le pharmacien.
- Le patient doit être mieux encadré dans les autres domaines de prise en charge (aide par les acteurs sociaux, suivi psychologique plus régulier) afin d'améliorer son implication et le responsabiliser.
- Les CSST/hôpitaux et équipes multidisciplinaires doivent être facilement accessibles aux médecins prescripteurs éprouvant des difficultés de prise en charge.
- Renforcement des contrôles par les services médicaux de l'assurance maladie afin de repérer les situations faisant craindre un usage détourné (nombre de prescripteurs dans l'année supérieur à 5, prescription répétée de fucidine sous forme pommade faisant craindre un usage IV de la BHD, utilisation de collutoires nasaux en cas de prise sniffée de BHD, posologie de BHD supérieure à 32 mg/jour).

On observait en 2004 que 6% des consommateurs de TSO étaient à l'origine de 25% des prescriptions (8,9).

Concernant le nomadisme médical 77,8% des médecins interrogés estiment qu'il est pratiqué par moins de 15% de leurs patients et 13,1% par plus de 25%. L'étude menée par l'OFDT (11) parue en 2010 et réalisée dans 25 régions (dont DOM-TOM) auprès d'un échantillon de 4607 patients sous TSO sélectionnés au hasard montre qu'en 2007, 24,8% des patients sous TSO ont consulté au minimum 3 médecins différents pour renouveler leur traitement et 2,4% plus de 6 médecins différents. Dans notre étude, malgré un long suivi et la qualité de la relation médecin-patient le nomadisme médical existe toujours. Cependant, même si les résultats de notre enquête et ceux de l'OFDT (11) doivent être comparés avec précaution, il semble que le nomadisme des patients diminue au cours de durée de prise en charge.

Notre échantillon comprenait 83 patients dont 51,8% suivaient un traitement par méthadone et 48,2% par BHD. La prévalence de la méthadone comme traitement de substitution au long cours dans notre étude est surprenante, selon l'OFDT (12) au premier semestre 2010, 145000 personnes bénéficiaient d'un traitement par TSO, 75% poursuivaient un traitement par BHD et 25% par méthadone. On retrouve au niveau régional un ratio similaire (13). Bien que l'utilisation de la méthadone depuis 10 ans ne cesse d'augmenter, la proportion de patients traités passant de 12% en 1999 à 33% en 2009 (14,15), l'usage de la BHD reste majoritaire. Y aurait-il un switch thérapeutique en cours de suivi ? Une partie des patients sous BHD aurait-elle changé de médecin traitant ?

L'âge moyen des patients dans notre série était de 38 ans et 10 mois. Cette moyenne était supérieure à celle observée par l'OFDT (11) égale à 34 ans. Cette différence s'explique par le fait que nous avons sélectionné une population de patients suivis depuis au moins 10 ans par le même médecin, donc à priori plus âgée.

Selon notre étude, le sexe ratio n'évolue pas en fonction de la durée du suivi médical. Notre échantillon comprenait 74,7% d'hommes et 25,3% de femmes, ces chiffres sont identiques à ceux de l'OFDT (11). Le nombre de femmes bénéficiant d'un TSO ne cesse d'augmenter depuis une décennie selon la synthèse réalisée par l'INSERM en 2010 sur la réduction des risques chez les usagers de drogues (16). Cette tendance est encourageante, les femmes sont en effet plus vulnérables en termes de co-morbidités infectieuses. Elles adoptent plus fréquemment un comportement à risque les exposant à l'infection par le VIH : échange de seringues avec leur partenaire, rapports sexuels non protégés, prostitution. Elles présentent aussi une certaine vulnérabilité psychologique et sociale de part un parcours de vie parfois difficile entamé de violences, d'isolement, et de périodes de chômage plus fréquentes(16). Certaines redoutent de plus un placement de leur(s) enfant(s) ce qui peut constituer un obstacle à la prise en charge. Il est important de développer des outils spécifiques à leur encadrement.

La posologie moyenne de méthadone était de 60,3 mg par patient ce qui correspond aux recommandations de l'HAS (9) préconisant une dose de méthadone située entre 60 et 100 mg. Une étude menée en 2009 (6) sur le suivi ambulatoire de patients sous méthadone 3 ans après leurs relais du CSST du CHRU de Lille retrouvait une posologie moyenne de 73mg par jour. L'écart de posologie entre les deux cohortes de patients n'est pas très importante, ce qui s'explique en partie par l'objectif de prise en charge actuelle (9) qui tend avant tout vers l'abstinence complète de consommation d'opiacés illicites. L'arrêt du TSO est secondaire, la dépendance aux opiacés est considérée comme une maladie chronique avec ses conséquences somatiques et sociales. De plus certains patients ne désirent pas s'acheminer vers un sevrage total de leur aide substitutive.

La consommation moyenne de BHD était de 7 mg. Aucun patient ne dépassait la dose de 32 mg, valeur seuil suspecte de mésusage. Au sein de notre échantillon 73,4% des patients ont bénéficié d'une réduction de posologie de leur TSO, ce qui correspond à une logique de sevrage progressif de la substitution sans pour autant désigner un phénomène de « porte de sortie ». Cependant une étude suisse (17) s'intéressant au suivi de 119 patients sous méthadone montre qu'à 10 ans 29% des patients inclus ont arrêté leur traitement avec succès. L'arrêt du traitement à moyen terme est donc possible pour certains patients. Selon notre questionnaire 26,6% n'ont jamais connu de dégression thérapeutique. La plupart de ces patients se sentaient stabilisés et n'exprimaient pas le souhait d'une décroissance ce qui semble contradictoire à certaines études qui démontrent que le bien être subjectif du patient est meilleur lorsqu'une perspective de sevrage du TSO est envisagée (18). Les autres causes de non décroissance du traitement étaient la survenue d'épisodes anxiogènes pour 6% et la re-consommation d'héroïne pour 4,8% des patients. L'étude menée en relai du CSST du CHRU de Lille (6) estimait à 11% la persistance de consommation d'opiacés illicites à 3 ans. Notre étude montrerait donc une diminution de consommation d'opiacés illicites à long terme. Certaines publications (19) montrent qu'un traitement par méthadone à dosage moyen, entre 60 et 120 mg, amène de meilleurs résultats en termes d'abstinence qu'un traitement par BHD à doses moyennes, comprises entre 8 et 16 mg. Nos résultats ne permettent pas de confirmer cette tendance. Au sein de notre échantillon 56% des patients ont connu une augmentation de posologie, la cause de cette augmentation n'était connue que pour 12 d'entre eux. La survenue d'un syndrome anxio-dépressif était mentionnée pour 8 patients, l'alcoolisation pour 4 patients. Le faible taux de réponse rend difficile l'interprétation de ces résultats vis-à-vis de l'échantillon total de patients.

Après 10 années de suivi 31,7% des patients ont vu leur situation vis-à-vis de l'emploi s'améliorer, on assiste à une dégradation du statut professionnel pour 23,2% et à un statu quo pour 45,1% des patients. Un tiers des patients ont connu une amélioration de leur statut professionnel après 10 années de substitution. De plus 43,9% percevaient des salaires, ce chiffre est supérieur à celui annoncé par le rapport d'activité des CSST ambulatoires en 2003 (20) où 34,8% des patients suivis assuraient leurs revenus par une activité salariale. La prise en charge substitutive favorise à long terme l'insertion professionnelle. La proportion de patients percevant des salaires ne cesse d'augmenter : en 1998, 28,2% des patients occupaient un emploi, 34,8% en 2003 (20). Cependant un nombre non négligeable de patients ont de réelles difficultés financières puisque 32% d'entre eux souffrent d'endettement après 10 années de suivi et le recours à un acteur social n'est pas systématique. De plus dans notre série 39% des patients touchaient le RSA contre 20% selon le rapport des CSST ambulatoires (20). Même si l'accès à l'emploi s'améliore à long terme, il persiste une

majorité de patients en situation de précarité. Il est essentiel pour le prescripteur de s'enquérir des difficultés financières du patient afin de mieux l'orienter vers les acteurs sociaux.

L'accès au logement s'est aussi amélioré : en 1998, 68,2% des patients occupaient un logement, 72,1% en 2003 (20). Cette tendance semble se confirmer dans notre étude puisque 37,8% des patients ont connu une amélioration en termes d'accès au logement. Aucun patient était « Sans Domicile Fixe ».

Au sein de notre étude 54,9% des patients étaient célibataires. Le célibat semblait davantage toucher les hommes que les femmes. Parmi nos patients 72% avaient des enfants et 64,4% des patients ayant des enfants les prenaient en charge. Si on ajuste ce chiffre à l'ensemble de l'effectif, 46,3% des patients avaient des enfants et s'en occupaient. Ce chiffre semble indiquer que la substitution au long cours facilite le rapprochement familial puisque qu'en 2003 (20) seulement 25,1% des patients sous TSO avaient des enfants à charge. Cependant cette tendance doit être pondérée par le fait que notre population de patients est plus âgée.

La prévalence de l'alcool-dépendance est estimée à 30% chez les patients substitués (17), notre étude retrouve un chiffre similaire de l'ordre de 32% de même que l'étude réalisée 3 ans après le relai du CSST de Lille (6). La consommation associée d'alcool reste malheureusement importante après 10 années de substitution. Cette consommation est souvent moins verbalisée par le patient et sous estimée par le soignant. Les patients alcool-dépendants substitués sont très vulnérables, leur survie est diminuée de 10 ans par rapport aux consommateurs modérés. Ils adoptent plus fréquemment des comportements à risque : reprise d'héroïne avec échange de seringue et consommation de cocaïne (21).L'alcool active le catabolisme de la méthadone et expose le patient à une prise anticipée de son traitement mais aussi à une consommation d'opiacés illicites, les femmes sont particulièrement à risque (22). Il semble donc primordial de traiter la co-dépendance à l'alcool.

La consommation associée de cannabis est évaluée à 30,9% dans notre série. L'étude menée en 2009 en relai du CSST du CHRU de Lille retrouvait une fréquence d'usage identique(6). La consommation de cannabis ne semble pas diminuer au cours du suivi. La proportion de patients suivis en CSST pour une primo-dépendance aux cannabis ne cesse d'augmenter : de 16,1% en 1998 à 29,3% en 2003 (20). Il est important de dépister de manière très précoce les usagers de cannabis, en effet le cannabis est la drogue d'entrée la plus fréquente vers l'addiction aux opiacés, une étude allemande (23) menée auprès de 158 patients sous TSO montrait que la première drogue consommée dans le parcours addictif était le cannabis pour 55,8% des patients, l'alcool pour 33,8%, les opiacés pour 17,6% et la nicotine pour 11,8%.Il est important d'en diminuer son usage pour ces raisons. Malgré la durée de prise en charge il semble que nos patients ne parviennent pas à diminuer leur consommation

d'alcool et de cannabis qui sont des drogues sédatives, l'étude EVALUMET (5) corrobore cette tendance.

Le tabagisme est la co-dépendance la plus fréquente dans notre échantillon, 70% des patients étaient fumeurs. La prise en charge de cette consommation paraît secondaire, elle n'apparaît pas dans le classement des poly-consommations du rapport d'activité des CSST en 2003. Elle semble cependant diminuer, son estimation était de 88,5% en 2009 (6).

Notre série retrouve 34,5% de poly-consommateurs contre 23% en 2009 (6). Cette progression semble inquiétante car la prise en charge des sujets multi-dépendants est plus complexe et ces patients sont particulièrement fragiles.

Ce groupe de patients souffrent souvent de troubles anxio-dépressifs ou psychotiques (21), leur première prise d'opiacés est plus précoce. Ils ont souvent un itinéraire de vie plus chaotique parcouru de problèmes sociaux et médico-légaux.

Le traitement des co-dépendances apparaît donc primordial, les TSO permettent de diminuer significativement la consommation d'opiacés illicites et d'améliorer l'insertion socio-professionnelle et la sensation de bien être (24) des patients mais certaines études montrent qu'ils ont peu d'impact sur la mortalité (25), la prise en charge insuffisante des co-addictions semble être une des raisons majeures. Le dépistage de l'ensemble des addictions du patient est à cet égard la première étape de la prise en charge, notamment celle à l'alcool qui est souvent dissimulée par le patient pour des raisons culturelles.

Seuls 19,3% des patients de notre échantillon étaient contaminés par le virus de l'hépatite C contre 27% en 2009 (6). En France la prévalence du VHC est estimée entre 1 et 2% (12), chez les usagers de drogues elle est estimée entre 36,4 et 47% (12). La contamination est moins fréquente au sein de notre échantillon, la prévention menée par les médecins généralistes au cours du suivi semble donc efficace. Parmi les patients contaminés 43,7% poursuivaient un traitement au moment de l'étude et une proportion égale de 43,7% bénéficiait d'une surveillance spécialisée. La prise en charge de l'hépatite C est satisfaisante puisque 87,5% des patients contaminés étaient suivis. Cependant 12,5% ont refusé toute prise en charge, il s'agit de patients poly-addictifs qui présentaient souvent une comorbidité psychiatrique et une mauvaise insertion sociale. Ces patients sont les plus vulnérables, il faut en priorité développer les outils nécessaires afin de les réintégrer au système de soin.

Concernant l'hépatite B, 71,1% des patients de notre série étaient vaccinés. La couverture vaccinale de la population adulte en France est estimée de 32 à 40% selon les séries (26). Le travail de prévention mené par les médecins de notre étude est très efficace. La qualité du lien médecin-

patient développée tout au long du suivi a sans doute facilité ce travail de prévention. Parmi les patients non vaccinés 12,5% étaient atteints par le virus soit 3,6% de l'échantillon global. L'ensemble des patients atteints bénéficiaient d'un suivi spécialisé.

La prévalence du VIH dans notre étude était de 1,2%. Un seul patient était contaminé, son suivi était assuré par un médecin infectiologue. La prévalence du VIH chez les sujets injecteurs de drogue est de 7,2% (12) mais il existe une grande disparité selon les localités : 1% à Lille et 31,5% à Marseille.

Au sein de notre échantillon 37,5% des patients sous méthadone poursuivaient un traitement anxiolytique contre 40% des patients sous BHD. Dans cette indication une étude de l'OFDT menée en 2010 (11) estimait la consommation de benzodiazépines à 44% chez les usagers de méthadone et à 40% chez les patients traités par BHD. Notre étude montrerait qu'à long terme les patients sous méthadone diminuent leur consommation de benzodiazépines. Aucune différence n'était perçue dans le groupe de patients sous BHD. Au total 37,8% de nos patients nécessitaient une aide pharmacologique. La consommation de benzodiazépines reste malgré tout importante, d'autres études montrent que cette consommation concernerait un à deux tiers des patients sous TSO (21 ; 23). Les benzodiazépines potentialisent l'euphorie induite par les opoïdes, l'effet « coup de pouce » au cours de l'heure qui suit la prise est recherché par certains patients. Ce phénomène pourrait expliquer l'appétence de certains patients vis-à-vis de ces molécules. Ces derniers sont cependant minoritaires. Il est indispensable de dépister et traiter les troubles anxieux car ils favorisent la consommation d'opiacés (9). Le recours à une prise en charge spécialisée dans cette indication concernait 45,2% des patients. A l'instar de l'étude l'OFDT (12) les femmes de notre échantillon avaient plus souvent recours à un psychiatre que les hommes.

L'aide apportée par l'utilisation d'antidépresseurs concernait 17,1% des patients dans notre série. Les états dépressifs réactivent l'appétence des patients pour les substances psychoactives, il y a donc un risque de rechute ou de dérive vers un autre trouble addictif. De plus le risque de tentative de suicide n'est pas négligeable. Le médecin prescripteur doit veiller à adapter le dosage du TSO en cas de syndrome dépressif et tenir compte du risque d'hépatotoxicité des tricycliques et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, notamment en cas de consommation d'alcool. Ces paramètres peuvent mettre en difficulté le médecin traitant. Ainsi nous avons observé dans cette indication que le recours à un psychiatre était plus fréquent, 57,2 % des patients bénéficiaient d'un suivi spécialisé. Le médecin traitant assurait le suivi des patients stabilisés, seuls deux patients ont refusé toute prise en charge spécialisée.

La consommation d'hypnotiques était importante dans notre étude, 30,5% des patients étaient concernés. Selon l'étude de l'OFDT menée en 2010 (11), entre 11% et 14% des patients sous TSO

étaient consommateurs. Si les indications de prescription des traitements hypnotiques ont été respectées, il semble que les troubles du sommeil soient plus fréquents chez les patients suivis au long cours. Les patients étaient suivis en majorité par leurs médecins généralistes, seuls 32% ont eu recours spécialisé.

6. CONCLUSION

A travers ce travail, nous avons voulu étudier l'état de santé mais aussi le degré d'insertion socio-professionnelle des patients sous TSO depuis 10 ans. Quelles étaient leurs conditions de vie après 10 années de substitution ?

Nos résultats montrent l'impact positif de la substitution au long cours sur la consommation d'héroïne. La posologie d'entretien des TSO ne diminue pas avec la durée de prise en charge et le mésusage existe toujours mais le nomadisme médical semble diminuer. La qualité de vie des patients s'améliore peu à peu, le traitement facilite dans la durée l'accès à l'emploi, au logement et le rapprochement familial. Cependant, il subsiste toujours une précarité indéniable au sein de cette population.

La situation concernant des co-dépendances est plutôt préoccupante : les consommations d'alcool et de cannabis n'ont pas diminué, malgré la durée du suivi elles concernent toujours un tiers de l'effectif. L'usage de la nicotine est moins fréquent à 10 ans mais touche encore 70% des patients. De plus le nombre de poly-consommateurs a augmenté, ces derniers représentent 34,5% de notre échantillon.

Le travail de prévention et de collaboration mené par les médecins généralistes dans la prise en charge des co-morbidités infectieuses est efficace, la couverture vaccinale contre l'hépatite B est de 70%. Les patients atteints par les virus de l'hépatite B, C et le VIH ont bénéficié en grande majorité d'un suivi spécialisé (entre 87,5% et 100% des patients).

La consommation associée de benzodiazépines en tant qu'aide pharmacologique reste importante, elle concerne 37,5% des patients, son usage diminue peu au cours du suivi. La consommation d'hypnotiques a augmenté au long cours, concernant 30,5% des patients. Les patients ont des difficultés à se sevrer de ces molécules. Le suivi psychiatrique n'est pas systématique, il est plus fréquent en cas de syndrome dépressif.

Les médecins interrogés sont investis dans ce suivi au long cours, ils sont satisfaits de la relation développée avec le patient. Cependant, ils estiment leur prise en charge globale insuffisante par manque de temps mais au aussi par manque de formation en addictologie.

Il serait intéressant de développer un questionnaire standard d'évaluation ambulatoire des patients sous TSO et de le diffuser à l'ensemble des médecins concernés, cet outil permettrait d'analyser longitudinalement le parcours des patients et d'augmenter la puissance des études à venir.

7. ANNEXE

Questionnaire médecin

Votre année de naissance : de thèse : d'installation :

Vous exercez en zone urbaine rurale

Nombre d'actes annuels (C+V) :

Nombre total de patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) :

Nombre de patients sous TSO depuis plus de dix ans :

Les questions suivantes concernent les patients sous TSO depuis plus de dix ans

1. De manière générale, vous pensez avoir construit une relation médecin - patient vous semblant :

Satisfaisant Insatisfaisante

2. Avez-vous le sentiment que votre rôle se résume à la simple rédaction de l'ordonnance?

Fréquemment Parfois Jamais

3. Parmi ces patients, vous estimez que le nomadisme médical est pratiqué par :

Plus de 25% Entre 15 et 25% Entre 5 et 15% Moins de 5%

4. Le mésusage de vos prescriptions par ces patients est selon vous de :

Plus de 25% Entre 15 et 25% Entre 5 et 15% Moins de 5%

5. Eprenez-vous un sentiment de découragement au cours de la prise en charge de vos patients?

Fréquemment Parfois Jamais

6. Votre prise en charge du patient en dehors du champ de la prescription (suivi psychologique, traitement des co-addictions, aide médico-sociale) vous semble :

Satisfaisante Insuffisante

Pourquoi ?.....

7. Pensez-vous être suffisamment formé en addictologie ?

Oui Non

8. Vous prescrivez les TSO par :

Choix Nécessité

Questionnaire patient :

Année de naissance :.....

Sexe :

H

F

1. Votre patient(e) suit actuellement un traitement par:

Méthadone

Buprénorphine Haut Dosage

1.1. Quelle est la posologie actuelle ?

1.2. Vous est-il arrivé de la diminuer ?

Oui Non

Pourquoi ?.....

1.3. Vous est-il arrivé de l'augmenter ?

Oui Non Pourquoi ?.....

2. Depuis que vous le suivez,

2.1. La situation vis-à-vis de son emploi s'est :

Améliorée Dégradée Restée identique N'a jamais occupé d'emploi

2.2. Ses ressources financières proviennent principalement :

RSA de salaires autre

2.3. Le patient a-t-il des dettes ?

Oui Non

Si oui, a-t-il fait appel à un acteur social ? Oui Non

2.4. La situation vis-à-vis de son logement s'est :

Améliorée Dégradée Identique

Précisez :.....

2.5. Vit-il en couple ? Oui Non

2.6. A-t-il des enfants ? Oui Non

Si oui, vit-il avec ses enfants ? Oui Non

2.7. A-t-il une co-dépendance ? (plusieurs choix possibles) : alcool tabac cannabis

3. Concernant les éventuelles co-morbidités infectieuses dont souffre votre patient,

3.1. Est-il atteint d'une hépatite C active (PCR positive) ? Oui Non

Si oui, est-il sous traitement ? Oui Non.

Pourquoi ?.....

Est-il suivi par un hépatologue ou infectiologue ? Oui Non.

Pourquoi ?.....

3.2. Est-il vacciné contre l'hépatite B ? Oui Non.

Pourquoi ?.....

Est-il infecté par le virus de l'hépatite B ? Oui Non

Si oui, est-il suivi par un hépatologue / infectiologue ? Oui Non

Pourquoi ?.....

3.3. Est-il infecté par le VIH ? Oui Non

Si oui, est-il suivi par un infectiologue ? Oui Non

Pourquoi ?.....

4. S'agissant de l'aide pharmacologique apportée,

4.1. Bénéficie-t-il d'un traitement anxiolytique depuis plus d'un mois? Oui Non

Si oui, est-il suivi par un psychiatre ? Oui Non.

Pourquoi ?.....

4.2. Poursuit-il un traitement antidépresseur ? Oui Non

Si oui, est-il suivi par un psychiatre ? Oui Non

Pourquoi ?.....

4.3. Bénéficie-t-il d'un traitement hypnotique depuis plus d'un mois? Oui Non

Si oui, est-il suivi par un psychiatre ? Oui Non

Pourquoi

BIBLIOGRAPHIE

1. Polomeli P, Méthadone : preuves et perspectives. Mars 2009.
2. L'accès de la méthadone en France. Bilan et recommandations. M J Auge Caumon, JF BlochLaine, W lowenstein, A Morel. 2002.
3. Web.ordre.des.médecins.fr, démographie médicale en 2009.
4. Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik A, Masut A, Ronfle E, Coudert C, Mabriez JC; et le groupe Bupré MG 13. [Prescription of high dose buprenorphine by general practitioners]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2004 Dec;52(6):511-22.French. PubMed PMID: 15741914.
5. EVALUMET, B Denis, G Van Woensel, D Lejeune, J B Lafontaine. Evaluation des traitements de substitution menés par les médecins généralistes en communauté française de Belgique. 1999.
6. Barjaud M, Suivi au long cours des patients sous méthadone par le médecin généraliste. Mai 2009.
7. Jeanmart C .Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière. 2007.
8. HAS Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés. Juin 2004.
9. HAS Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés, place des traitements de substitution. Juin 2004.
10. AFSSAPS. Les risques liés aux stupéfiants et psychotropes. Exemple sur 10 ans. 2010.
11. OFDT, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Dec 2010.
12. OFDT Drogues chiffres clés, Jan 2012.
13. Rapport Projets Mildt, drogues et toxicomanies Nord-Pas-de-Calais, Nov 2010.
14. OFDT, INVS.L'état de santé d la population en France. Rapport 2011.
15. AFFSAPS, OPPIDUM. Observation des produits psychotropes illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse. Oct 2009.
16. INSERM, Réduction de risques chez les usagers de drogues. Juin 2010.
17. Ottomanelli G, Methadone patients and alcohol abuse, J subst. Abuse treatment 1996, 16:121 123.
18. Hiltunen AJ, Eklund C, Borg S. The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: 15-year follow-up with a main focus on detoxification from methadone. Nord J Psychiatry. 2011 Apr;65(2):106-11. Epub 2010 Jul 22. PubMed PMID: 20662685.

19. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD002207. Review. PubMed PMID: 18425880.
20. OFDT, CSST en ambulatoire. Tableaux statistiques 1998 2003.
21. Laqueille X, Launay C, Dervaux A, Kanit M. Abuse of alcohol and benzodiazepine during substitution therapy in heroin addicts: a review of the literature. *Encephale.* 2009 Jun;35(3):220-5. Epub 2008 Oct 1. Review. French. PubMed PMID: 19540407.
22. Stenbacka M, Beck O, Leifman A, Romelsjö A, Helander A. Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Rev.* 2007 Jan;26(1):55-63. PubMed PMID: 17364837.
23. Giacomuzzi SM, Ertl M, Riemer Y, Rössler H, Vigl A, Hinterhuber H, Kurz M. Current consumer conditions among opioid addicts--implications for maintenance-treatment programmes provided by ambulatory drug treatment centers and physicians. *Wien Klin Wochenschr.* 2004 Feb 28;116(4):119-27. German. PubMed PMID: 15038402.
24. Reno RR, Aiken LS. Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *Int J Addict.* 1993 Feb; 28(3):211-32. PubMed PMID:8440536.
25. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD002209. Review. PubMed PMID: 19588333.
26. Web.santé.gouv.fr, plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Auteur : Dumoulin Jérôme

Date de soutenance : Lundi 26 Mars 2012

Titre de la Thèse : Suivi ambulatoire au long cours (au moins 10 ans) des patients sous traitements de substitution aux opiacés par les médecins généralistes.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : traitement de substitution aux opiacés, méthadone, buprénorphine-haut-dosage, insertion socioprofessionnelle .

Résumé :

La prise en charge actuelle des patients sous traitement de substitution aux opiacés évolue vers un consensus de traitement au long cours. Nous avons voulu étudier le suivi ambulatoire au long cours des patients sous traitement de substitution aux opiacés par les médecins généralistes. Pour cela nous avons envoyé un questionnaire à 38 médecins généralistes ayant participé au minimum à une intervention d'addictologie au sein de l'association GT 59/62 : Toxicomanies et Nouvelles Pratiques en Médecine Générale. Nous avons obtenu en réponse 23 questionnaires médecins et 83 questionnaires patients.

Notre étude objectivait que cette prise en charge était majoritairement effectuée par des médecins de sexe masculin, ayant une certaine expérience (24 ans d'exercice libéral) et exerçant en zone urbaine. Les praticiens étaient investis et 82,6% jugeaient satisfaisante la relation médecin-patient. Cependant 60,8% estimaient la prise en charge globale du patient et leur formation en addictologie insuffisantes. Le mésusage persistait, 30,5% des médecins jugeaient qu'il était pratiqué au minimum par 15% des patients. Le nomadisme semblait diminuer. Les posologies étaient en moyenne de 60,3 mg de méthadone et 7mg de BHD par patient. La consommation d'héroïne ne concernait que 4,8% des patients. Notre étude a montré que la substitution au long cours améliore peu à peu la qualité de vie des patients, elle facilite dans la durée l'accès à l'emploi (43,9% des patients étaient salariés), au logement et le rapprochement familial (46,3% des patients avaient des enfants à charge). Cependant il subsistait une précarité indéniable au sein de cette population, 32% des patients avaient des dettes et le recours aux acteurs sociaux n'était pas systématique. La situation concernant des co-dépendances était préoccupante : les consommations d'alcool et de cannabis n'ont pas diminué, malgré la durée du suivi elles concernaient toujours un tiers des patients. L'usage de la nicotine était moins fréquent à 10 ans mais touchait encore 70% des patients. De plus le nombre de poly-consommateurs a augmenté, ces derniers représentaient 34,5% de notre échantillon. Le travail de prévention et de collaboration des médecins était efficace, la couverture vaccinale contre l'hépatite B était de 70% et la majorité des patients atteints par les virus de l'hépatite B, C et VIH avaient un suivi spécialisé (87,5% à 100%). Les consommations associées de benzodiazépines et hypnotiques étaient toujours importantes, le sevrage à l'égard de ces molécules reste difficile.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur R.GLANTENET

Assesseurs : Monsieur le Professeur O.COTTENCIN
Monsieur le Professeur JM.LEFEBVRE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur N.MESSAADI

████████████████████

██

██████████

██