



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux
opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2015 à 14h
au Pôle Recherche

Par Céline LENGLET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Yannick MILLOT

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIERES

I. Abréviations	12
II. Résumés	13
1. Résumé en français	13
2. Résumé en anglais	14
III. Introduction	15
IV. Matériel et Méthode	18
1. L'étude et les critères d'inclusion	18
2. Le questionnaire	18
3. L'échantillon des médecins interrogés	19
4. L'envoi des questionnaires	20
5. L'analyse des données	21
V. Résultats :	22
1. Taux de réponses	22
2. Résultats concernant l'ensemble des médecins interrogés	22
2.1. Caractéristiques sociodémographiques	22
2.2. Formations des médecins	23
2.2.1. Formation complémentaire	23
2.2.2. Formation médicale continue	23
2.3. Patientèle des médecins interrogés	23
2.3.1. Patientèle totale	23
2.3.2. Proportion de patients sous TSO	24
3. Résultats des médecins prenant en charge les patients sous TSO	24
3.1. Résultats globaux	24
3.1.1. Médecins prenant en charge des patients sous TSO	24

3.1.2. Nombre de patients sous TSO	24
3.1.3. Répartition buprénorphine/méthadone	25
3.1.4. Evolution de la patientèle sous TSO	25
3.2. Modalités d'instauration des TSO	25
3.2.1. Circonstances de mise en place des TSO au cabinet	25
3.2.2. Instauration de la buprénorphine et de la méthadone	26
3.2.3. La première consultation	26
3.3. Suivi des patients sous TSO	27
3.3.1. Type de consultation	27
3.3.2. Accompagnement des patients	27
3.3.3. Bilan complémentaire	28
3.3.4. Durée de prescription des TSO en phase stabilisée	28
3.4. Modalités de fin de prise en charge des TSO	29
3.4.1 Phase de diminution des TSO	29
3.4.2. Paliers de diminution des TSO	30
3.4.3. Hospitalisation	31
3.4.4. Arrêt de suivi d'un patient sous TSO	31
3.4.5. Suivi des patients en post-sevrage	32
3.5. Participation des médecins à des réunions multidisciplinaires	32
4. La formation des médecins	32
5. Guide et contrat	33
6. Analyses statistiques bi-variées	34
6.1. Résultats statistiquement significatifs	34
6.1.1. Prise en charge des patients sous TSO en fonction du sexe des médecins	34

6.1.2. Formation en addictologie et désir de formation complémentaire en addictologie des médecins	35
6.2. Résultats statistiquement non significatifs	36
6.3. Comparaisons aux données de l'OFDT	36
6.3.1. Proportion de médecins généralistes prenant en charge des patients sous TSO	36
6.3.2. Répartition entre méthadone et buprénorphine dans les prescriptions de TSO	37
VI. Discussion	38
1. Limites et biais de l'étude	38
2. Résultats principaux de l'étude	38
3. Pistes de recherche	44
VII. Conclusion	45
VIII. Bibliographie	47
IX. Annexes :	51
1. Annexe 1 : Questionnaire	52
2. Annexe 2 : Lettre de présentation de l'étude	55
3. Annexe 3 : Représentations graphiques de quelques résultats	56
4. Annexe 4 : Remarques apportées par les médecins interrogés	63

I. ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

CMP : Centre Médico-Psychologique

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

RDV : Rendez-Vous

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

II. RESUMES

1. Résumé en français :

Titre : Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais.

Contexte : Depuis quelques années, les remboursements des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont augmenté en France, avec en 2013 entre 160 000 et 180 000 patients. En 2012, 72% des patients ont eu leurs prescriptions en soins primaires. La proportion de médecins prescripteurs représentait en 2009, 50% des médecins généralistes en France et 59,2% pour la région du Nord-Pas-de-Calais. Quelles sont les modalités de prise en charge des patients sous TSO en 2014 en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais ?

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive, transversale par questionnaires, adressés à 450 médecins généralistes installés, en soins primaires, tirés au sort, dans la région du Nord-Pas-de-Calais. 191 questionnaires ont été retournés et analysés statistiquement.

Résultats : 55% des médecins généralistes répondants avaient au moins 1 patient sous TSO dans leur patientèle au moment de l'étude, et 82,69 % de ces médecins étaient des hommes. La buprénorphine haut dosage (BHD) était, comme au niveau national, le traitement le plus prescrit : à 65%. Les posologies et durées de traitement correspondaient aux recommandations d'experts, néanmoins 6% des médecins interrogés déclaraient initier un traitement par méthadone au cabinet en ville, ce qui est illégal. Les médecins généralistes de ville restaient réticents concernant une primo-prescription de BHD, celle-ci étant laissée à 71% aux soins secondaires (services spécialisés ou réseaux comme les CSAPA). Une prise en charge conjointe avec des intervenants extérieurs (addictologues, réseaux et CMP) était plébiscitée par les médecins généralistes. La diminution du traitement par TSO était proposée pour 61% des interrogés par le médecin lui-même, en moyenne 7 mois et 24 jours après l'instauration du traitement, par paliers de 0,4 ou 2mg pour la BHD et de 1 ou 5 mg pour la méthadone. Les arrêts de suivi de patient étaient fréquents, puisque 74% des médecins y ont été confrontés. Concernant la formation pour la prise en charge de ces patients, 65 % avaient déclaré avoir une formation insuffisante, néanmoins 68 % ne souhaitaient pas en bénéficier. 87 % des médecins interrogés étaient par contre en faveur d'une formation obligatoire lors des second et troisième cycles des études médicales.

Conclusion : Dans notre étude, la proportion de médecins prenant en charge des patients sous TSO était semblable à celle nationale, mais majoritairement en relais du dispositif des soins secondaires primo-prescripteurs quelque soit le TSO. Les services spécialisés et réseaux restaient plébiscités par les médecins, une aide pour la prise en charge et, semble-t-il, en lien avec leur sentiment de manque de formation dans cette spécialité.

2. Résumé en anglais :

Title : Management of patients on opioid replacement therapy in primary care in the Nord-Pas-de-Calais

Background : Over the last few years, reimbursement of Opiate Substitution Treatment (OST) increased in France, seeing between 160 000 and 180 000 patients in 2013. In 2012, 72% of patients had their prescriptions in primary care. In 2009, the proportion of prescribing physicians represented 50% of general practitioners (GPs) in France and 59.2% for the Nord-Pas-de-Calais region. What are the management procedures for patients under OST in 2014 in primary care in the region of Nord-Pas-de-Calais?

Method : We performed a descriptive study, transverse with questionnaires sent to 450 general practitioners installed in primary care, drawn in the Nord-Pas-de-Calais region. 191 questionnaires were returned and analyzed statistically.

Results : 55% of respondents GPs had at least one patient under OST in their patient base at the time of the study, and 82.69% of those doctors were men. High Dose Buprenorphine (HDB) was, as at national level, the most prescribed treatment with 65%. The dosages and treatment times correspond to the recommendations of experts, however, 6% of physicians surveyed reported initiating a methadone treatment in their office-based practice, which is illegal. Office-based GPs remained reticent to a first prescription of HDB, preferring, 71% of the time to let it to secondary care (specialized networks or services like CSAPA). A joint management with external experts (addictologists, networks, and psychological consultation center) was popular with GPs. The decrease of the OST treatment was proposed for 61% of interviewed by the doctor himself, averaging 7 months and 24 days after treatment initiation, in increments of 0.4 or 2 mg for HDB and 1 or 5 mg for methadone. Patient monitoring stops were frequent, with 74% of physicians having faced it. On training for the care of these patients, 65% reported having inadequate training, however, 68% did not wish to receive any. 87% of physicians surveyed were for a mandatory training during the graduate and postgraduate medical studies.

Conclusion : In our study, the proportion of physicians taking care of patients under OST was similar to the national one, but mainly relying on secondary care regardless of the OST. Specialized networks and services remained preferred by doctors, they acted as aid and support and were apparently connected with their sense of lack of training in this specialty.

III. INTRODUCTION

En France, les rapports de ces dernières années de l'OFDT montraient une augmentation du remboursement des traitements de substitution aux opiacés (TSO), avec au premier semestre 2011 environ 145 000 patients [1] et pour l'année 2013 un chiffre entre 160 000 et 180 000 patients (en fusionnant chiffres des officines et des CSAPA) [2].

Il existe deux TSO : la buprénorphine haut dosage (ou BHD) et la méthadone, dont les prescriptions sont réglementées par le Code de la Santé Publique (Art. R5132-1,-5 et 29) et les circulaires ministérielles [3].

En France, en 2013, la BHD était le premier TSO prescrit (70% des prescriptions) [4]. Selon un rapport de l'OFDT de novembre 2014, après une augmentation croissante du nombre de patients traités par BHD de 2004 à 2008, ce nombre s'était stabilisé autour de 100 000 patients entre 2009 et 2013 [5].

La BHD peut être soit sous la forme BHD seule avec le Subutex® (forme princeps, AMM depuis juillet 1995 [6]) et de ses génériques (commercialisés depuis 2006), soit sous la forme d'une association de BHD avec la naloxone (antagoniste des récepteurs de la morphine) : le Suboxone® (AMM en septembre 2006 [7]). En France, au deuxième trimestre 2013, 97 500 patients ont été traités par BHD seule et 4 500 par BHD associée à la naloxone [5].

La méthadone existe sous deux formes : sirop (disponible depuis 1995) et gélule (AMM délivrée en septembre 2007) [8]. La part des prescriptions de la méthadone représentait environ 30% des TSO en France en 2013, environ 25 000 patients pour la forme gélule et 24 500 patients pour la forme sirop [4,5].

La première prescription de méthadone ne peut se faire que dans un établissement de soins secondaires : dans un service d'addictologie, dans un CSAPA ou dans un service hospitalier [3] ; le médecin généraliste de soins primaires pourra prendre le relais du traitement.

En France, au cours de l'année 2012, sur l'ensemble des prescriptions de TSO, 72% des patients ont eu leurs prescriptions en médecine de ville , 10 % en CSAPA ou services hospitaliers spécialisés et 18 % de l'une et de l'autre [2]. Les médecins prescripteurs de TSO en médecine de ville étaient presque exclusivement des médecins généralistes, très rarement des psychiatres [2]. En 2001, 60 % des médecins généralistes ont pris en charge au moins 1 patient dépendant aux opiacés dans l'année [9], chiffre passant en 2009 à 50% des médecins généralistes ayant reçu au moins 1 patient dépendant aux opiacés mais ici dans le mois [2]. En moyenne, un médecin suivant des patients sous TSO, recevait à son cabinet 3,6 patients par mois [10].

Dans la région du Nord-Pas-de-Calais, en 2009, environ 13 000 patients affiliés à la CPAM avaient bénéficié d'au moins un remboursement dans le cadre de prescription de TSO, chiffre passant à 13 378 en 2010 avec une nette majorité de BHD [11, 12]. Selon l'Ordre des Médecins, en 2009 sur un effectif total de 5 921 médecins « ayant une activité régulière en médecine générale » (médecins généralistes, remplaçants,

etc.) dans le Nord-Pas-de-Calais, 59,2 % avaient au moins eu 1 patient sous TSO (soit 3 506 médecins) [9].

De nombreux travaux et thèses ont porté sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de soins primaires face à la prise en charge des patients sous TSO : difficultés de soins et représentations des patients sous TSO [13, 14]. Une étude récente, thèse publiée en mars 2015 par Ludovic Barrière, étudiant de la faculté de médecine de Lille, a rapporté que sur le plan national, 46 % des médecins interrogés refusaient de prendre en charge des patients dépendants aux opiacés [15]. Mais pour les 54 % de médecins restants, quelles étaient les modalités de prise en charge des patients sous TSO ?

L'objectif principal de notre étude était de décrire les modalités de prise en charge des patients dépendants aux opiacés dans le Nord-Pas-de-Calais par les médecins généralistes, en soins primaires, de l'instauration à l'arrêt du TSO.

L'objectif secondaire était de réaliser un inventaire des formations et une estimation des besoins en formation complémentaire en addictologie des médecins interrogés.

IV. MATERIEL ET METHODE

1. L'étude et les critères d'inclusion

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région du Nord-Pas-de-Calais.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient : être médecin généraliste, installé, en soins primaires et exerçant dans la région du Nord-Pas-de-Calais.

2. Le questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire a été élaboré après lecture de travaux de thèses reprenant des suivis de patients sous TSO au long cours [16], des descriptifs de dispositif de soins en addictologie avec les connaissances des médecins généralistes et ce qu'ils en attendaient [17, 18]. Puis, le questionnaire a été conçu avec la collaboration du Docteur MILLOT Yannick, directeur de thèse, entre juillet et septembre 2014 ; et retravaillé et approuvé par la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

Le questionnaire, rédigé sous la forme papier, était composé de deux pages et comportait 33 questions.

La première question regroupait les données sociodémographiques des médecins généralistes interrogés : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation en cabinet libéral, le mode et le secteur d'exercice. Les deuxième et troisième questions portaient sur les formations complémentaires (DU, DIU ou Capacité) et les formations médicales continues des médecins (l'exploitation des différents types de FMC n'étant pas recherchée, ils n'étaient pas ici référencés). La quatrième question

interrogeait les médecins généralistes sur le nombre total de patients suivis au cabinet.

La cinquième question portait sur le nombre de patients sous TSO suivi au cabinet. Si à cette question le médecin généraliste répondait “zéro”, le questionnaire s’interrompait.

Les autres médecins ayant dans leur patientèle au moins 1 patient sous TSO poursuivaient le questionnaire.

La suite du questionnaire comportait une première partie sur les modalités de mise en place du traitement par TSO, une deuxième partie sur le suivi des patients et du traitement, puis une dernière partie sur la formation en addictologie des médecins interrogés.

L’étude comportait une partie quantitative et une autre qualitative. Les questions étaient, pour la majorité, fermées, avec des réponses par “oui” ou “non” ou fermées à choix multiples. Certaines questions étaient ouvertes, à réponses libres, dans les cas de demande de réponses de temporalité ou de chiffrage par un nombre précis ou un pourcentage.

Une dernière question était “libre” pour tous commentaires éventuels du médecin à l’issue du questionnaire.

3. L’échantillon des médecins interrogés

D’après le Conseil de l’Ordre des médecins, suite à une communication téléphonique, au 31 décembre 2014, la répartition de la démographie médicale était

la suivante : pour le Nord 2 408 médecins généralistes installés en libéral et 59 collaborateurs libéraux (ceux-ci ont le même statut qu'un médecin installé, et exercent dans le cabinet d'un médecin généraliste) et pour le Pas-de-Calais, 1 305 médecins généralistes installés en libéral et 37 collaborateurs libéraux.

Dans notre étude, le nombre de sujets « n » nécessaire à inclure fut déterminé par la formule suivante : $n = t^2 \times p (1-p) / e^2$ (avec « n » = taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un évènement avec un niveau de risque fixé, « t » = coefficient de marge déduit du niveau de confiance, « p » = probabilité de réalisation de l'évènement et « e » = la marge d'erreur). Habituellement, ce calcul se base sur l'hypothèse la plus mauvaise sur le pourcentage (p=50%), au niveau de confiance de 95 % (t = 1,96) et avec une marge d'erreur à 10 %, soit un effectif nécessaire de 96 personnes.

En supposant un taux de réponses de médecins ayant au moins 1 patient sous TSO (et donc répondant au-delà de la question 5) d'environ 25 %, majoré d'une marge de sécurité, la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille a tiré au sort sur les Pages Jaunes 450 médecins généralistes installés dans la région du Nord-Pas-de-Calais.

4. L'envoi des questionnaires

Les questionnaires ont été postés le 7 novembre 2014, aux adresses des cabinets des médecins généralistes tirés au sort.

Une lettre de présentation de l'étude était jointe au questionnaire (Annexe 2). Elle introduisait le questionnaire en précisant le cadre de l'étude et assurant l'anonymat des médecins et de leurs réponses. Une enveloppe retour pré-timbrée et libellée à

mon adresse personnelle était également jointe au courrier, pour augmenter le nombre de réponses. Toujours dans l'optimisation du taux de réponses, des relances téléphoniques systématiques ont été effectuées un mois après l'envoi des courriers.

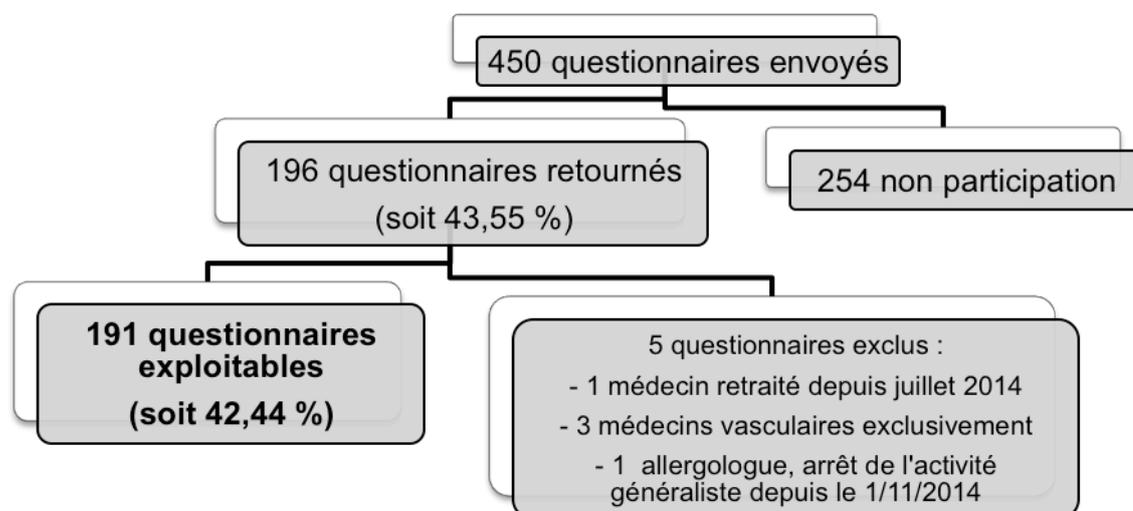
5. L'analyse des données

Toutes les données et réponses ont été rentrées et formatées dans un tableau Excel sous forme de variables, pour permettre leurs analyses statistiques. L'analyse statistique a été effectuée par la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille à l'aide du logiciel R version 3.2.0 (Copyright (C) 2013 The R Foundation for Statistical Computing).

Dans un premier temps, toutes les variables ont eu une analyse descriptive avec représentations graphiques. Puis, des croisements entre variables ont été effectués avec la réalisation de tests bi-variés. Dans le cadre de ces tests, un p inférieur à 0,05 était considéré comme une association statistiquement significative entre les variables.

V. RESULTATS

1. Taux de réponses



2. Résultats concernant l'ensemble des médecins interrogés

2.1. Caractéristiques sociodémographiques :

Caractéristiques	Résultats descriptifs moyenne, pourcentage %, écart-type et IC 95 % (effectif ; valeurs manquantes)
Age (en années et mois)	51 ans et 9 mois écart-type : 10,35 ; IC [50,265 ; 53,238] (189 ; 2)
Sexe	Hommes : 143 soit 76 % Femmes : 45 soit 24 % (188 ; 3)
Durée d'installation (en années et mois)	21 ans et 2 mois écart type : 11,68 ; IC [19,476 ; 22,858] (186 ; 5)
Mode d'exercice	Cabinet de groupe : 101, soit 53 % Cabinet seul : 84, soit 44 % Activité Mixte : 6, soit 3 % (191 ; 0)
Secteur d'exercice	Urbain : 72, soit 40 % Semi-urbain : 69, soit 39 % Rural : 38, soit 21 % (179 ; 12)

2.2. Formations des médecins

2.2.1. Formation complémentaire :

	Oui	Non	Effectif ; valeur manquante
Formation complémentaire (DU, DIU ou Capacité)	37 %	63 %	191 ; 0

Répartition des formations complémentaires :

Pédiatrie : 29 %	Gynécologie : 8 %
Homéopathie : 24 %	Médecine du travail : 8 %
Gériatrie : 20 %	Soins palliatifs : 7 %
Médecine du sport : 17 %	Maladies infectieuses : 3 %
Acupuncture – Hypnose : 15 %	Médecine interne : 3 %
Médecine d'urgence : 10 %	Sexologie : 2 %

Aucun des médecins interrogés n'avait de formation complémentaire en addictologie.

2.2.2. Formation médicale continue :

	Oui	Non	Effectif ; valeurs manquantes
Formation médicale continue	73 %	27 %	188 ; 3

Les formations médicales continues citées étaient : FMC locales et des laboratoires, par internet, congrès et séminaires (par exemple le *Formathon*), thématiques de la revue *Prescrire* et ses formations par correspondance, Groupes de Pairs.

2.3. Patientèle des médecins interrogés :

2.3.1. Patientèle totale : (annexe 3A)

Nombre moyen de patients suivis	1136,5 patients
Ecart type et IC 95 %	708,9 ; IC [1026,5 ; 1246,5]
Minimum et maximum	150 ; 5000
Médiane	950
Effectif ; valeurs manquantes	162 ; 29

2.3.2. Proportion de patients sous TSO :

Concernant la prise en charge des patients sous TSO, **105 médecins avaient au moins 1 patient sous TSO** dans leur patientèle, **soit 55%**, pour 86 médecins n'ayant aucun patient sous TSO, soit 45%.

3. Résultats des médecins prenant en charge les patients sous TSO

3.1. Résultats globaux

3.1.1. Médecins prenant en charge des patients sous TSO :

	Sexe		Effectif ; valeur manquante
	Masculin	Féminin	
Médecins prenant en charge des patients sous TSO	86 soit 82,69 %	18 soit 17,31 %	104 ; 1

3.1.2. Nombre de patients sous TSO :

Dans la population de médecins prenant en charge au moins 1 patient sous TSO, le nombre moyen de patients sous TSO était de 5,93 (minimum à 1, maximum à 55 et médiane à 3 patients) (figure 1).

Le pourcentage de patients sous TSO représentait 0,56 % de la patientèle totale, chez les médecins prenant en charge au moins 1 patient sous TSO.

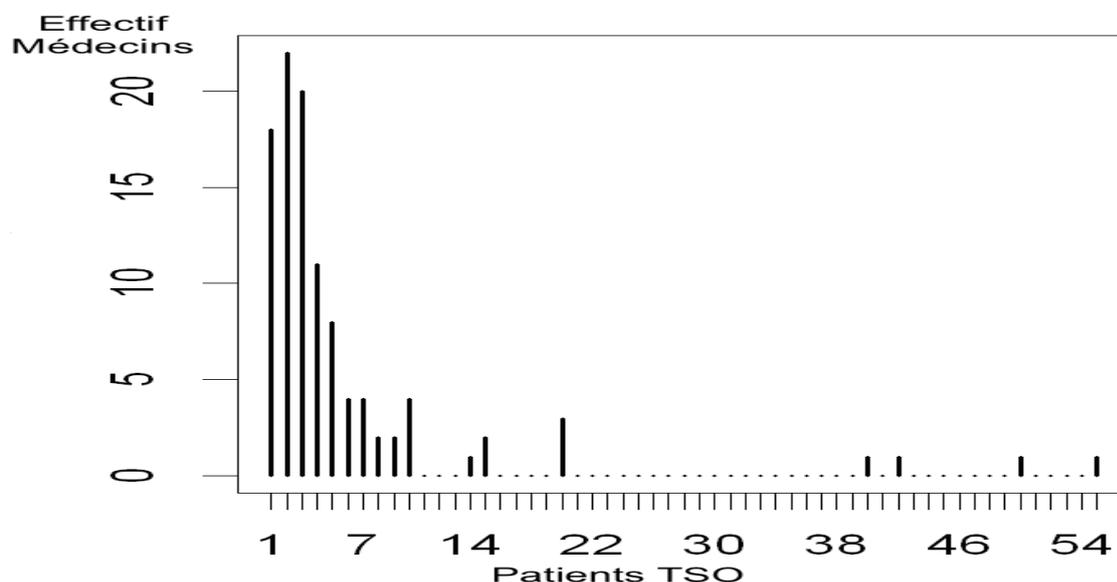


Figure 1. Répartition moyenne des patients sous TSO par médecins

3.1.3. Répartition buprénorphine/méthadone :

Effectif de patients sous TSO dans l'étude	603 patients
Patients sous BHD	396 patients, soit 65,67 %
Patients sous méthadone	207 patients, soit 34,33 %

3.1.4. Evolution de la patientèle sous TSO : (annexe 3B)

	Evolution du nombre de patients sous TSO pris en charge en soins primaires sur les 5 dernières années			Effectif ; valeur manquante
	Aucune évolution	En diminution	En augmentation	
Ressenti des médecins interrogés (en %)	64 %	22 %	14 %	104 ; 1

3.2. Modalités d'instauration des TSO

3.2.1. Circonstances de mise en place des TSO au cabinet :

Sur les circonstances de mise en place des TSO au cabinet, où les réponses étaient à choix multiples, la répartition était la suivante : (figure 2)

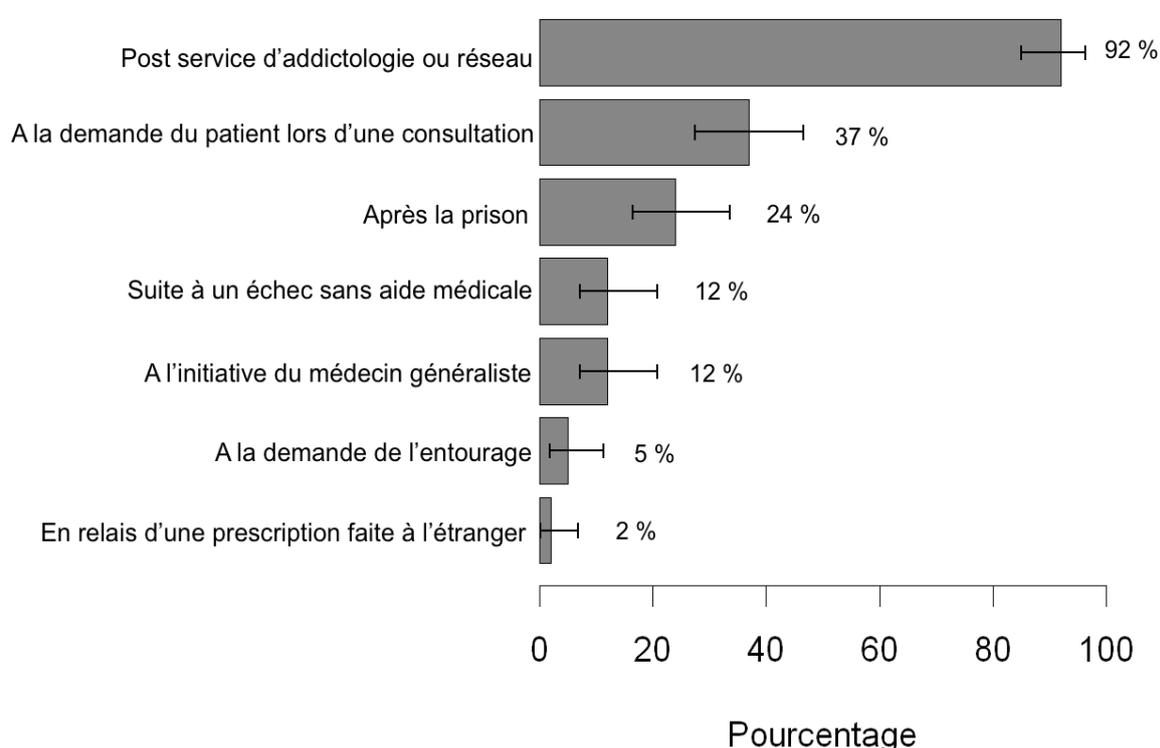


Figure 2. Circonstances de mise en place d'un TSO au cabinet

3.2.2. Instauration de la buprénorphine et de la méthadone :

71% des médecins suivant des patients sous TSO indiquaient ne pas instaurer de BHD au cabinet (ceci expliquant alors que concernant les réponses pour la BHD dans le tableau suivant, on retrouvait un nombre élevé de valeurs manquantes : 45 pour un effectif de réponses de 60).

Dans le cadre d'une instauration de méthadone au cabinet, 6% des médecins ont déclaré le faire et 94% non (ce qui explique dans le tableau suivant le nombre élevé de valeurs manquantes de 99 pour un effectif de réponses de 6).

	BHD	Méthadone
Posologie moyenne initiale (en mg) Mediane Minimum ; maximum Ecart-type ; IC 95 % Effectif ; valeurs manquantes	7,95 mg 8 mg 2 mg ; 16 mg 3,675 ; [7,001 ; 8,899] 60 ; 45	38,33 mg 35 mg 20 mg ; 80 mg 22,286 ; [14,946 ; 61,721] 6 ; 99
Nombre(s) de prise	1 prise : 94 % 2 prises : 6 %	
Forme galénique		Gélule : 50 % Solution buvable : 50 %

3.2.3. La première consultation :

Durée moyenne de la 1^{ère} consultation Médiane ; minimum ; maximum Ecart-type et IC 95 % (Effectif ; valeurs manquantes)	19 minutes 20 ; 5 ; 30 6,557 ; [17,582 ; 20,519] (79 ; 26)
Appel systématique de la pharmacie lors de la première prescription de TSO (effectif ; valeurs manquantes)	Oui : 63, soit 67 % Non : 31, soit 33 % (94 ; 11)
Délai moyen de convocation pour la 2^{ème} consultation Médiane ; minimum ; maximum Ecart-type ; IC 95 % (Effectif ; valeurs manquantes)	11, 33 jours 10 ; 2 ; 30 5,973 ; [10,013 ; 12,654] (81 ; 24)

3.3. Suivi des patients sous TSO

3.3.1. Type de consultation :

Consultation systématiquement sur RDV	Consultation sans RDV	Consultation mixte (sur RDV ou non)	Effectif ; valeurs manquantes
65 %	14 %	21 %	103 ; 2

Entre chaque consultation en phase initiale de prise en charge, les médecins ont répondu avoir un délai de 13,2 jours en moyenne (médiane à 14 jours, avec un minimum de 3 jours, un maximum à 30 jours et 16 valeurs manquantes).

3.3.2. Accompagnement des patients :

A la question « quel pourcentage de patients sous TSO accompagnez-vous seul lors de la prise en charge ? », sur l'ensemble des médecins prenant en charge ces patients, cette moyenne était de 34,2% des patients.

Pour les 65,8% patients restants, leurs médecins les adressaient aux :

(réponses à choix multiples, effectif : 104 ; valeur manquante : 1) (figure 3)

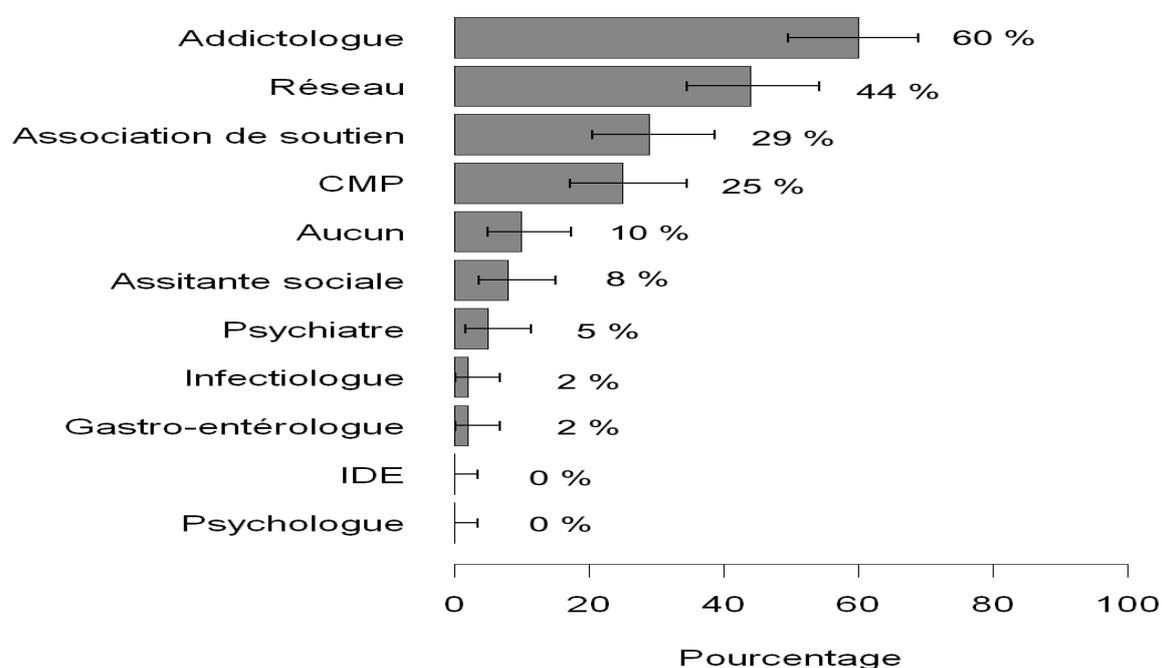


Figure 3. Partenaires lors de la prise en charge des patients sous TSO

3.3.3. Bilan complémentaire :

	Oui systématiquement	Oui parfois	Non	Effectif ; valeur manquante
Réalisation d'un bilan complémentaire	44 %	46 %	10 %	104 ; 1

90 % des médecins interrogés effectuaient un bilan complémentaire lors de la prise en charge des patients sous TSO.

Les bilans prescrits étaient alors : (réponses à choix multiples) (figure 4)

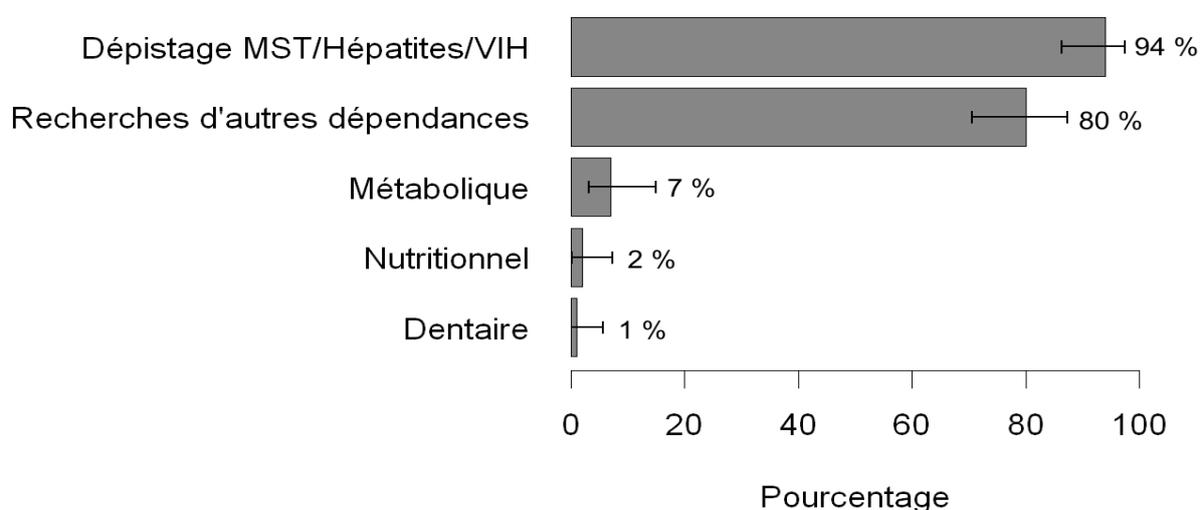


Figure 4. Bilans prescrits lors de la prise en charge d'un patient sous TSO

3.3.4. Durée de prescription des TSO en phase stabilisée :

	Durée de prescription des TSO en phase stabilisée (résultats exprimés en pourcentage)			
	7 jours	14 jours	21 jours	28 jours
BHD	1 %	24 %	2 %	76 %
Méthadone	1 %	82 %	0 %	21 %

(Plusieurs médecins ont répondu jusqu'à 2 réponses par TSO d'où un pourcentage total à 104 %).

3.4. Modalités de fin de prise en charge des TSO

3.4.1. Phase de diminution des TSO : (annexe 3C)

	Qui aborde la possibilité de diminuer la posologie du TSO ?				
	Le médecin généraliste	Le patient	Décision commune	Après avis d'un autre spécialiste	A l'initiative de l'entourage
Réponses des médecins (en %)	61 %	16 %	18 %	5 %	0 %
Effectif ; valeurs manquantes	103 ; 2				

Les médecins interrogés ont répondu que le **délai moyen pour proposer la diminution de la posologie d'instauration du TSO** était de **7 mois et 24 jours** (médiane à 6 mois, minimum à 1 mois, maximum à 36 mois et 18 valeurs manquantes) (figure 5).

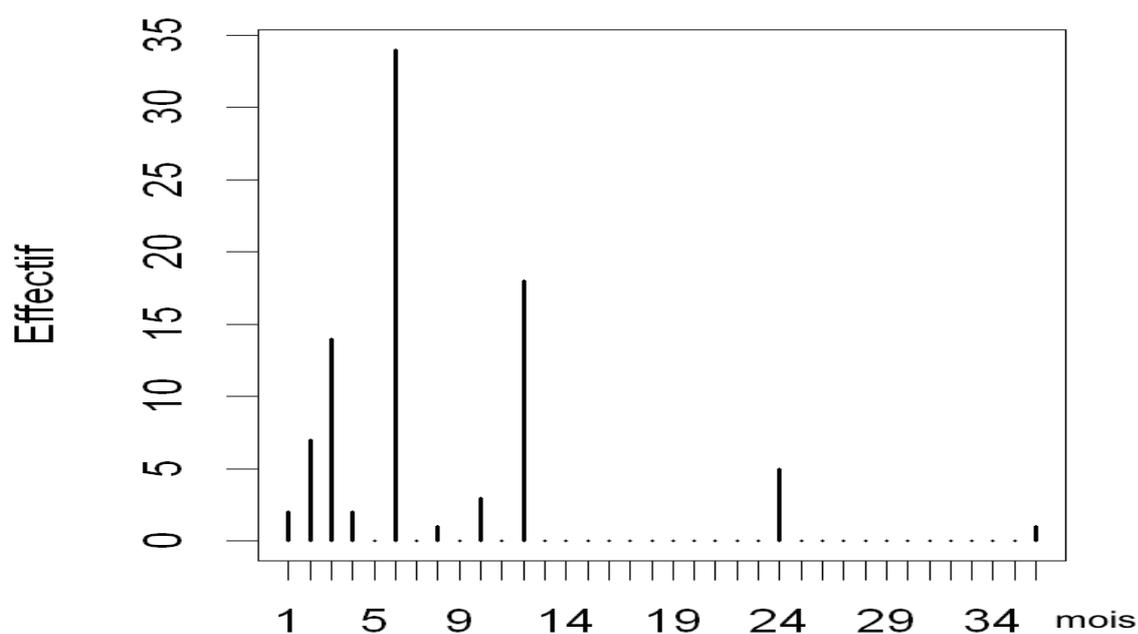


Figure 5. Délais estimés par les médecins pour proposer la diminution du TSO (en mois)

Pour les déterminants favorisant la proposition de diminution du TSO, les réponses, suggérées et multiples, des médecins étaient les suivantes : (figure 6)

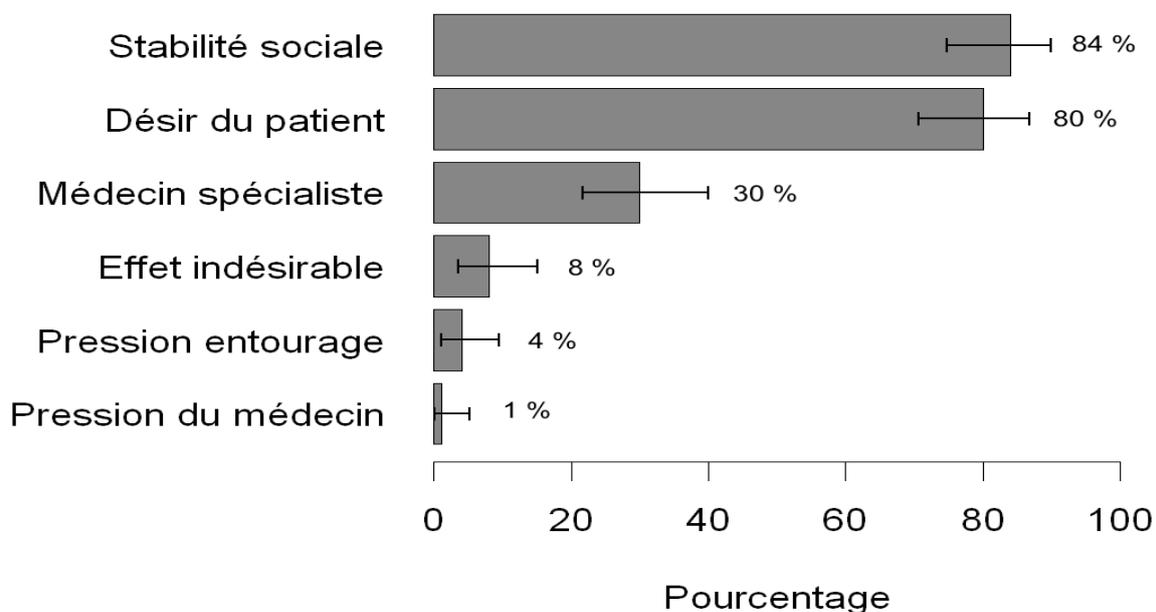


Figure 6. Déterminants favorisant la proposition de diminution du TSO

3.4.2. Paliers de diminution des TSO :

De la buprénorphine : (annexe 3D)

	Paliers de diminution de la BHD				
	0,4 mg	1 mg	2 mg	4 mg	Selon le contexte
Choix des médecins interrogés (en %)	48 %	9 %	34 %	1 %	8 %

De la méthadone : (annexe 3E)

	Paliers de diminution de la méthadone				
	1 mg	5 mg	10 mg	20 mg	Selon le contexte
Choix des médecins interrogés (en %)	29,5 %	47 %	13 %	1,5 %	9 %

Lors de la phase de diminution des TSO, 65% des médecins avaient répondu conserver le même délai de consultation entre chaque rendez-vous, que lors de la phase stabilisée, et 35% des médecins ont répondu le diminuer.

3.4.3. Hospitalisation :

	Oui	Non	Effectif ; valeurs manquantes
« Avez- vous eu recours à l' hospitalisation après échec de sevrage ambulatoire ? »	26 %	74 %	22 ; 83
Pourcentage moyen de patients hospitalisés par médecin	21,7 %		

NB : on a relevé que pour cette question concernant une hospitalisation après échec de sevrage en ambulatoire, il existait un grand nombre de valeurs manquantes (83) pour 22 réponses.

3.4.4. Arrêt de suivi d'un patient sous TSO :

	Oui	Non	Effectif ; valeur manquante
Arrêt de suivi d'un patient sous TSO	74 %	26 %	105 ; 0

Les motifs d'arrêt de suivi les plus fréquemment cochés sont les suivants : (figure 7) (plusieurs réponses pouvaient être cochées)

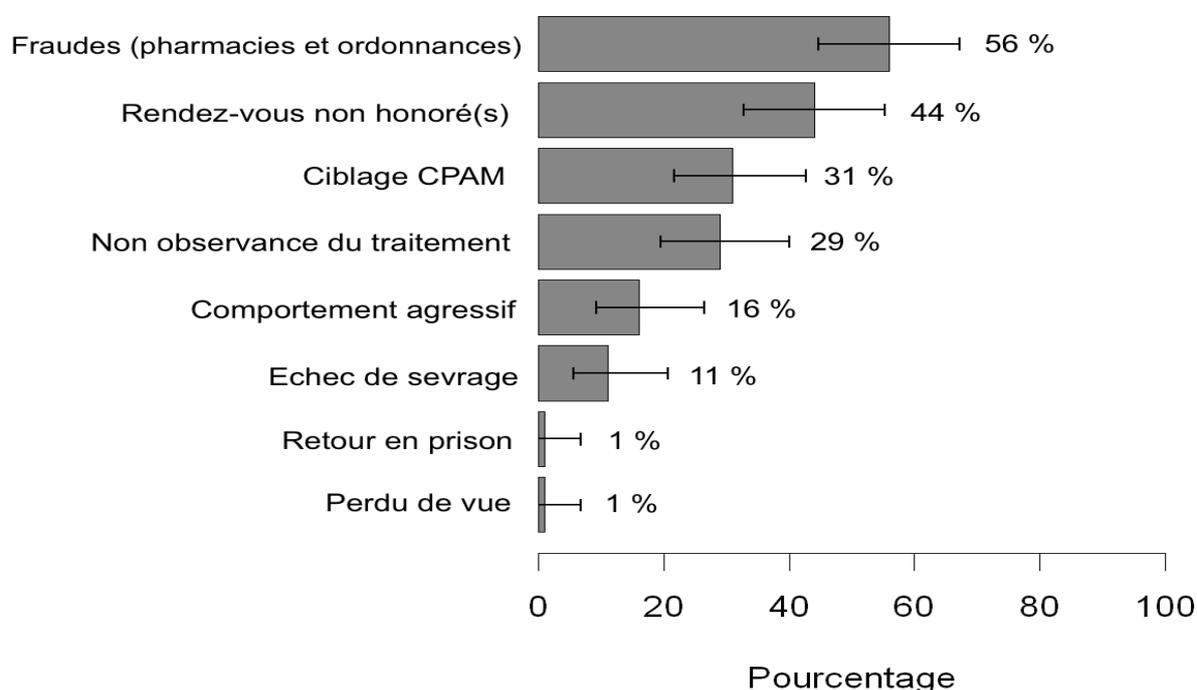


Figure 7. Répartition des motifs d'arrêt du suivi d'un patient sous TSO

3.4.5. Suivi des patients en post-sevrage : (annexe 3F)

	Systematique	A la demande du patient	Non	Effectif ; valeurs manquantes
Suivi des patients en post-sevrage	33 %	46 %	21 %	94 ; 11

En cas de poursuite du suivi après l'arrêt du TSO, le pourcentage des patients représentait en moyenne 72,6% des patients (avec un minimum de 1% et un maximum de 100% des patients).

3.5. Participation des médecins à des réunions multidisciplinaires :

	Oui	Non	Effectif ; valeur manquante
Participation à des réunions multidisciplinaires (addictologue, psychiatre ...)	23 %	77 %	104 ; 1

	annuel	semestriel	trimestriel	mensuel	Effectif ; valeur manquante
Choix du rythme des réunions pour les médecins ayant répondu « oui »	52 %	43 %	5 %	0 %	23 ; 1

4. La formation des médecins :

	Réponses	
	oui	non
« Pensez-vous avoir une formation suffisante pour la prise en charge des patients sous TSO ? » (effectif : 105 ; valeur manquante : 0)	35 %	65 %
« Souhaitez-vous avoir une formation complémentaire en addictologie ? » (effectif : 99 ; valeurs manquantes : 6)	32 %	68 %
« Pensez-vous qu'il serait nécessaire d'effectuer une formation obligatoire en addictologie durant les études médicales ? » (effectif : 104 ; valeur manquante : 1)	87 %	13 %

Concernant cette formation systématique en addictologie lors des études médicales, les médecins avaient coché (les réponses étant à choix multiples) : (annexe 3G)

- « lors du second cycle en cours magistraux » à 51%,
- « en formation post-internat chez les médecins généralistes » à 48%,
- « pendant l'internat durant un stage » à 41%,
- « lors d'un stage d'externat » à 16%.

5. Guide et contrat :

Intérêt de la :	Réponses		Effectif ; valeurs manquantes
	Oui	Non	
Mise en place de guide (modalités des TSO, coordonnées des réseaux et spécialistes)	82 %	18 %	190 ; 1
Mise en place de contrat écrit (entre le médecin et le patient, avec suivi et objectifs)	61 %	39 %	188 ; 3

6. Analyses statistiques bi-variés :

6.1. Résultats statistiquement significatifs

6.1.1 Prise en charge des patients sous TSO en fonction du sexe des médecins

Sexe du médecin	Prise en charge des patients sous TSO		Total
	Non	Oui	
Féminin	27 (60 %)	18 (40 %)	45
Masculin	57 (39,86 %)	86 (60,14 %)	143
Total	84	104	188

Test du chi2 : $p = 0.0178$

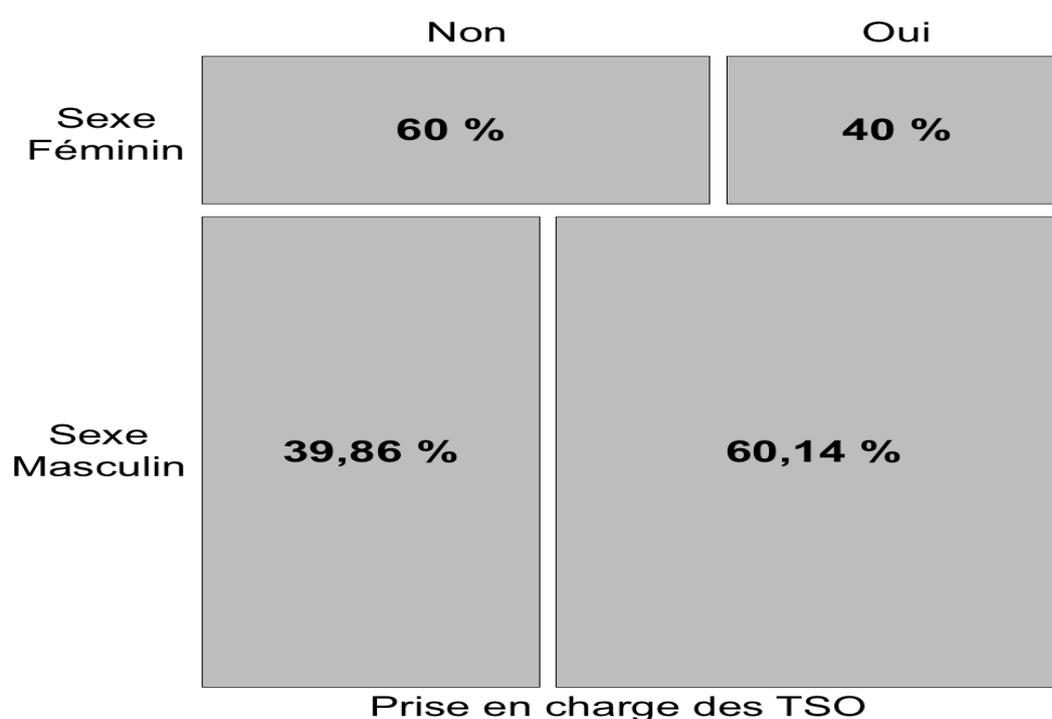


Figure 8. Représentation graphique de l'association entre les variables « prise en charge des patients sous TSO » et « sexe du médecin »

Dans cet échantillon, le test du Chi2 entre les 2 variables « prise en charge du patient sous TSO » et « sexe du médecin » avait mis en évidence une association statistiquement significative entre ces 2 variables, avec un p inférieur à 0,05 . La proportion de médecins hommes était majoritaire lors de la prise en charge des patients sous TSO (figure 8).

6.1.2. Formation en addictologie et désir de formation complémentaire
en addictologie des médecins

		Désir de formation		Total
		Non	Oui	
Formation suffisante en addictologie	Non	37 (56,92 %)	28 (43,08 %)	65
	Oui	30 (88,24 %)	4 (11,76 %)	34
Total		67	32	99

Test du chi2 : $p = 0,00156$

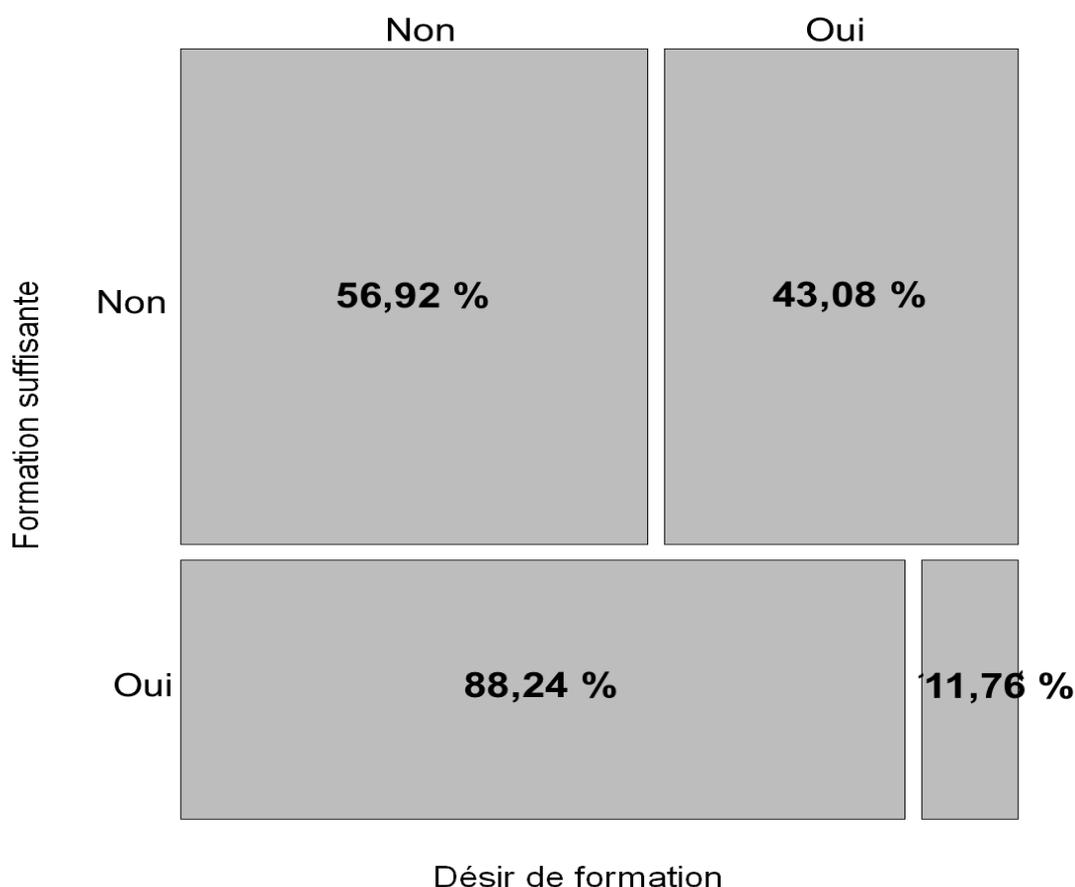


Figure 9. Représentation graphique de l'association entre les variables « formation suffisante » et « désir de formation » en addictologie

Le test du Chi2 réalisé, avec un p inférieur à 0,05, mettait en évidence une association significative entre les variables « désir de formation en addictologie » et « formation suffisante » des médecins, au risque 5% (ceux déclarant avoir une formation suffisante en addictologie ne désiraient pas en effectuer une complémentaire) (figure 9).

6.2. Résultats statistiquement non significatifs

D'autres analyses bi-variées ont été réalisées dans notre étude mais furent statistiquement non significatives.

Le tableau suivant reprend les variables étudiées : (annexe 3H)

Variables comparées		Test utilisé pour l'analyse statistique	Résultat p (au risque 5 %)
Prise en charge des patients sous TSO	Age des médecins	Test de Student	p = 0,887
Prise en charge des patients sous TSO	Secteur d'exercice des médecins	Test du Chi2	p = 0,281
Prise en charge des patients sous TSO	Mode d'exercice des médecins	Test de Fisher exact	p = 0,0505
Evolution des prescriptions des TSO	Secteur d'exercice des médecins	Test de Fisher exact	p = 0,395
Désir de formation en addictologie des médecins	Formations complémentaires déjà réalisées par les médecins	Test du Chi2	p = 0,830
Désir de formation en addictologie des médecins	Formations médicales continues des médecins	Test du Chi2	p = 0,148

6.3. Comparaisons aux données de l'OFDT

6.3.1. Proportion de médecins généralistes prenant en charge des patients sous TSO :

La proportion de médecins généralistes de soins primaires de notre étude suivant au moins 1 patient sous TSO a été comparée à la proportion relevée par l'OFDT en 2001 (qui était de 60 % [9]). Ce test a donné un p supérieur à 0,05 (p=0,204), cela ne prouve pas l'égalité vis à vis de cette proportion, mais il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les données nationales de l'OFDT et celles de notre échantillon de la région du Nord-Pas-de-Calais.

6.3.2. Répartition entre méthadone et buprénorphine dans les prescriptions de TSO

Les résultats de notre étude concernant la répartition de prescription entre BHD et méthadone ont été comparés à ceux de l'OFDT (dans un rapport de 2011, avec une prescription de BHD de l'ordre de 70 % et de méthadone de 30 % [4]) par un test du Chi2 d'adéquation. Ce test donnait un p supérieur à 0,05 ($p=0,09495$), il n'avait donc pas été mis en évidence de différence significative entre ces 2 groupes.

VI. Discussion

Cette étude avait pour objectif principal la description des modalités de traitement et de prise en charge des patients dépendants aux opiacés en soins primaires, dans un échantillon de médecins généralistes installés, de la région du Nord-Pas-de-Calais.

1. Limites et biais de l'étude :

Le taux de réponses était de 42,44 %, taux satisfaisant pour une étude de ce type (en général, on attend 33 % de réponses selon la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille). Mais cette étude ne peut être totalement représentative de la population des médecins généralistes. En effet, même si nous ne pouvons le démontrer, la population ayant retourné le questionnaire pouvait être différente de la population n'ayant pas retourné le questionnaire (biais de sélection).

Le non-retour pouvait être dû à la longueur du questionnaire (33 questions avec deux feuillets), mais aussi à la date de l'envoi de celui-ci : début novembre, coïncidant avec le retour des vacances scolaires de la Toussaint et probablement avec une charge de travail importante (médicale et administrative) pour les médecins tirés au sort. Le type de questionnaire en lui-même a pu être un biais avec des questions fermées, pouvant influencer le médecin dans ses choix de réponses.

2. Résultats principaux de l'étude :

Dans l'échantillon de médecins généralistes interrogés, l'âge moyen des répondants était de 51 ans et 9 mois, âge équivalent à celui de la population des médecins généralistes au niveau national (51 ans) annoncé au 1^{er} janvier 2014 par le Conseil de l'Ordre [19].

76 % des répondants étaient des médecins hommes et 24 % des femmes. Ces chiffres n'étaient pas représentatifs de la population médicale régionale ni nationale, car nous savons que la population médicale se féminise depuis plusieurs années [20, 21] et la répartition démographique nationale par sexe dans la même étude début 2014 du Conseil de l'Ordre était la suivante : « les médecins généralistes sont représentés à 57% par les hommes » et de ce fait à 43 % par les femmes [19].

105 médecins, soit 55 % des médecins répondants, avaient au moins 1 patient sous TSO lors de notre étude, versus 60 % pour l'OFDT en 2001 [9] et 54 % dans la thèse de Ludovic Barrière de 2015 [15]. L'analyse statistique bi-variée n'avait pas mis en évidence de différence significative entre les données de l'OFDT sur le plan national [2,9] avec notre échantillon régional sur le pourcentage de médecins généralistes prenant en charge des patients sous TSO, sans toutefois prouver l'égalité vis à vis de cette proportion.

D'ici à 2030, selon une projection, les femmes seront majoritaires dans la profession médicale et notamment en médecine générale (56%) [22]. L'étude a démontré l'influence du sexe du médecin dans la prise en charge des patients sous TSO, avec une association statistiquement significative entre ces 2 variables au risque 5 % : la prise en charge de patient sous TSO était majoritaire dans la population de médecins hommes et représentait sur l'ensemble des prescripteurs 82,69 % des médecins.

En excluant les médecins ne prenant pas en charge de patients sous TSO, en moyenne l'effectif était de 5,93 patients sous TSO par praticien. Malheureusement ce chiffre concernant la prise en charge des patients sous TSO par les médecins ne pouvait être statistiquement comparé à celui de l'OFDT repris dans l'introduction. En

effet, le chiffre concernant le nombre de patients sous TSO pris en charge était mensuel dans l'étude de l'OFDT (3,6 patients sous TSO pris en charge par mois [10]).

Dans l'échantillon de médecins généralistes interrogés, 64 % d'entre eux n'avaient noté aucune évolution concernant le nombre de patients sous TSO pris en charge au cabinet sur les 5 dernières années, pour 22 % la tendance était à la diminution et 14% à l'augmentation. Or, les rapports de l'OFDT démontraient qu'entre 2011 et 2013, les chiffres de remboursement des TSO étaient en augmentation d'environ 20 % [1,2]. Au moins deux questions peuvent se poser : les patients dépendants aux opiacés s'orientent-ils plus vers les structures de soins secondaires spécialisés dans la région du Nord-Pas-de-Calais ? Y-a-t-il une augmentation de l'inobservance thérapeutique ?

Comme sur le plan national, la BHD était le TSO le plus prescrit (65 % des patients dans notre étude versus au niveau national 70 % selon l'OFDT [5] et 71 % dans l'étude de Ludovic Barrière de 2015 [15]) ; prescription faite en relais des soins secondaires pour 71 % des médecins interrogés.

Dans le cadre de la BHD, lors de la première consultation au cabinet, la posologie était en moyenne de 7,95 mg par jour (avec une médiane à 8 mg et un maximum à 16 mg), posologie retrouvée dans les diverses recommandations d'experts actuelles pour la phase de stabilisation [23, 24]. Dans les conférences de consensus d'avis d'experts, dont la dernière date de 2004, lors d'une primo-prescription de BHD, la posologie se situe entre 4 à 8 mg avec réévaluation en moyenne tous les deux jours [23,25].

Un médecin généraliste de soins primaires ne peut instaurer une première prescription par méthadone, celle-ci doit se faire dans une structure spécialisée de soins secondaires [3,8]. Néanmoins, lors de l'étude, 6 % des médecins avaient déclaré l'instaurer avec des posologies allant de 20 mg à 80 mg, pour une moyenne à 38,33 mg par jour, posologies non équivalentes à celles recommandées lors des conférences de consensus (se situant entre 10 et 40 mg avec augmentation par paliers, pour obtenir une posologie de stabilisation entre 60 et 100mg/j) [23]. Deux questions se posent quant à ces médecins instaurant un traitement par méthadone au cabinet : ont-ils bien lu et compris la question posée ? Sont-ils au courant des modalités de primo-prescription de la méthadone ? Sachant que, selon le cadre légal, les pharmacies ne peuvent pas, dans cette situation, délivrer le traitement [26]. Ou autre hypothèse, étaient-ce des médecins généralistes désireux d'instaurer la possible primo-prescription de méthadone en soins primaires ?

Après cette première consultation, les médecins revoyaient leurs patients en moyenne dans un délai de 11,33 jours, le délai minimum étant à 2 jours (ce qui semble le plus adapté, si le patient n'est pas stabilisé, au vu des recommandations de prise en charge [23]) et le délai maximum à 30 jours. Par la suite, en phase initiale la fréquence des consultations passait en moyenne à 13,2 jours puis en phase stabilisée à 14 jours pour la méthadone et 28 jours pour la BHD. Délai qui augmentera probablement pour la prescription de méthadone, puisque depuis un arrêté du 18 octobre 2014 émis par le Ministre Chargé de la Santé, après avis du Directeur Général de l'ANSM, il est possible de prescrire la méthadone sous forme gélule pour une durée maximale de 28 jours [27] (ceci ne restant qu'une supposition

puisque, dans notre étude, 50 % des prescriptions de méthadone étaient déjà sous forme gélule).

Dans une enquête auprès de médecins généralistes en 2001, 40% d'entre eux estimaient que certains patients nécessitaient un accompagnement psychologique essentiellement et en CSAPA [9]. De même, pour réduire les difficultés de prise en charge des patients sous TSO, l'article relayé par l'AFSSAPS de juin 2004 [25] recommandait de lutter contre l'isolement des prescripteurs, en faisant appel à d'autres intervenants et de favoriser un accompagnement global [24]. Dans notre étude, les médecins s'entouraient, pour 65,8 % de leurs patients, par des confrères dans le cadre de la prise en charge, avec une majorité d'addictologues ou de réseaux, mais également, en proportion plus faible, par les associations de soutien ou le CMP (proportion moindre concernant l'intervention d'une assistante sociale, d'un psychiatre, d'un gastroentérologue ou d'un infectiologue). Par opposition à ce chiffre, 77 % des médecins ne souhaitaient pas participer à des réunions multidisciplinaires avec ces intervenants. Pour les autres, le rythme préférentiel pour ces réunions serait alors annuel ou semestriel.

De plus, la mise en place de guide ou de contrat écrit entre médecin et patient paraissait les séduire (respectivement à 82 % et 61 %).

La réalisation de bilans complémentaires semble indispensable dans cette prise en charge, tant il existe des comorbidités liées à la prise d'opiacés comme l'héroïne [23, 28] et des contre-indications et interactions médicamenteuses (comme par exemple dans le cas de la BHD avec une insuffisance hépatique, les TSO associés aux benzodiazépines ou à l'alcool) [2]. Dans notre étude, 90 % des médecins réalisaient

un bilan (dont 44 % de manière systématique) avec une majorité de dépistage des MST/Hépatites et VIH mais aussi la recherche d'autres dépendances, indispensable pour une prise en charge optimale [23, 24].

Aucune conférence de consensus ne régleme le processus de diminution des TSO, on relève que la prise en charge s'inscrit dans le long terme, dans la réévaluation précoce, dans la diminution progressive et avec l'implication du patient [23, 24]. Dans notre étude, 7 mois et 24 jours semblaient nécessaires avant d'évoquer une possible diminution des TSO, proposée alors à 61 % par le médecin lui-même, par paliers de 0,4 ou 2 mg pour la BHD et de 1 ou 5 mg pour la méthadone. En 2001, 55 % des médecins avaient un avis positif sur la substitution, mettant en avant les progrès des patients sur le plan socio-sanitaire et de leur état global avec amélioration du suivi médical [9]. Ces déterminants étaient retrouvés dans notre étude comme facteurs favorisant la décision de diminution des TSO (pour les réponses les plus relevées : la stabilité sociale cochée à 84 %, le désir du patient à 80 % puis après l'avis du médecin spécialiste de soins secondaires à 30 %).

En revanche, 74 % des médecins interrogés dans notre étude ont signifié avoir déjà arrêté le suivi d'un patient lors de la prise en charge d'un TSO, pour cause de fraude, de rendez-vous non honorés, d'un ciblage de la CPAM ou encore la non observance du traitement. Certains de ces motifs sont retrouvés dans les travaux décrivant les refus et les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients sous TSO [14, 15, 29].

Que ce soit par DU, DIU ou Capacité, 37 % des médecins de notre étude ont déclaré avoir une formation complémentaire, mais aucune n'était en addictologie.

Une publication datant de 2004 rapportait que, sur un échantillon de médecins de ville de la région du Rhône, 80,6 % d'entre eux n'avaient pas reçu de formation particulière pour la prise en charge des patients dépendants aux opiacés et 77,2 % déclaraient penser « ne pas être suffisamment formés » dans ce champ de pratique [30] versus 65 % pour notre étude. A noter que, 68 % des médecins interrogés ne souhaitent pas effectuer une formation complémentaire en addictologie, mais 87 % d'entre eux étaient favorables à la mise en place d'une formation initiale en addictologie, lors du second cycle des études médicales et lors d'une formation post internat.

3. Pistes de recherche :

Devant la féminisation croissante de la profession médicale, et notamment de la spécialité de médecine générale [21, 22], il serait intéressant d'effectuer une étude, dans les années à venir, sur l'évolution du nombre de patients pris en charge sous TSO à l'échelle régionale ou nationale ; puisque nous avons observé l'influence du sexe du médecin pour cette prise en charge.

Une autre piste de recherche et d'étude a été soulignée lors de la discussion : quel sera l'impact de la prescription de méthadone gélule avec le nouvel arrêté du 18 octobre 2014, émis par le Ministre Chargé de la Santé [27], rendant possible la durée maximale de prescription à 28 jours?

Et enfin, concernant les 6 % de médecins ayant répondu instaurer une primo-prescription de méthadone en soins primaires, il serait sans doute intéressant d'interroger ces médecins de soins primaires sur leurs intentions et désir de modifier éventuellement les modalités de prescription de la méthadone.

VII. Conclusion

Le pourcentage de médecins généralistes de soins primaires prenant en charge les patients sous TSO dans notre région (55%) était semblable avec celui au niveau national. Même si depuis ces dernières années la proportion de remboursements de TSO au niveau national augmente, les médecins interrogés de la région Nord-Pas-de-Calais parlaient eux de stabilité.

Malgré la féminisation de la profession médicale, la majorité des médecins prescripteurs et prenant en charge les patients sous TSO étaient de sexe masculin (82,69 %), s'accompagnant de confrères extérieurs (addictologue, réseau et CMP). Avec la féminisation de la profession, dans les années à venir, des études concernant l'évolution de la prise en charge des patients sous TSO seraient utiles.

La BHD restait le TSO largement plébiscité et prescrit par les médecins généralistes dans notre région et en France. Mais les médecins semblaient réticents pour la primo-prescription des TSO, laissant le soin de réaliser cette première étape aux services spécialisés de soins secondaires, avec malgré tout des arrêts fréquents de suivi. 6% des médecins de soins primaires déclaraient initier un traitement par méthadone, résultat restant à préciser par des études complémentaires.

En phase initiale de prise en charge, la fréquence moyenne des consultations était de 13,2 jours, puis elle passait à 14 jours pour la méthadone et 28 jours pour la BHD.

En moyenne, 7 mois et 24 jours semblaient nécessaires avant d'évoquer la possible diminution du TSO, le plus souvent à l'initiative du médecin généraliste lui-même.

La formation pour la prise en charge des patients sous TSO semblait être un manque pour les médecins de notre étude et certains désiraient une formation complémentaire, pouvant être une formation obligatoire pour les jeunes étudiants, et futurs médecins, préférentiellement en second cycle et en post internat lors d'un stage.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Brisacier A-C, Collin C. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011. OFDT, 2013, Saint-Denis, 45p
2. Brisacier A-C, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. OFDT ; Tendances n° 94, 2014 Oct, 94 : 1-6
3. Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31/03/95 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés
4. OFDT : Quantités de buprénorphine haut dosage et de méthadone consommées de 1995 à 2013. OFDT. 2014
5. OFDT. Evolution semestrielle du nombre de personnes remboursées d'un médicament de substitution aux opiacés entre 2004 et 2013. OFDT. 2014 Nov
6. Haute Autorité de Santé. [page consultée le 16/02/2015]. HAS [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/subutex_16_11_2011_avis_ct11414.pdf
7. Haute Autorité de Santé. [page consultée le 16/02/2015]. HAS [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone_.pdf
8. Haute Autorité de Santé. [page consultée le 16/02/2015]. HAS [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5198_methadone.pdf

9. Coulomb S, Duburcq A, Marchand C, Péchevis M. Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001. CEMKA-EVAL. OFDT ; Tendances n°20. 2002 Mars ; 20 : 1-4
10. Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C et 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, n°3, 2013, p 24-41
11. Plancke L, Lose S, Amariei A, Benoit E, Chantelou M-L. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville dans le Nord-Pas-de-Calais. Lille, Granitea Nord-Pas-de-Calais. 2010, 56p
12. Lancial N, Lose S, Spiritek. Phénomènes émergents liés aux drogues. Drogues sur le site de Lille en 2012. Etat des lieux et tendances récentes ? Lille, Cèdre bleu - OFDT, 2013 Juin, 116p
13. Gaugler-Rinckwald E. Représentations des médicaments de substitution aux opiacés par les patients et leurs médecins généralistes : de la drogue à l'alliance thérapeutique. Approche qualitative en médecine de ville. [Thèse d'exercice : Médecine], Paris : Université Paris Descartes ; 2010
14. Laleu E. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de médicaments de substitution aux opiacés. Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du bassin de santé de Villefranche de Rouergue. [Thèse d'exercice : Médecine], Toulouse : Université de Toulouse III ; 2013

15. Barrière L. Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ? [Thèse d'exercice de Médecine], Lille : Université de Lille 2 – Droit et Santé ; 2015 Mars
16. Dumoulin J. Suivi ambulatoire au long cours (au moins 10 ans) des patients sous traitements de substitution aux opiacés par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice de Médecine], Lille : Université de Lille 2 – Droit et Santé ; 2012
17. Perdriel-Vaissière F. Description du dispositif de soins d'addictologie français et état des lieux bibliographique sur la connaissance qu'en ont les médecins généralistes. [Thèse d'exercice de Médecine], Lille : Université de Lille 2 – Droit et Santé ; 2013
18. Andreotti C., Qu'attendent les médecins généralistes d'un hôpital de jour d'addictologie ? [Thèse d'exercice de Médecine], Lille : Université de Lille 2 – Droit et Santé ; 2012
19. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} janvier 2014. CNOM Data. 2014, 274p
20. Atlas de la démographie : effectifs stables, féminisation, salariat... et « déplaquage ». Le quotidiendumedecin.fr. 2012 Oct
21. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir. Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'ordre des médecins de décembre 2005. Ordre National des Médecins. 2005 ; 38p
22. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. Février 2009, 15p

23. Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. ANAES. FFA, Lyon, 23 et 24 juin 2004. 2004 Juin. 291p
24. AFSSAPS. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. 2011 Oct ; 27p
25. Recommandations pour la pratique médicale, Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Service des recommandations professionnelles. ANAES. 2004 Juin ; 18p
26. Authier N, Bonnet N, Pfau G, Robinet S, Sarram S, Fournier G. Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélule) : questions-réponses. Le Flyer N° 45. 2011 Déc. 8p
27. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Modification de la durée maximale de prescription des spécialités Méthadone AP-HP, gélule – Point d'information. 2014 Oct
28. Cadet-Taïrou A. et Dambélé S. Héroïne et autres opiacés, Drogues et addictions, données essentielles. OFDT. 2013 ; p 242-250
29. Jauffret M. Les médecins généralistes et la prise en charge des usagers de drogues. SWAPS n°11, 2009, p 7-8
30. Lathuilière-Granger A. Prise en charge des toxicomanes en médecine de ville : état des lieux à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Rhône. [Thèse d'exercice de Médecine], Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2004

IX. ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire adressé aux Médecins Généralistes La prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soin primaire dans le Nord-Pas-de-Calais

1/ Age : ____ ans

Sexe : M F

Nombre d'année(s) d'installation en cabinet libéral : ____ an(s)

Mode d'exercice :

cabinet seul

cabinet de groupe

mixte (libéral + hospitalier/centre de soin)

Secteur d'exercice :

urbain (> 20000 hab.)

semi-urbain (5000-20000 hab.)

rural (< 5000 hab.)

2/ Avez-vous une formation complémentaire (DIU/Capacité...)? oui non

Si oui, la- ou lesquelles?

3/ Participez-vous à des formations continues? oui non

Si oui, quel(s) type(s) de formation(s)?

4/ Nombre total de patients suivis dans votre cabinet : _____ patients

5/ Nombre de patient(s) sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) dans votre patientèle :
_____ patient(s)

Si à la question 5/ vous avez répondu 0, le questionnaire s'arrête ici.

6/ Parmi vos patients sous TSO, combien en avez-vous sous :

- méthadone : _____ patient(s)

- buprénorphine : _____ patient(s)

7/ Depuis ces 5 dernières années, dans votre patientèle, le nombre de vos patients pris en charge sous TSO est-il en : augmentation diminution stable

8/ Dans quelles circonstances avez-vous mis en place un TSO? *cochez les 3 circonstances les plus fréquentes*

dans les suites d'une prise en charge dans un service d'addictologie ou d'un réseau

à la demande du patient au cours d'une consultation

à votre initiative

à la demande de son entourage

après échec d'une tentative de sevrage sans aide médicale

en relais d'un traitement prescrit à l'étranger

en sortie de prison

9/ Lors de la première consultation, pour la mise en place du traitement de sevrage, à quelle posologie initiez-vous le traitement par buprénorphine? _____ mg

En combien de prise(s)? _____

10/ Au cabinet, instaurez-vous un traitement de substitution par méthadone?

oui non

Si oui, à quelle posologie? _____ mg

Sous quelle forme galénique? solution buvable

gélule

11/ Combien de temps, en moyenne, dure cette première consultation : ____ min

12/ Lors de la première prescription de TSO au cabinet, prévenez-vous systématiquement la pharmacie du patient? oui non

13/ Après la consultation d'instauration du TSO, à quel délai reconvoquez-vous votre patient pour le réévaluer? ____ jours

14/ Dans le cadre de la prise en charge d'un patient sous TSO, vous consultez : *une seule réponse possible*
 systématiquement sur rendez-vous consultation libre sans rendez-vous les 2

15/ Durant la phase initiale de prise en charge, quel délai instaurez-vous entre chaque consultation?
____ jours

16/ Quel pourcentage de patients sous TSO accompagnez-vous seul lors de la prise en charge?
____ %

17/ Vers qui adressez-vous vos patients au cours de la prise en charge? *plusieurs réponses possibles*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Association de soutien | <input type="checkbox"/> CMP |
| <input type="checkbox"/> Psychologue libéral | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologue | <input type="checkbox"/> Réseau : CSAPA |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral | <input type="checkbox"/> Infectiologue | <input type="checkbox"/> Assistante sociale |
| <input type="checkbox"/> Addictologue | <input type="checkbox"/> Infirmière | <input type="checkbox"/> autre : |

18/ Durant le suivi, réalisez-vous un bilan paraclinique chez vos patients?

- oui systématiquement oui parfois non

Si oui, le ou lesquels? dépistage des MST / hépatites / VIH
 recherche d'autres dépendances (alcool, tabac, cannabis, ...)
 autre :

19/ Par la suite, quand votre patient est stabilisé, en moyenne, vous prescrivez un TSO pour une durée de :

- pour la buprénorphine : 7 jours 14 jours 21 jours 28 jours
- pour la méthadone : 7 jours 14 jours 21 jours 28 jours

20/ Souhaitez-vous participer à des réunions multidisciplinaires (addictologue, psychiatre, psychologues,...) pour le suivi des patients sous TSO? oui non

Si oui, à quel rythme?

- 1 fois par an 1 fois tous les 6 mois 1 fois tous les mois
 autre :

21/ En général, qui aborde la possibilité de diminuer le dosage du TSO?

- le patient vous son entourage autre :

22/ En moyenne, quel délai vous paraît nécessaire pour proposer la diminution de la posologie d'instauration du TSO? ____ mois

23/ Quels déterminants influencent le choix de diminution du TSO? *plusieurs réponses possibles*

- désir du patient de se sevrer du traitement stabilité sociale (travail, famille,...)
 pression de son entourage après avis d'un spécialiste
 survenue d'effet(s) indésirable(s) du traitement autre :

24/ Lors de la diminution des TSO, vous diminuez par palier de :

- pour la buprénorphine : 0,4 mg 2mg 4mg autre :
- pour la méthadone : 1mg 5mg 10 mg 20mg autre :

25/ Lors de la phase de diminution des TSO, quel délai instaurez-vous entre les consultations?

- le même que lors du suivi en phase stabilisée consultations plus rapprochées

26/ Avez-vous eu recours à l'hospitalisation d'un de vos patients après un échec de prise en charge en ambulatoire? oui non

Si oui, pour quel pourcentage de patients? _____ %

27/ Avez-vous déjà arrêté le suivi d'un patient sous TSO? oui non

Si oui, dans quelles circonstances? *cochez les 3 circonstances les plus fréquentes*

- non présentation aux RDV de consultation
- non observance du traitement
- échec de sevrage
- fraude dans les pharmacies avec plusieurs ordonnances
- comportement agressif
- suite à un courrier de la CPAM (patient consultant chez de multiples médecins, problème de posologie...)
- déménagement

28/ Après la fin complète de la prise en charge du patient dépendant aux opiacés, proposez-vous un suivi régulier pour accompagner vos patients?

- oui systématiquement oui parfois, à la demande du patient non

Si oui, quel pourcentage de patients? _____ %

29/ Pensez-vous avoir eu une formation suffisante pour la prise en charge des patients sous TSO?

- oui non

30/ Souhaitez-vous avoir une formation complémentaire en addictologie ?

- oui non

31/ Pensez-vous qu'il serait nécessaire d'effectuer une formation obligatoire en addictologie durant les études médicales? oui non

Si oui, à quel(s) moment(s) du cursus? *plusieurs réponses possibles*

- lors de cours magistraux pendant le deuxième cycle
- lors d'un stage d'externat
- pendant l'internat, durant un stage
- lors d'une formation post-internat chez les médecins généralistes

32/ Pour le suivi des patients sous traitements TSO, souhaitez-vous la mise en place systématique de guides reprenant les modalités des traitements, des notes explicatives et reprenant les coordonnées des réseaux et des différents spécialistes pouvant l'accompagner? oui non

33/ Pensez-vous qu'il serait utile d'instaurer un contrat écrit entre le médecin généraliste et le patient lors de la mise en place d'un traitement de substitution et pour le suivi, avec les objectifs et le récapitulatif des engagements? oui non

34/ Remarque(s) éventuelle(s) à apporter au questionnaire :

Annexe 2



Lille le 02/11/2014

Chère consœur, Cher confrère,

Actuellement remplaçante en cabinet libéral, je prépare ma thèse de médecine générale avec l'aide de mon directeur de thèse le Dr MILLOT Yannick, médecin généraliste à Hem.

Mon travail de thèse porte sur la prise en charge des patients dépendants aux opiacés et sous traitement de substitution par buprénorphine et méthadone en cabinet de médecine générale.

C'est une étude observationnelle descriptive quantitative par questionnaire s'adressant à la fois aux médecins généralistes ayant et n'ayant pas de patient sous traitement de substitution aux opiacés. En effet, la première partie du questionnaire me permettra d'établir une statistique sur le nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et le nombre de médecins les prenant en charge dans la région du Nord-Pas-de-Calais, afin de confronter ces chiffres à ceux de l'OFDT sur le plan national. Et dans un second temps, ce travail permettra de faire un état des lieux sur les modalités dans la prise en charge des patients sous TSO en soin primaire et le type de suivi instauré.

Vous avez donc été tirés au sort par le CERIM (Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale) de Lille pour participer à ce questionnaire et pour représenter l'échantillonnage de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Vous trouverez donc ci-joint un questionnaire anonyme comportant 33 questions rapides (durée estimée moins de 10 min) ainsi qu'une enveloppe pour le retour.

Cette thèse est autofinancée, je vous remercie donc par avance de l'attention que vous porterez sur ce travail et vous prie d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Céline LENGLET

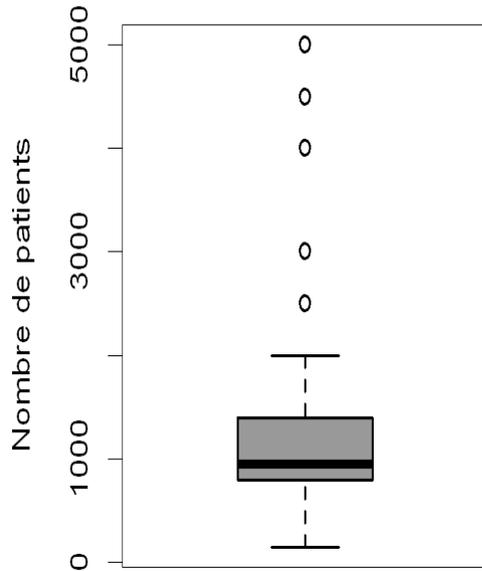
DES Médecine Générale

14 rue Molière Appt 30 LILLE 59800

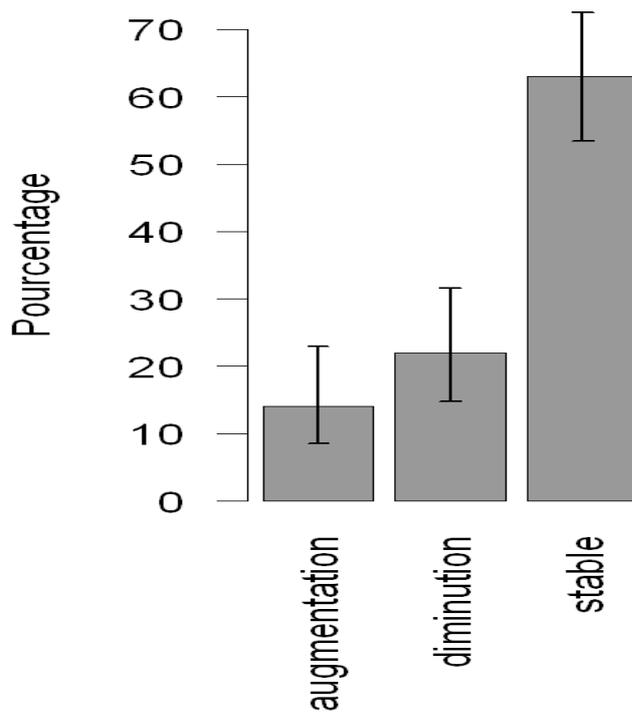
celine.lenglet@hotmail.fr

Annexe 3 : Représentations graphiques de quelques résultats

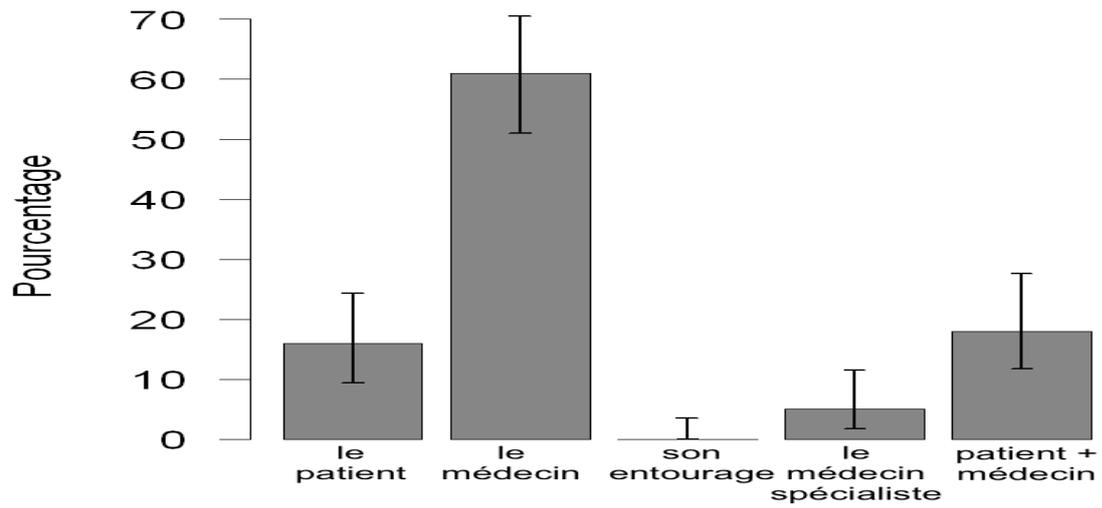
Annexe 3A : Box-plot du nombre total de patients suivis au cabinet libéral



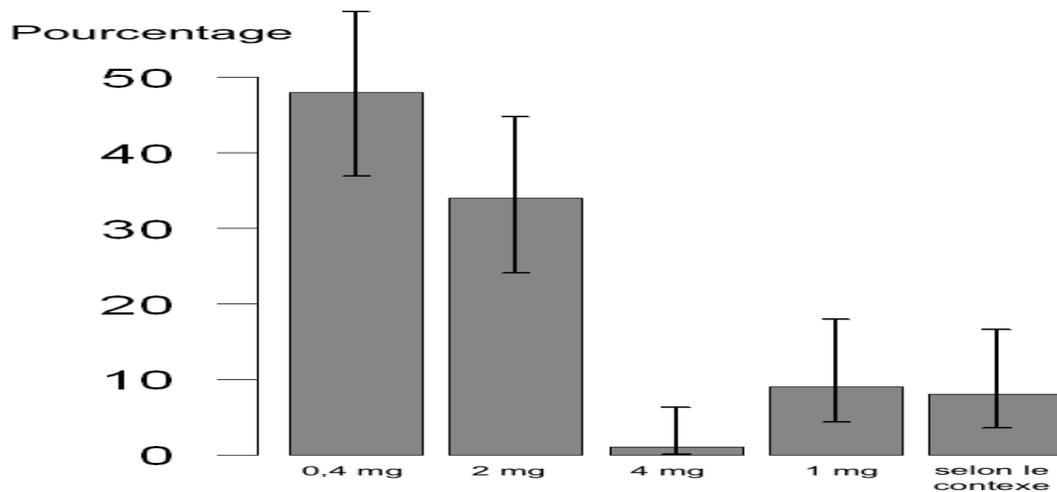
Annexe 3B : Evolution ressentie par les médecins interrogés sur la prise en charge des patients sous TSO au cabinet



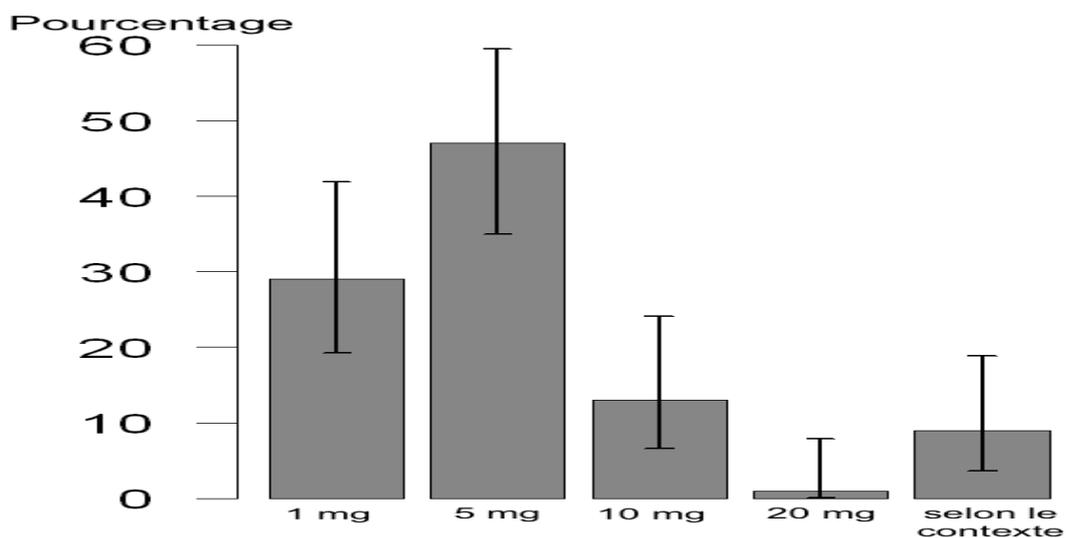
Annexe 3C : Représentation graphique des initiateurs de la possible diminution de la posologie du TSO



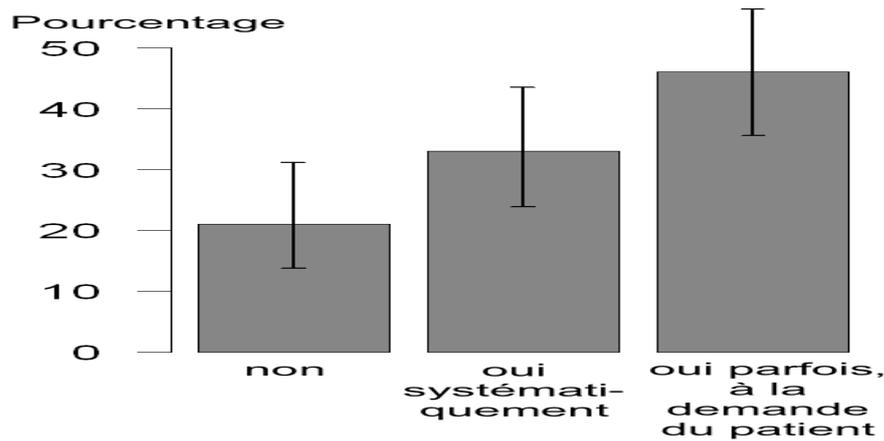
Annexe 3D : Paliers posologiques de diminution de la BHD



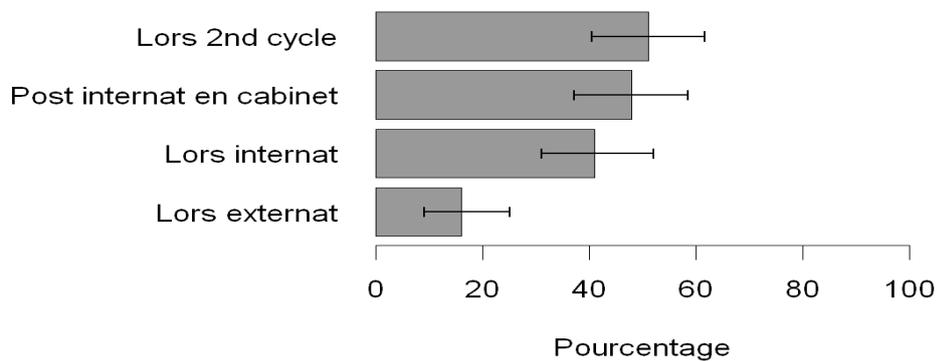
Annexe 3E : Paliers posologiques de diminution de la méthadone



Annexe 3F : Suivi des patients au cabinet après l'arrêt du TSO

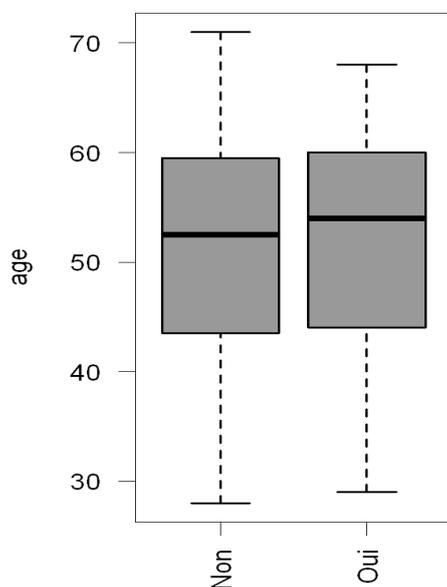


Annexe 3G : Formation obligatoire en addictologie lors du cursus des études médicales



Annexe 3H : Résultats statistiquement non significatifs :

→ Prise en charge des patients sous TSO en fonction de l'âge des médecins :



	Prise en charge	
	Non	Oui
Effectif	84	105
Moyenne	51,631	51,848
Ecart-type	10,234	10,504
Médiane	52,5	54
Minimum	28	29
Maximum	71	68

Test de Student : **p=0,887**

→ Prise en charge des patients sous TSO en fonction du secteur d'exercice des médecins :
(figure 10)

Secteur d'exercice	Prise en charge		Total
	Non	Oui	
urbain	27 (37,5%)	45 (62,5%)	72
semi-urbain	32 (46,38%)	37 (53,62%)	69
rural	20 (52,63%)	18 (47,37%)	38
Total	79	100	179

Test du chi2 : **p = 0,281**

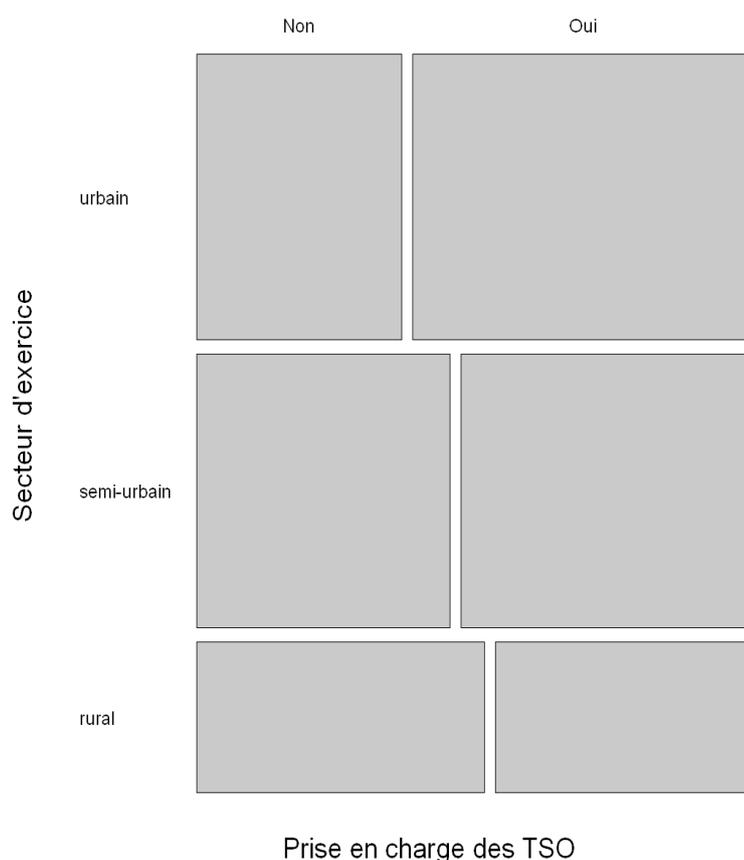


Figure 10. Prise en charge des patients sous TSO en fonction du secteur d'exercice des médecins

→ Prise en charge des patients sous TSO en fonction du mode d'exercice des médecins :
(figure 11)

Mode d'exercice	Prise en charge		Total
	Non	Oui	
Cabinet seul	44 (52,38%)	40 (47,62%)	84
Cabinet de groupe	37 (36,63%)	64 (63,37%)	101
Mixte	4 (66,67%)	2 (33,33%)	6
Total	85	106	191

Test de Fisher exact : **p = 0,0505**

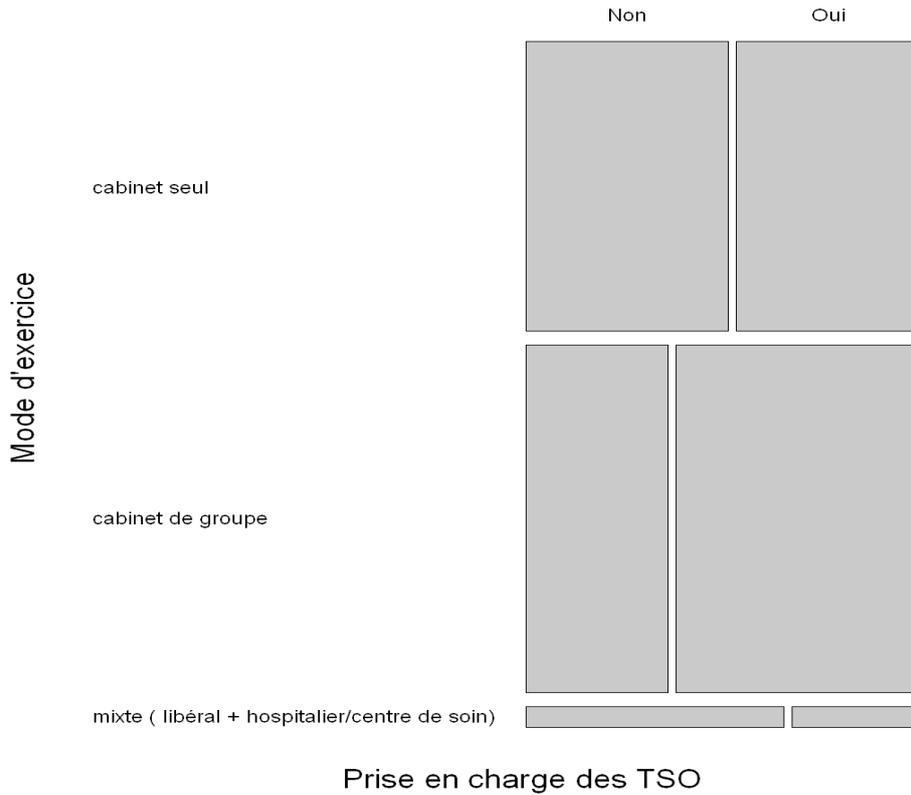


Figure 11. Prise en charge des patients sous TSO en fonction du mode d'exercice des médecins

→ Evolution des prescriptions des TSO en fonction du secteur d'exercice des médecins : (figure 12)

Secteur d'exercice	Evolution des prescriptions des TSO			Total
	augmentation	diminution	stable	
Urbain	7 (15,91%)	10 (22,73%)	27 (61,36%)	44
Semi-urbain	5 (13,51%)	11 (29,73%)	21 (56,76%)	37
Rural	3 (17,65%)	1 (5,88%)	13 (76,47%)	17
Total	15	22	61	98

Test de Fisher exact : $p = 0,395$

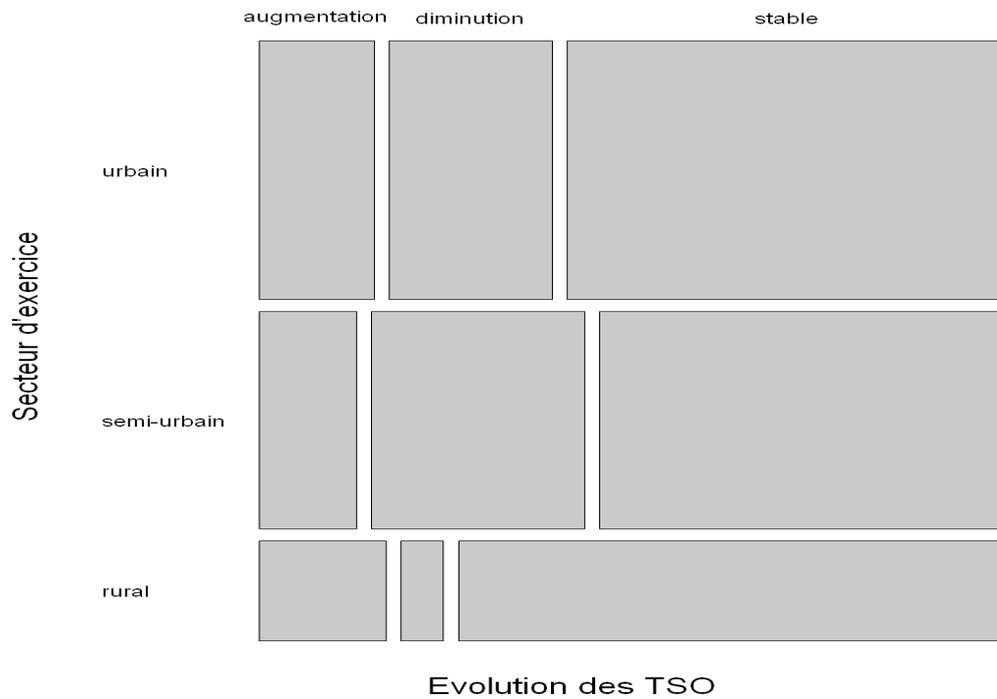


Figure 12. Evolution des prescriptions des TSO en fonction du secteur d'exercice des médecins

→ Désir de formation en addictologie et formations complémentaires déjà réalisées par les médecins : (figure 13)

		Désir de formation en addictologie		Total
		Non	Oui	
Formations complémentaires	Non	44 (68,75%)	20 (31,25%)	64
	Oui	24 (66,67%)	12 (33,33%)	36
Total		68	32	100

Test du chi2 : $p = 0,830$

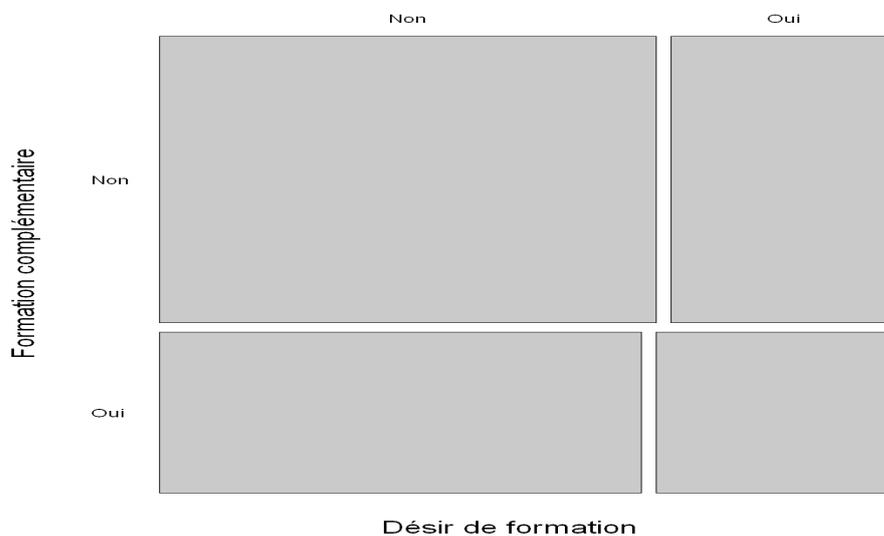


Figure 13. Désir de formation en addictologie et formations complémentaires déjà réalisées par les médecins

→ Désir de formation en addictologie et formations médicales continues des médecins :
(figure 14)

		Désir de formation en addictologie		Total
		Non	Oui	
Formations médicales continues	Non	24 (77,42%)	7 (22,58%)	31
	Oui	42 (62,69%)	25 (37,31%)	67
Total		66	32	98

Test du chi2 : $p = 0,148$

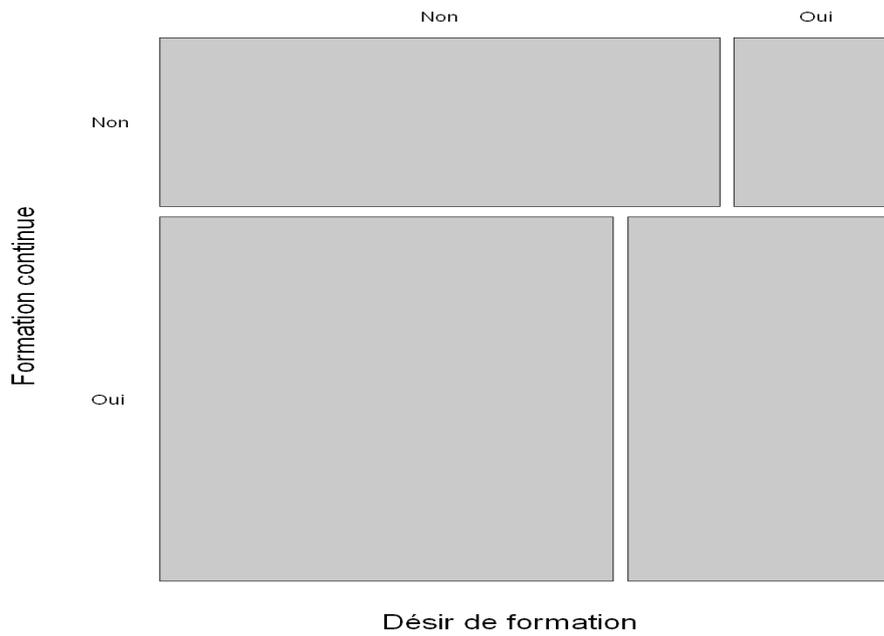


Figure 14. Désir de formation en addictologie et formations médicales continues des médecins

Annexe 4 : Remarques des médecins interrogés

En commentaires libres, on retrouvait :

→ pour les médecins ne prescrivant pas les TSO :

- « je suis opposé à la délivrance de substitut d'opiacés en Médecine de ville »

→ Avis concernant l'addictologie :

- « L'addictologie coûte cher à la société et à la Sécu »

→ Concernant les difficultés lors de la prise en charge :

- « demandes de chevauchements répétées et de plus en plus importantes »
- « c'est un problème social et non médical à mon sens. Il faut être maître de ses actes »
- « pas assez de structure de prise en charge pour les gens en détresse (association de patients par exemple...) »
- « menaces sur le pharmacien pour délivrer en dehors des délais »
- « très peu d'effectif pour ce type de pathologie »
- « TSO n'est pas un traitement mais aussi et souvent une gestion du risque inhérent à la conduite toxicomaniaque »
- « le plus difficile est d'instaurer une relation de confiance pérenne »

→ Concernant le contrat écrit:

- « Pas de mise en place de contrat mais je me base sur l'article de sécurité ALD longue durée, obligatoire »
- Médecin contre l'instauration d'un contrat entre médecin et patient : « la médecine libérale est basée sur la confiance et non sur l'obligation »
- « les contrats écrits ne changent en rien la relation de confiance ».

AUTEUR : LENGLET Céline

Date de Soutenance : 24 juin 2015

Titre de la Thèse : Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2015

DES + spécialité : DES Médecine Générale

Mots-clés : addictologie, traitement de substitution aux opiacés, médecine générale, soins primaires

Résumé :

Contexte : Depuis quelques années, les remboursements des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont augmenté en France, avec en 2013 entre 160 000 et 180 000 patients. En 2012, 72% des patients ont eu leurs prescriptions en soins primaires. La proportion de médecins prescripteurs représentait en 2009, 50% des médecins généralistes en France et 59,2% pour la région du Nord-Pas-de-Calais. Quelles sont les modalités de prise en charge des patients sous TSO en 2014 en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais ?

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive, transversale par questionnaires, adressés à 450 médecins généralistes installés, en soins primaires, tirés au sort, dans la région du Nord-Pas-de-Calais. 191 questionnaires ont été retournés et analysés statistiquement.

Résultats : 55% des médecins généralistes répondants avaient au moins 1 patient sous TSO dans leur patientèle au moment de l'étude, et 82,69 % de ces médecins étaient des hommes. La buprénorphine haut dosage (BHD) était, comme au niveau national, le traitement le plus prescrit : à 65%. Les posologies et durées de traitement correspondaient aux recommandations d'experts, néanmoins 6% des médecins interrogés déclaraient initier un traitement par méthadone au cabinet en ville, ce qui est illégal. Les médecins généralistes de ville restaient réticents concernant une primo-prescription de BHD, celle-ci étant laissée à 71% aux soins secondaires (services spécialisés ou réseaux comme les CSAPA). Une prise en charge conjointe avec des intervenants extérieurs (addictologues, réseaux et CMP) était plébiscitée par les médecins généralistes. La diminution du traitement par TSO était proposée pour 61% des interrogés par le médecin lui-même, en moyenne 7 mois et 24 jours après l'instauration du traitement, par paliers de 0,4 ou 2mg pour la BHD et de 1 ou 5 mg pour la méthadone. Les arrêts de suivi de patient étaient fréquents, puisque 74% des médecins y ont été confrontés. Concernant la formation pour la prise en charge de ces patients, 65 % avaient déclaré avoir une formation insuffisante, néanmoins 68 % ne souhaitaient pas en bénéficier. 87 % des médecins interrogés étaient par contre en faveur d'une formation obligatoire lors des second et troisième cycles des études médicales.

Conclusion : Dans notre étude, la proportion de médecins prenant en charge des patients sous TSO était semblable à celle nationale, mais majoritairement en relais du dispositif des soins secondaires primo-prescripteurs quelque soit le TSO. Les services spécialisés et réseaux restaient plébiscités par les médecins, une aide pour la prise en charge et, semble-t-il, en lien avec leur sentiment de manque de formation dans cette spécialité.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yannick MILLOT