



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Audrey LE MAUX

le 26 Avril 2012 à Nancy

Prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés : audit de pratique auprès de médecins généralistes lorrains

Examineurs de la thèse :

M. François PAILLE
M. Jean-Dominique DE KORWIN
M. Raymund SCHWAN
M. Jean-Michel MARTY

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en Médecine

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2ème Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :
« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
« *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- Développement Professionnel Continu :
Assesseurs Relations Internationales

Professeur Bruno CHENUÉL

M. Christophe NÉMOS

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Francis RAPHAËL
M. Walter BLONDEL
Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur Didier MAINARD
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX – Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de thérapeutique

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury.

Nous vous adressons nos remerciements les plus sincères pour tous vos conseils qui ont permis d'améliorer ce travail.

Soyez assuré de toute notre reconnaissance de notre respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Pour le plaisir et l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Pour nous avoir accueillie dans votre service et pour la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et notre respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de psychiatrie

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY
Médecin généraliste à METZ

Vous êtes à l'origine de ce travail.

Pour votre enthousiasme, votre dynamisme.

Pour l'énergie et le temps que vous consacrez à la formation des jeunes médecins.

Pour votre constante disponibilité et votre accueil chaleureux.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Au GLAM et Mme CAMERLENGO, merci aux membres actifs du GLAM et aux thésards.

Au Docteur Nicolas JAY , pour votre aide à la réalisation des statistiques.

**A mes maitres de stages : Docteur Hélène GARDE-MARTY ,
Docteur Angélique GLUZIKI , Docteur Moustapha MOULLA**

Pour m'avoir transmis le goût de la médecine générale et pour avoir pu bénéficier de votre précieuse expérience.

A MA FAMILLE

A mes parents pour m'avoir toujours soutenue , pour vos précieux conseils, votre éducation et votre patience ! Merci d'être à nos cotés et d'œuvrer à notre bonheur chaque jour.

A ma sœur, merci de m'avoir supportée durant toutes ses longues années d'études et d'avoir toujours été présente pour moi. Je te souhaite une belle réussite professionnelle mais surtout d'être épanouie dans ta vie.

A mes grands-parents pour votre gentillesse et votre soutien inconditionnel.

A Apport pour ta générosité et ta sagesse , tu es un exemple pour nous tous.

A Acong , tu nous manques.

A Alexandre , Laurent , Gaétan et Cyril , merci d'avoir été là pour moi durant toutes ces années , merci de faire que nos retrouvailles soient à chaque fois un plaisir !! A mes belles cousines Stéphanie et Julie. A nos enfants Maxime , Lisa et nos bébés 2012 !!

A Tatie , pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton courage. Je t'aime.

A Pierrot le plus drôle et Marie la plus sympa des marraines , pour votre soutien , votre bonne humeur et la recette des lentilles...Ah , au fait Wan-Tan à Noel !!

A Cocoq pour ton chaleureux accueil à chaque fois que nous venons, pour ta générosité .
A Eve , Nicolas , Marina , Maeva et Malika.

A Gilles et Pascale , Marc et Christiane merci de prendre soin de notre famille.

A mes cousines Caroline , Emilie , Adèle et Julia en vous souhaitant beaucoup de réussite.

A la famille Nicolas, pour votre disponibilité , votre générosité , votre soutien . Merci d'avoir été là dans mes bons et mauvais moments ! Beaucoup de bonheur à JB , Nanette et Titi joli !!!

A Chloé , ma patate d'amour.

A Kevin, merci d'être là chaque jour à mes cotés , tu me soutiens quoique je fasse. Ma chance, c'est toi .Ma force, c'est nous. Je t'aime.

A MES AMIS

A Améloche , Fafa et Sandrillon, parce que vous avez toujours été là pour moi .

A Céloche et Lélia , pour votre amitié et nos bons moments.

A Zakia et Jean Paul , malgré toutes ces années , vous êtes restés à mes cotés. Merci pour votre amitié à toute épreuve !!

Aux familles Dorey et Midroit , merci pour votre générosité , votre soutien et les bons moments passés en votre compagnie ! Vous revoir est toujours un plaisir, surtout quand il y a de la tarte au citron meringuée !Spéciale dédicace à Jean-mi qui traverse Lyon parce que je suis en panne de voiture, qui fait tous les déménagements des filles LMX , qui relit mes dissertations et qui m'amène au collège en camionnette rouge ...

A Laly-Britney et Matthieu merci pour votre enthousiasme et vos soirées , vive la pistache !!!
Merci Laly d'être là pour nous. Merci pour ton énergie et ton amitié .

A Rayb'Anne-Madonna , depuis la P1 , on ne s'est pas quittées. Merci pour ta bonne humeur.

A Bertrand et sa famille , merci de nous avoir si bien accueillis lors de notre arrivée à Metz.

A Fred , Ludi-Dirty dancing et Maël , merci pour les bons moments passés en votre compagnie.

A Julia-Shakira, Hubert et Léane, merci de rendre nos WE si sympas !

A Anne, Eric , Helena et Eulalie , merci d'être là pour nous si souvent !!Merci pour votre amitié et votre générosité.

A mes copines de stage notamment : Manal, Souad , Mathilde , Lucie et l'équipe E3 de l'hôpital Belle-Isle.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CIM : Classification Internationale des Maladies

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

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GLAM : Groupe Lorrain d'Audit Médical

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

MILDT : Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes

OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel

RPIB : Repérage précoce et Intervention Brève

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de FORMation MEDicale Continue

VHC : Virus de l'Hépatite C

TABLE DES MATIERES

Introduction

1ere partie : Evaluation des pratiques professionnelles et audit

I. Définition et cadre légal

1. Formation Médicale Continue (FMC)

1.1. Définition

1.2. Situation actuelle

2. EPP :

2.1. Définitions

2.2. Situation actuelle

2.3. Mode d'emploi

2.3.1. Intégration de l'EPP à la pratique quotidienne

2.3.2. Choix du thème

2.3.3. Méthodes utilisées

2.4. Conclusion

3. DPC

3.1. Définition et Objectifs

3.2 . Mise en place

3.3. Conclusion

4. Audit clinique

4.1. Définition

4.2. Méthodologie

- 4.2.1. Choix du thème
- 4.2.2. Choix des critères
- 4.2.3. Choix de la méthode de mesure
- 4.2.4. Recueil de données
- 4.2.5. Analyses des résultats
- 4.2.6. Plan d'amélioration et réévaluation
- 4.3. Objectifs

II . Structures participant au DPC

1. au niveau national

- 1.1. HAS
- 1.2. Unaformec
- 1.3. Autres
 - 1.3.1. Association d'origine syndicale
 - 1.3.2. Caisses d'assurance maladie
 - 1.3.3. Industrie pharmaceutique

2. au niveau régional :

- 2.1. URPS
- 2.2. LORFORMEP
- 2.3. GLAM

2^e partie : Suivi des patients sous traitements substitutifs aux opiacés (TSO)

I. Généralités TSO

1. Historique

2. 1^{ere} consultation

- 2.1. Prise de contact

2.2. 1ere évaluation

2.2.1. Évaluation des conduites addictives

2.2.2. Évaluation psychologique

2.2.3. Évaluation sociale initiale

2.2.4. Évaluation somatique

3. Projet de soins et initialisation du TSO

3.1. Information du patient

3.2. Cadre de soin

3.3. Suivi

II. Suivi des patients sous méthadone

1. Historique

2. Données pharmaco-cliniques

2.1. Caractéristiques pharmacologiques

2.1.1. Propriétés Pharmacocinétiques

2.1.2. Conditionnement

2.2. Caractéristiques cliniques

2.2.1. Indications

2.2.2. Contre-indications et mise en garde

2.2.3. Effets de la méthadone

2.2.4. Surdosage

3. Pratiques d'utilisation professionnelle

3.1. Relais en médecine de ville

3.2. Posologie et condition d'arrêt

3.3. Surveillance clinico-biologique spécifique à la méthadone

3.3.1 Contrôles urinaires

3.3.2 Surveillance cardio-vasculaire

3.4. Réglementation de prescription

III. Suivi des patients sous buprénorphine haut dosage

1. Historique

2. Données pharmaco-cliniques

2.1. Caractéristiques pharmacologiques

2.1.1. Propriétés Pharmacocinétiques

2.1.2. Conditionnement

2.1.3. Intérêt de la Subuxone^o

2.2. Caractéristiques cliniques

2.2.1. Indications

2.2.2. Contre-indications et mise en garde

2.2.3. Effets de la BHD

2.2.4. Surdosage

3. Pratiques d'utilisation professionnelle

3.1. Posologie et condition d'arrêt

3.2. Surveillance clinico-biologique spécifique à la BHD

3.3. Réglementation de prescription

IV. cas particuliers en médecine générale

1. Grossesse

1.1. Généralités

1.2. Effets des opiacés sur la grossesse et le nouveau-né

1.3. Conclusions et recommandations

2. Mésusage

2.1. Généralités

2.2. Recommandations

3^e partie : Réalisation de l'audit « Suivi des patients sous traitements substitutifs aux opiacés en médecine générale »

I. Matériels et méthodes :

1. Choix du thème
2. Choix de la cible de l'audit
3. Critères évalués : grille d'audit
 - 3.1. Recherche de consommations d'opiacés avant le traitement
 - 3.2. Recherche de co-addictions
 - 3.3. Recherche d'injections avant le traitement
 - 3.4. Recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement
 - 3.5. Résultat de sérologie VHC
 - 3.6. Nom de la pharmacie
 - 3.7. Posologie de la dernière prescription
 - 3.8. Durée et rythme de délivrance de la dernière prescription
4. Critères d'inclusion et mode de recueil
5. Définition des objectifs en vue du second tour
6. Présentation et diffusion de l'audit
 - 6.1. 1^{er} tour
 - 6.1.1. Recueil de données
 - 6.1.2. Analyses des données
 - 6.1.3. Présentation des résultats et annonce du second tour
 - 6.1.4. Restitution des résultats et recommandations en vue du second tour
 - 6.2. Exploitation du second tour

II. Résultats :

1. Analyses du 1^{er} tour

1.1. Analyse par critères

- 1.1.1. Consommation d'opiacés avant le traitement substitutif aux opiacés
- 1.1.2. Recherche de co-addictions
- 1.1.3. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement
- 1.1.4. Persistance de consommation pendant le traitement
- 1.1.5. Résultat de sérologie VHC
- 1.1.6. Nom de la pharmacie
- 1.1.7. Posologie de la dernière prescription
- 1.1.8. Durée de la dernière prescription
- 1.1.9. Rythme de délivrance de la dernière prescription
- 1.1.10. Récapitulatif

1.2. Analyse par médecins

- 1.2.1. Consommation d'opiacés avant le traitement substitutif aux opiacés
- 1.2.2. Recherche de co-addictions
- 1.2.3. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement
- 1.2.4. Persistance de consommation pendant le traitement
- 1.2.5. Résultat de sérologie VHC
- 1.2.6. Nom de la pharmacie
- 1.2.7. Posologie de la dernière prescription
- 1.2.8. Durée de la dernière prescription
- 1.2.9. Rythme de délivrance de la dernière prescription
- 1.2.10. Récapitulatif

2. Pistes d'amélioration

3. Analyse du 2^e tour

3.1. Analyse par patients

- 3.1.1. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement
- 3.1.2. Persistance de consommation pendant le traitement
- 3.1.3. Résultat de sérologie VHC
- 3.1.4. Récapitulatif
- 3.2. Analyse par médecins
 - 3.2.1. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement
 - 3.2.2. Persistance de consommation pendant le traitement
 - 3.2.3. Résultat de sérologie VHC
 - 3.2.4. Récapitulatif

III . Discussion

- 1. Limites de l'étude
 - 1.1. Participation
 - 1.1.1. Taux de participation et comparaison audits antérieurs
 - 1.1.2. Analyse du taux de participation
 - 1.1.2.1. liés à l'audit
 - 1.1.2.2. liés aux médecins
 - 1.2. Caractéristique de cet audit
 - 1.2.1. Thème
 - 1.2.2. Grille et critère
 - 1.2.3. Délai entre les 2 tours
- 2. Analyse des résultats de l'audit
 - 2.1. Consommation d'opiacés avant le traitement substitutif aux opiacés
 - 2.2. Recherche de co-addictions
 - 2.3. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement
 - 2.4. Persistance de consommation pendant le traitement
 - 2.5. Résultat de sérologie VHC

2.6.Nom de la pharmacie , posologie, durée et rythme de délivrance de la dernière prescription

2.7.Récapitulatif des résultats des 2 tours

2.7.1. Répartition par patients

2.7.2. Répartition par médecins

2.7.3. Synthèse

3. Pistes d'amélioration

4. Avenir pour EPP

Conclusion

Références bibliographiques

ANNEXES

1. Guide méthodologique GLAM
2. Charte du GLAM
3. DSM-IV
4. Lettre d'invitation 1^{er} tour GLAM pour audit TSO
5. Grille d'audit 1^{er} tour TSO
6. Argumentaire de l'audit 1^{er} tour TSO
7. Score TMPS
8. Courrier commun GLAM octobre 2010
9. Résultats du 1^{er} tour
10. Lettre d'invitation 2^e tour
11. Grille d'audit simplifiée du 2^e tour

Introduction

Les traitements de substitution s'adressent aux personnes pharmacodépendantes aux opiacés. Dès 1995, l'accès à la méthadone est possible en centres spécialisés où a lieu la primo-prescription. Le médecin généraliste peut renouveler le traitement, d'autant plus qu'il existe depuis avril 2008 une galénique sous forme de gélules. Depuis février 1996 et la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD), les médecins généralistes peuvent instaurer un traitement de substitution aux opiacés (TSO) en médecine ambulatoire. On estime à 120000 le nombre d'héroïnomanes sous traitement substitutif en France en 2007 (soit environ 12 fois plus qu'en 1995) [1]. Cependant, ce système de prise en charge de masse a tendance à favoriser les dérives d'utilisation de ces traitements et à induire un suivi moins rigoureux des toxicomanes [2, 3]. Il existe deux documents récents de références publiés par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), actuelle Haute Autorité de Santé (HAS), à ce sujet [3, 4].

Le travail présenté entre dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles. Le groupe lorrain d'audit médical (GLAM) met à disposition des médecins généralistes des audits variés depuis 1993. L'audit médical est une méthode d'évaluation, volontaire dans le cas présent, qui permet à l'aide de critères déterminés, de comparer sa pratique de médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient [5].

Le traitement substitutif aux opiacés par BHD concerne 68% des patients sous protocole de substitution contre 30% pour la méthadone en novembre 2008 [6]. Les TSO sont exclusivement indiqués dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique [7]. Leur prescription nécessite plusieurs précautions que nous détaillerons.

L'objectif de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est de comparer la pratique des médecins participants à un référentiel, de constater les écarts qui en résultent, d'analyser les causes des inadéquations entre l'usage recommandé des traitements de substitution aux opiacés et leur usage en pratique, et de proposer des pistes d'amélioration.

Nous reverrons l'historique de l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'audit médical. Nous définirons ensuite le suivi considéré comme optimal d'un patient sous TSO. A partir de là, nous présenterons un audit clinique sur la prise en charge des patients sous TSO en médecine de ville.

Le premier temps de l'audit consistera en un recueil de données. La grille d'audit, accompagnée d'un courrier précisant son utilité et son mode d'emploi, sera adressée à des médecins généralistes lorrains, qui disposeront d'un délai prédéfini pour retourner le document à la personne chargée du traitement des données.

L'analyse de ce premier recueil permettra de savoir si l'exercice est en accord avec le référentiel ; dans le cas contraire, elle permettra de connaître l'écart entre les données recueillies et la pratique souhaitée. Les participants seront ensuite informés de leurs résultats et des pistes d'amélioration leur seront proposées.

Une nouvelle enquête de pratique sera réalisée à distance afin de vérifier l'appropriation par les participants de ces pistes d'amélioration et la progression qui en résulte.

Dans le travail présenté, nous nous attacherons à décrire chacune de ces étapes, depuis l'élaboration de la grille d'audit jusqu'aux pistes d'amélioration dégagées en vue du deuxième tour. Ceci nous permettra ensuite de mener une réflexion sur l'intérêt de l'audit, que ce soit dans le cas présent, ou au sens large, en essayant d'en définir les limites en médecine.

1ere partie : Evaluation des pratiques professionnelles et audit

I. DEFINITIONS ET CADRE LEGAL

La formation médicale initiale dure 9 ans pour un médecin généraliste. Devant le renouvellement constant des connaissances médicales et des moyens disponibles, une formation médicale continue (FMC) est nécessaire pour garantir la qualité d'exercice du médecin. [8]

Selon l'article 11 du code de déontologie médicale : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »

1. Formation Médicale Continue (FMC)

1.1. Définition

La formation médicale continue obligatoire pour tous les médecins résulte de l'ordonnance du 24 avril 1996. La FMC a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. [9]

L'obligation de formation est actuellement uniquement déontologique ; en effet, les conditions de validation des actions de FMC, qui avaient été élaborées ces dernières années ont été totalement remises en question.

La loi HPST a instauré le DPC, développement professionnel continu, intégrant FMC et EPP (évaluation des pratiques professionnelles).

S'y côtoieront donc :

- une partie de perfectionnement : connaissances médicales, pratiques de santé publique, recherche clinique, développement personnel et professionnel (informatique, bonne utilisation du système de soins, organisation..)
- une partie évaluation des pratiques professionnelles.

Les moyens de formations sont divers : la presse médicale ; les séances de formation de groupe organisées par les associations, les hôpitaux ou l'université ; les congrès ; la lecture de manuels.

Il faut rajouter des moyens de formation moins répandus : la participation à la vie hospitalière (surtout chez les spécialistes), à l'enseignement (chez les généralistes avec l'enseignement de 3e cycle et le stage chez le praticien), la participation à des recherches cliniques ou épidémiologiques, à des audits de pratique.

1.2.Situation actuelle

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST » modifie l'organisation de la FMC.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) remplace la FMC dans les Titres du code de la Santé publique dans le cadre du projet de loi HPST. Le DPC regroupe les notions de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles et sera détaillé ultérieurement. [13] [14]

2. Evaluation des Pratiques Professionnelles

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rend la formation médicale continue obligatoire. Mais l'organisation de ce dispositif, avant même sa création, se trouve modifiée par la promulgation de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En effet, le champ est élargi par une obligation nouvelle : l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).[9][15]

Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux : le système de santé publique, l'organisation des soins en réseau entre différents professionnels et la pratique clinique. L'évaluation des Pratiques Professionnelles a un objectif distinct mais complémentaire de la Formation Médicale Continue.

2.1. Définition

Le décret du 14 avril 2005 définit l'évaluation des pratiques professionnelles comme suit : « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et qui inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » .

L'important est de disposer d'une synthèse des évidences scientifiques concernant une intervention à un moment donné. L'EPP n'est en aucun cas une démarche de recherche clinique.

Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Le constat d'écarts entre la pratique et la référence doit conduire à mettre en oeuvre des actions correctives. L'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci.[15][16]

2.3. Mode d'emploi [16]

La Haute Autorité de Santé propose une évaluation formative pour favoriser l'application des recommandations de bonnes pratiques et intégrée à l'exercice clinique pour permettre une analyse régulière de leurs pratiques.

2.3.1. Intégration de l'EPP à la pratique quotidienne

Les modes d'organisation de l'EPP sont nombreux et diversifiés : revue de mortalité-morbidité, groupes d'analyse de pratique entre pairs, réunion de concertation pluridisciplinaire, etc.

2.3.2. Choix du thème

Le choix des thèmes est fait, en considérant notamment la fréquence, la variation connue des pratiques, la gravité ou le coût de la procédure diagnostique, préventive ou thérapeutique, les priorités de santé publique.

La sélection de quelques objectifs de qualité parmi la masse d'information disponible permet de hiérarchiser les changements à apporter dans la pratique professionnelle considérée.

2.3.3. Méthodes utilisées pour évaluer sa pratique professionnelle

De nombreuses méthodes d'évaluation des pratiques sont disponibles ; toutes conduisent à comparer la pratique constatée à celle souhaitée dans les recommandations professionnelles.

L'audit clinique ou la revue de pertinence mesurent a posteriori les écarts entre la pratique et des objectifs de qualité basés sur les recommandations professionnelles.

L'approche par processus part de la description du parcours du patient ; elle permet d'écrire un chemin clinique, de prévoir des aide-mémoires, d'intégrer des arbres de décision.

L'approche par résolution de problème se réfère à la médecine basée sur des faits (evidence based medicine) ou à la gestion des risques.

L'analyse des résultats de l'évaluation est de préférence collective, au sein de groupes de professionnels libéraux ou d'équipes hospitalières ; cette analyse s'enrichit alors de la participation de tous. Un regard extérieur est souhaitable pour faciliter la réflexion.

2.4. Conclusion

Les enjeux en cours sont multiples : intégrer l'évaluation aux pratiques et à la FMC, s'appuyer sur des données scientifiques constamment réactualisées, privilégier la transparence et l'expérience professionnelle collective, améliorer sans cesse la compétence des professionnels. Cela nécessite de définir des indicateurs adaptés. [13]

L'EPP doit être une aide pour le médecin (qualité et intérêt de sa pratique) et une garantie pour le patient (assurance de qualité des soins).

Elle doit aller au-delà des pratiques quantifiables : les aspects relationnels, la complexité des soins, le suivi et la continuité des soins, l'organisation des soins, la multidisciplinarité, les relations entre professionnels doivent être évalués.

3. Développement professionnel continu (DPC)

En France, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a réuni sous le nom de Développement Professionnel Continu les obligations réglementaires précédentes de FMC et EPP.

Chaque professionnel, qu'il soit médical ou paramédical, libéral ou salarié, est aujourd'hui soumis à la nouvelle obligation de développement professionnel continu : il est obligatoire pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, ainsi que pour les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens, etc.

3.1. Définition et objectifs

Le DPC fait partie d'un programme personnel d'apprentissage à vie dans lequel chaque médecin s'engage dès son entrée à la faculté de médecine jusqu'à sa retraite.

C'est un concept plus large que la FMC qui englobe toutes les activités d'un praticien avec les notions d'efficacité, de sécurité de qualité des soins et implique la notion d'expertise dans de nombreux domaines.

Voici les objectifs du DPC :

- formation médicale continue
- évaluation des pratiques professionnelles,
- perfectionnement des connaissances,
- amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,

- prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'idée est notamment de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant son exercice professionnel par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, puis en mettant en œuvre des actions d'amélioration.

La FMC a une efficacité certaine sur la compétence des médecins et les résultats de santé bien qu'il soit très difficile de la quantifier. Dans une perspective de développement plus que de formation, les professionnels doivent comprendre comment ils constituent progressivement leur expertise et combinent au quotidien expérience acquise (part implicite) et données scientifiques valides (part explicite). Le cadre commun à toutes les méthodes possibles de DPC, se trouve ainsi défini pour chaque professionnel :

- Réflexion critique personnelle sur sa propre pratique.
- Analyse systématique des savoirs mis en œuvre au quotidien (pour mettre en cohérence théorie et pratique)
- Mise en perspective des problèmes individuels dans un contexte plus large, organisationnel et social.
- Recherche et mise en œuvre des ressources (formations ou autres...) nécessaires à partir de cette analyse.
- Responsabilisation de chaque praticien (engagement dans une démarche d'auto-évaluation).

3.2. Mise en place

Les professionnels de santé devront suivre au cours de l'année civile trois actions de DPC dont deux au moins relèvent des priorités nationales définies par le ministère de la Santé.

Les financements sont confiés à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), dont les règles de composition du conseil, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections, seront fixées par voie réglementaire. (Article L. 4021-1 du code de la Santé Publique).

L'organisme gestionnaire voit son statut de groupement d'intérêt public précisé et ses missions définies, consistant notamment à financer, dans la limite de forfaits, les actions de DPC et à enregistrer les organismes intervenant au titre du développement professionnel continu. Les règles d'organisation et de fonctionnement du conseil de gestion de l'OGDPC sont fixées, avec les dispositions financières et comptables qui sont applicables à son activité. Enfin, les procédures d'enregistrement, d'évaluation, de suivi et de contrôle des organismes de DPC sont déterminées, ainsi que les obligations de traçabilité qui incombent aux employeurs des professionnels de santé dans le domaine du DPC.

Les modalités selon lesquelles les médecins satisfont à leur obligation seront à définir par un décret en Conseil d'État.

Le respect des obligations du DPC est assuré par le Conseil de l'Ordre.

Les décrets concernant le Développement Professionnel Continu (DPC) des professions de santé sont parus au Journal Officiel du 1 janvier 2012. Le programme du DPC devra être conforme à une orientation nationale ou régionale.

Des dispositions transitoires sont prévues jusqu'au 30 juin 2013.

3.3. Conclusion

Le DPC s'inscrit dans la continuité de la FMC. Le cadre générique que décrit la littérature n'est pas un réel changement mais la confirmation que la formation de professionnels en exercice ne se conçoit qu'appuyée sur les pratiques et les analysant.

Le DPC est de la responsabilité de chacun, dans sa mise en œuvre comme dans son évaluation.

Le DPC répond à une exigence sociétale. Il ne s'agit pas de stigmatiser des pratiques insuffisantes, mais de comprendre la réalité positive du métier de médecin. [13] [14]

4. Audit clinique [13,16,17,18]

4.1. Définition d'un audit

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique n'a pas de signification épidémiologique : ce n'est pas une enquête de santé publique. Les méthodes d'études et le recrutement des médecins (volontaires et non représentatifs d'une population) diffèrent et empêchent toute interprétation épidémiologique.

Le principal intéressé de l'audit est le médecin participant. L'audit lui apporte l'image de sa pratique professionnelle sur un thème donné à un moment donné.

Le respect du secret professionnel et l'anonymat des participants sont 2 grands principes de l'audit cliniques.

4.2. Méthodologie d'un audit

L'audit clinique distingue 6 étapes :

- Choix du thème
 - Choix des critères : positionnement par rapport à des références
 - Choix de la méthode de mesure
 - Recueil des données
 - Analyse des résultats
 - Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

4.2.1. Choix du thème

Le caractère prioritaire du thème d'audit proposé peut être évalué en fonction de la fréquence de la pratique, du risque pour le patient et de son caractère hétérogène. Le sujet doit aussi relever d'un domaine pour lequel il existe des recommandations scientifiques, réglementaires, professionnelles.

Le sujet doit être porteur de potentialité d'amélioration.

4.2.2. Choix des critères

Un critère est un signe admis par le plus grand nombre, permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée (par exemple : la présence de résultat de sérologie VHC dans la prise en charge d'un patient toxicomane est essentielle pour une prise en charge globale).

L'ensemble des critères constitue le référentiel de l'audit clinique.

4.2.3. Choix de la méthode de mesure

La construction de la grille d'évaluation repose sur la sélection de critères.

L'ensemble des critères doit rendre compte de la qualité de pratique. Ils ne doivent pas être trop nombreux dans un souci de lisibilité et faisabilité. Les questions doivent permettre d'obtenir des réponses sous forme binaire (oui/ non). Les critères doivent être fiables, précis et reproductibles.

Les modalités de l'audit sont déterminées : type de recueil (rétrospectif, prospectif), échantillon inclus, période d'inclusion, critères d'inclusions et d'exclusions.

4.2.4. Recueil de données

La grille d'évaluation doit être testée et vérifiée avant sa diffusion. Le recueil doit avoir lieu sur une période donnée.

4.2.5. Analyses des résultats

Les résultats reçus sont dépouillés, convertis en pourcentages et exprimés sous forme de graphiques. L'analyse permet de savoir si l'objectif fixé avant l'audit est atteint ou non.

L'analyse des écarts observés identifie les différentes causes qui peuvent être de nature :

- professionnelle (manque de connaissances) ;
- institutionnelle (manque de méthode et/ou matériels inadéquats) ;
- organisationnelle (manque de coordination dans la prise en charge du patient) ;
- personnelle (manque de conviction et de motivation).

4.2.6. Plan d'amélioration et réévaluation

Les résultats sont présentés aux professionnels concernés par courrier personnalisé avec leur résultat et ceux du groupe. Des réunions avec le groupe de travail permettent de recenser les actions correctives.

Une réévaluation, habituellement six mois à un an après la première étude, permet de mesurer l'impact des actions correctives. Si la sécurité du patient est en cause, des actions d'amélioration s'imposent de façon urgente et la réévaluation a lieu rapidement.

4.3. Objectifs d'un audit

L'objectif d'un audit est d'identifier les moyens, occasions et circonstances propices à une amélioration de la qualité des soins. Le but est également d'identifier les moyens de réaliser

cette amélioration, de les mettre en œuvre et de mesurer l'impact de l'utilisation de ces moyens sur la qualité des soins.

Le but de l'audit n'est pas de sanctionner les médecins mais d'améliorer leur pratique. Les conclusions doivent amener un changement de comportement.

L'audit est un outil performant pour évaluer les changements induits par une action de Formation Médicale Continue à condition d'avoir fixé une norme, un référentiel au départ et de comparer les différences de pratiques des médecins avec cette norme avant et après l'action de FMC.

L'audit est également un moyen pédagogique efficace, l'intégration de son référentiel à la pratique quotidienne permet aussi l'amélioration des connaissances et compétences.

II . Structures participant au DPC [16]

1. Au niveau national :

1.1. La Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS définit les modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles, agréée les organismes chargés d'aider les médecins dans leur évaluation, habilite les médecins qui accompagnent leurs confrères dans la démarche, contrôle et évalue le dispositif.

La HAS succède à l'ANAES (Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) en 2004 qui avait repris les attributions de l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) en 1997.

La HAS reprend les missions de l'ANAES ainsi que celles de la commission de transparence et de la commission d'évaluations des produits et prestations de santé.

1.2. UNAFORMEC

L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC) a été créée par la profession en 1978, sur proposition du ministère de la santé, pour améliorer la qualité des soins et la santé de la population en développant la formation médicale continue.

L'UNAFORMEC est un réseau d'associations de FMC à quatre niveaux :[13]

- local : 1 450 associations locales de FMC de tailles très diverses
- départemental (cet échelon n'existe que dans quelques régions, notamment en Lorraine)
- régional comportant 22 fédérations régionales
- national comprenant : l'Unaformec comprend les 22 fédérations régionales, mais aussi 17 associations nationales de spécialités.

1.3. Autres

1.3.1. Associations d'origine syndicale

La plupart des instances syndicales de médecins ont développé une structure de formation médicale continue avec l'apparition des séminaires conventionnés. On peut citer par exemple MG-Form pour le syndicat MG-France ou encore Formunof pour la CSMF .

1.3.2. Caisses d'Assurance Maladie

Elles jouent un rôle important par l'intermédiaire de la Convention médicale signée en 1998 entre les médecins libéraux et les Caisses de Sécurité Sociale.

Cette Convention crée la Formation Professionnelle Conventionnelle (F.P.C.) qui bénéficie du financement de l'assurance maladie. La F.P.C présente plusieurs caractéristiques :

- thématisée : les thèmes sont choisis parmi ceux sélectionnés par le CNFMC
- validée et agréée : sur les plans scientifiques, pédagogiques et financiers
- financée et indemnisée par les Caisses d'assurance maladie.

Elle est organisée, le plus souvent, sous la forme de séminaires indemnisés, durant quelques jours.

1.3.3. Industrie pharmaceutique

L'industrie est un acteur de FMC. Elle dispose de plusieurs moyens d'action :

- visites de délégués médicaux auprès des médecins
- organisation et financement d'actions de formation continue
- publicité dans la presse médicale.

Ce moyen de formation est controversée.

2. Au niveau régional :

2.1. Unions Régionales des professionnels de Santé (URPS) [19]

Les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) ont été créés par la loi n°93-8 du 4 janvier 1993 et par le décret n°93-1302 du 14 décembre 1993. Les Unions sont nées de la volonté de la profession médicale de créer un outil indépendant. Les Unions sont des organismes de droit privé, d'intérêt public, à but non lucratif, elles représentent la totalité des médecins libéraux ayant une activité conventionnée dans une même région.

Les missions des Unions sont complémentaires de celles des autres organismes représentant la médecine libérale, l'Ordre des médecins étant le garant de l'éthique et de la déontologie, les syndicats étant les défenseurs de la profession. Elles participent notamment aux actions suivantes :

- Analyse et étude relatives : au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, à l'évaluation des besoins médicaux.
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles
- Organisation et régulation du système de santé
- Prévention et actions de santé publique
- Coordination avec les autres professionnels de santé
- Information et formation des médecins et des usagers

Suite à la loi HPST, les URML intègrent les Unions Régionales des professionnels de Santé (URPS) le 29 septembre 2010.

2.2. LORFORMEP

La Fédération Lorraine des Associations de Formation médicale continue et Evaluation de Pratiques Professionnelle (LORFORMEP) est une branche régionale de l'UNAFORMEC.

Elle produit également des actions pilotes et forme les cadres associatifs.

Les actions de LORFORMEP sont :

- la coordination régionale des séminaires conventionnés
- les séminaires de formation pédagogique

- l'organisation régionale, avec le GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical) des audits et autres actions d'EPP
- l'organisation avec la faculté de médecine de la Semaine Médicale de Lorraine, de la Journée d'Actualités Thérapeutiques, voire d'autres partenariats.

2.3. GLAM

Pendant le mois de décembre 1992, la Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue (LORFORMEC) proposa, avec la participation de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), un séminaire d'initiation à l'évaluation en médecine.

Un groupe de médecins se réunit à la suite de ce séminaire et forme le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) avec pour objectif, « le développement et la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles de santé ».

Le groupe fut initialement rattaché à LORFORMEC puis au Réseau Épidémiologique Lorrain (REL) et se constitua en association en mai 2002.[Annexe 1]

Le groupe de pilotage (membres du conseil d'administration et adhérents participant à la création des audits) se réunit 5 fois par an pour des séances de travail au cours desquelles sont discutés les audits passés, en cours, ou futurs en suivant la méthodologie du GLAM.[annexe2]

Le GLAM est la structure projet de la Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (LORFORMEP) qui a récemment remplacé LORFORMEC afin d'intégrer dans ses statuts et son sigle la notion d'évaluation des pratiques professionnelles, la fédération est agréée par la HAS pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

**2^e partie : Prise en charge des patients sous traitements
substitutifs aux opiacés**

La délivrance autorisée, sous contrôle médical, d'opiacés de substitution à des toxicomanes dépendants de l'héroïne est une pratique récente en France. Cette phrase comprend au moins deux notions souvent méconnues : elle sous entend d'abord qu'il y a substitution et non sevrage, et ensuite qu'elle fait appel à des opiacés.

Deux molécules (méthadone et buprénorphine) ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, pour le "traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique"[7].

Les objectifs des traitements de substitution sont définis dans la circulaire du

31 mars 1995 [20] par trois axes :

- un axe thérapeutique pour faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie, qu'elles soient d'ordre psychiatrique ou somatique,
- un axe concernant la prévention et la réduction des risques, le traitement de substitution devant aider à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et favoriser un moindre recours à la voie injectable.
- un axe social, en contribuant à l'insertion des usagers dépendants.

I. Généralités

1. Historique [21][22][23][24]

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue. Cette loi réprime le trafic de drogues et sanctionne aussi l'usage public ou privé. Dans le même temps, elle propose une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.

Jusque-là, on soignait les toxicomanes dans les unités de soins psychiatriques. En 1971, les ministères de la Justice et de la Santé établiront une liste des établissements agréés pour organiser des cures de désintoxication.

Dans les années 1980, les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) permettent de faire des cures de sevrage avec accompagnement par des psychologues et des psychiatres.

En 1989, le rapport Trautmann [26] recommande le développement des programmes d'échange des seringues (devant l'épidémie de VIH), et s'interroge sur l'efficacité de la substitution en matière de réduction des risques.

Le S.I.D.A. modifie l'approche de la lutte contre la toxicomanie ; on glisse d'une politique de sevrage vers une politique de réduction des risques notamment avec la vente des seringues.

En 1993, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue [27] prévoit une amélioration de la prise en charge des toxicomanes et la mise en place d'un programme de substitution, en autorisant la prescription de la méthadone.

En 1995, le rapport Henrion [28] indique que l'application de la loi paraît être fortement liée aux conditions locales, en particulier aux relations entre le parquet, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les institutions spécialisées.

Un ajustement du dispositif interviendra début 1995, qui permettra d'augmenter les capacités de traitement de substitution par la méthadone en définissant de nouvelles conditions de prescription et de suivi.

Cependant, on constate que la plupart des toxicomanes ne vont pas dans les lieux d'accueil spécialisés mais plutôt chez le médecin généraliste [29].

Avec la circulaire du 30 mars 1995, le principe du traitement de substitution est élargi par l'introduction d'une autre molécule : la buprénorphine haut dosage (BHD). Les médecins généralistes sont autorisés à prescrire ce produit aux toxicomanes en traitement de première intention, sans passer par un centre spécialisé. Il est à noter que la buprénorphine disposait d'une AMM depuis 1987, mais à un dosage nettement inférieur, avec des indications à visée antalgique, parfois détournées par les patients, mais aussi par des médecins qui y avaient recours dans le cadre d'une substitution aux opiacés.[31]

A savoir que les sulfates de morphine, réservés au traitement antalgique, sont parfois prescrits hors AMM. Leur prescription à des fins de substitution est interdite depuis juin 1996, sauf « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la buprénorphine aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose ». [32]

À partir de février 1996, les traitements de substitution se sont développés aussi bien en médecine de ville que dans les centres spécialisés (ex- CSST actuellement dénommés centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie CSAPA).

2. Première consultation

Les objectifs individuels sont fonction des attentes du patient. Le soignant aura à faire la part des objectifs pouvant être mis en œuvre à court, moyen et long terme pour inscrire le soin dans la continuité. A court terme ils pourront être médicaux, sociaux, psychologiques prévenant les effets des rechutes ; à long terme le maintien de l'abstinence restera un but non exclusif des traitements [4][30].

2.1. Prise de contact

Le patient peut se présenter au cabinet spontanément, à la demande d'un tiers ou sur injonction judiciaire. Le médecin généraliste devra savoir réguler l'appel et la demande : il devra discerner l'authenticité de la demande et rester crédible en excluant toute prescription de complaisance. Les demandes initiales de soin sont multiples : sevrage en urgence, douleurs liées au manque, complications somatiques, overdose, accidents de la voie publique...

La seule urgence est l'intoxication aiguë.

Il importe de saisir le moment de la première rencontre pour répondre à une éventuelle demande de sevrage mais surtout pour nouer une relation thérapeutique [4][30].

2.2. Première évaluation

2.2.1. Evaluation des conduites addictives

Il s'agit d'un temps indispensable qui conditionne la mise en place ultérieure du cadre psychothérapique après avoir permis de dégager une orientation diagnostique.

En effet, le médecin doit repérer un usage d'opiacés problématique, il peut s'aider des critères du DSM-IV [annexe 3]. Les patients répondant aux critères d'abus ou d'usage nocif (et non de dépendance à une substance) ne relèvent pas de prescription des médicaments substitutifs aux opiacés.

Il existe des échelles pour mesurer la sévérité de la dépendance, dont la référence est l'échelle ASI (Addiction Severity Index), longue à mettre en place et rarement utilisée en pratique. On peut également citer le score TMSP, les lettres T, M, S et P étant les initiales de chacun des 4 axes diagnostiques (Toxicomanie, Médical, Socio-personnel, Psychiatrique). Il

permet d'évaluer la dépendance et de suivre l'efficacité des traitements de substitution, en notant sur 20 la dépendance et en classant les patients en 4 stades. [Annexe 7]

Il convient de rechercher des déterminants à la toxicomanie :

- contexte familial : violences, maltraitance, carences affectives...
- antécédent personnel psychiatrique : troubles du comportement dans l'enfance, syndrome anxio-dépressif, tentative de suicide, suivi et hospitalisation psychiatrique...
- hospitalisation pour conséquences de l'usage de drogues : overdose, complications...
- problèmes sociaux et judiciaires anciens et en cours.

Le médecin doit reprendre l'histoire de la toxicomanie :

- ancienneté et circonstance de la 1ère utilisation
- produits anciens et actuels
- mode d'administration : recherche notamment d'injection intraveineuse (avec les risques que cela entraîne)
- dose maximale administrée.

Il devra rechercher l'existence d'overdose ou d'accidents marquant la sévérité de la dépendance.

L'interrogatoire définira l'existence réelle de dépendance aux opiacés (héroïne et/ou buprénorphine). En l'absence d'une dépendance aux opiacés, la dépendance à d'autres substances (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication de la prescription d'un TSO.

La co-dépendance à d'autres substances est fréquente. Elle doit être systématiquement recherchée. Les principales substances impliquées sont le tabac, le cannabis, l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne, les amphétamines... La prescription d'un TSO n'est pas incompatible avec l'existence d'autres dépendances, si la dépendance aux opiacés est avérée.

La mise en évidence de ces co-dépendances sera déterminante dans le choix de la modalité de sevrage.

2.2.2. Evaluation psychologique

La dépendance ne comporte aucune spécificité nosographique et l'évaluation psychopathologique peut demander plusieurs consultations. Il s'agit d'un temps indispensable puisqu'il va conditionner la mise en place ultérieure du cadre psychothérapique après avoir permis de dégager une orientation diagnostique.

Il existe des troubles primaires psychiques et des troubles secondaires à la prise de toxiques.

Selon le rapport OPEMA [6] , les toxicomanes peuvent présenter des troubles anxieux et dépressifs dans 37% des cas , des troubles psychotiques et délirants dans 6% des cas , des troubles de la personnalité dans 15% et des troubles des conduites alimentaires dans 3 %.

2.2.3. Evaluation sociale initiale

L'évaluation de la situation sociale de la personne dépendante doit préciser les points suivants :

- couverture sociale et ouverture des droits afin de permettre un accès direct aux soins
- situation financière (dettes liées au trafic)
- formation et insertion professionnelle
- logement
- situation par rapport à la justice, la survenue de sanctions pénales pouvant bouleverser le déroulement des soins.

La recherche de réseau affectif et familial est nécessaire afin de soutenir le patient dans sa démarche de soins.

Cette évaluation permettra d'initier ou non des mesures de réinsertion (facteur de bon pronostic à long terme).

2.2.4. Evaluation somatique

Cet examen rassure et souligne la prise en charge individuelle du patient. Il a pour but d'évaluer l'état général du patient et de rechercher d'éventuelles contre-indications aux médicaments substitutifs aux opiacés ainsi que les comorbidités et éventuelles complications.

On appréciera ou recherchera entre autres :

- les constantes (Poids, Tension artérielle, fréquence cardiaque)
- l'état général par un examen clinique classique (ne pas oublier hépato-splénomégalie et adénopathies)
- le degré d'hygiène générale : notamment l'état bucco-dentaire
- l'aspect staturo-pondéral : dénutrition
- l'état cutané : sites d'injections, tatouage, cicatrices (phlébotomies ?)
- des signes de surdosages (myosis) ou de manque (mydriase)
- de signes d'infections.

Au niveau biologique, on recherchera une éventuelle grossesse (modifiant la prise en charge) , les infections VHB , VHC et VIH , une insuffisance hépatique et/ou rénale.

3. Projet de soins et initialisation du TSO

Une fois la demande immédiate de soulagement liée au sevrage gérée, le médecin se doit de mettre en place des conditions préalables pour une prise en charge au long cours permettant une rupture avec la dépendance.

Le projet thérapeutique tient compte des difficultés psychologiques, médicales et sociales du patient. L'adhésion du patient est nécessaire pour le bon déroulement de son projet.

Il devra accepter les contraintes, l'intérêt et les limites du traitement.

Le projet résulte d'un contrat passé entre le thérapeute et le patient définissant les obligations respectives. Ce contrat n'implique pas nécessairement la prescription de médicaments ni de substitution.

3.1. Information du patient

Le sujet doit être motivé et informé de l'ensemble du processus thérapeutique.

En effet, la prise en charge doit être multidisciplinaire, à savoir une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

Le traitement substitutif aux opiacés doit être présenté de manière précise : c'est un traitement long et différent du sevrage. Les TSO réduisent les manifestations aiguës du sevrage et le besoin irrépressible de consommer chez la personne dépendante, sans donner de sensations comparables à celle de la consommation d'héroïne. Or, il faut savoir que c'est tout simplement ces sensations que nombre de toxicomanes recherchent, ce qui risque de les conduire à un mésusage.

Le médecin devra aborder les points suivants entre autres :

- les différents cadres de prise en charge (milieu spécialisé ou médecine ambulatoire en partenariat avec le pharmacien)
- les effets des traitements de substitution et les risques encourus en cas de surdosage, d'interactions avec d'autres médicaments, de mésusage.
- la grossesse et les risques pour le nouveau-né
- la prise en charge psychothérapeutique
- les dispositifs médico-sociaux et les réseaux existants
- la conduite à tenir en cas d'accident ou de rechute.

La non-atteinte des objectifs initiaux ne justifie pas l'abandon de la prise en charge. Elle conduit à réévaluer, voire à modifier ces objectifs.

3.2. Cadres de soin

Le traitement n'est pas nécessairement initié lors de la première consultation. Les cas d'urgence justifient une prescription de durée très limitée jusqu'à une consultation au cours de laquelle est rediscuté le projet de soins.

Un plan individuel détaillé est établi, plan qui peut être, avec l'accord du patient, partagé avec le pharmacien et/ou le réseau ville-hôpital.

Le sevrage peut être réalisé soit de manière ambulatoire soit dans le cadre d'une institution :

- en fonction de la molécule : la primo-prescription de méthadone doit se faire en milieu spécialisé alors que la prescription de buprénorphine haut dosage peut être initiée en médecine de ville (une expérience est en cours actuellement, pour évaluer la primo-prescription de méthadone par les médecins de ville dans le cadre de l'étude Méthaville).

- en fonction du profil du patient : l'absence de protection sociale, de réseau affectif, de ressources personnelles, la présence de polytoxicomanie, de troubles psychiatriques chroniques ou aigues tendent à orienter le patient vers une institution.

3.3. Suivi

Les soins après sevrage et le suivi se définissent sur le long terme.

Après l'adaptation du traitement, le médecin traitant peut renouveler le traitement par méthadone. Que ce soit pour la méthadone ou pour la buprénorphine haut dosage, le suivi peut se faire en médecine de ville.

Le but est de permettre au patient de trouver ou de retrouver une autonomie et une liberté psychique.

Le suivi médical tient compte des pathologies contractées pendant la période de dépendance telles les hépatites B ou C et le VIH. Celles-ci nécessiteront un suivi et des thérapeutiques adéquates.

Les rechutes font partie de l'histoire du soin. Elles sont multiples et de gravité variable. Elles peuvent faciliter l'inscription du sujet dans une prise en charge globale et durable, dans la mesure où elles l'aident à prendre conscience de sa dépendance.

Le médecin devra déceler les situations de mauvaises utilisations des TSO :

- injection intraveineuse
- mauvaise observance
- poursuite de la toxicomanie
- chevauchements fréquents de prescriptions
- posologie hors AMM.

Il devra faire face aux difficultés rencontrées par le patient (comorbidités psychiatriques, somatiques, problèmes sociaux, échec du TSO, complications liés aux mésusages...) en raccourcissant les intervalles entre les consultations avec des délivrances plus courtes, et en réorientant le patient vers un centre de soin spécialisé.

II. Suivi des patients sous méthadone

On estime à 120 000 le nombre de personnes sous médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2007 en France [1]. Selon le rapport OPEMA, la proportion de patients sous méthadone est de 30% [6].

1. Historique

La méthadone est le plus ancien opioïde de synthèse fabriqué en Allemagne par Schauman, pharmacologue, durant la seconde guerre mondiale. Disponible sur le marché américain dès 1947, elle est prescrite en traitement de substitution des pharmacodépendances aux opiacés depuis les années 1960. Le développement est important en Europe. En France, deux centres en prescrivaient à titre expérimental depuis les années 1970 ; l'AMM ouvre les possibilités de prescription et de délivrance en mars 1995. [39]

2. Données pharmaco-cliniques

2.1. Caractéristiques pharmacologiques [7] [35]

2.1.1. Propriétés pharmacocinétiques

Du fait de son caractère liposoluble, la méthadone administrée par voie orale est bien absorbée par le tube digestif (biodisponibilité de 80%).

2.1.2. Conditionnement

Les propriétés pharmacologiques de la méthadone en font un médicament de substitution efficace, puisqu'elles permettent une administration orale, une prise quotidienne unique et le maintien de niveaux plasmatiques stables après une administration répétée, sans syndrome de sevrage aux opiacés.

La méthadone se présente sous forme de sirop en flacons unidoses et depuis avril 2008, il existe une galénique sous forme de gélules [36] [37].

Les gélules de méthadone sont réservées aux patients préalablement traités par le sirop de méthadone. La forme sirop reste la forme utilisée lors de l'instauration du traitement. Seuls les patients stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives, pourront bénéficier d'un passage à la gélule. Dans tous les cas, le passage à la gélule ne pourra se faire qu'à l'issue d'une période d'au moins un an de traitement par le sirop de méthadone.[37]

2.2. Caractéristiques cliniques

2.2.1. Indications

Selon le résumé caractéristique du produit, la méthadone est indiquée dans le traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

On préférera la prescription de méthadone à la buprénorphine dans certaines situations :

- Patients toxicomanes marginalisés.
- Suivi institutionnel nécessaire (par exemple : troubles psychiatriques importants).
- Conduite injectable avec comorbidité infectieuse.
- Situation d'échec vis-à-vis d'autres alternatives thérapeutiques
- Mésusages de buprénorphine haut dosage.

2.2.2. Contre-indications et mise en garde

Ce médicament est contre-indiqué certaines situations [7] comme l'insuffisance respiratoire grave, le traitement concomitant par un agoniste-antagoniste morphinique ou par sultopride (neuroleptique) car le risque de troubles du rythme ventriculaire est majoré, notamment de torsades de pointe.

La prise concomitante de méthadone avec de la naltrexone, des boissons alcoolisées ou d'autres médicaments contenant de l'alcool est déconseillée.

La méthadone est également à utiliser avec précaution chez les patients âgés, les femmes enceintes ou malades présentant une pathologie telle que : asthme, insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique grave, insuffisance surrénalienne, hypothyroïdie, hypertrophie prostatique, épilepsie, diabète.

L'attention des sportifs sera attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

2.2.3. Effets de la méthadone

Les effets secondaires de la méthadone sont ceux des opiacés.

Les effets indésirables les plus sévères sont : dépression respiratoire, hypotension sévère, arrêt respiratoire, choc, arrêt cardiaque, arythmie.

Des cas d'allongement de l'intervalle QT et des torsades de pointe ont été rapportées au cours de traitements par la méthadone, principalement pour des posologies élevées (> 120 mg/j). La méthadone doit être administrée avec prudence, sous surveillance clinique, électrolytique et ECG, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT. [7] [40]

2.2.4. Surdosage

La méthadone expose aux mêmes risques de surdosage et de mort par dépression des centres respiratoires en cas de prise massive que la morphine et l'héroïne[41].

Les intoxications à la méthadone peuvent apparaître entre 30 et 120 minutes après la prise orale. La dose létale de méthadone chez des sujets non dépendants est de 0,8 à 1,5 mg/kg. Le risque de surdose est augmenté s'il y a une prise associée d'héroïne.

3. Pratiques d'utilisation professionnelle

En France, les centres de soins ont développé des programmes méthadone dès 1993, et l'autorisation de mise sur le marché en 1995, permet aux médecins généralistes de prendre le relais des prescriptions de centres spécialisés, lorsque l'état clinique du patient est stabilisé, et que le suivi peut être assuré en ville.

3.1. Relais en médecine de ville

La prescription initiale en centre spécialisé ou établissement de santé doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée non renouvelable, de 7 ou 14 jours.

Le médecin du centre spécialisé, en collaboration avec l'équipe, déterminera l'opportunité d'une orientation vers la médecine de ville.

La prescription par le médecin de ville ne pourra se faire que si celui-ci a été contacté préalablement par le médecin du centre et si son nom figure sur l'ordonnance initiale. Ce fonctionnement permettra d'éviter le renouvellement par plusieurs médecins de ville d'une même prescription initiale.

Chaque médecin fixera sa propre capacité de suivi de patient bénéficiant d'une prescription de méthadone. Il pourra donc refuser une orientation suggérée par le médecin du centre s'il estime qu'il ne peut assurer correctement son suivi. [22]

Par la suite, le médecin traitant, toujours en accord avec le patient, doit prendre contact avec un pharmacien dont le nom et l'adresse figureront sur l'ordonnance. Lors de la première prescription en ville, le patient doit donc présenter deux ordonnances sécurisées : la prescription de sortie et la prescription du médecin relais. [3][20][42]

3.2. Posologie et condition d'arrêt

Le traitement substitutif par méthadone comprend 3 phases :

- Une phase d'induction réalisée en centre spécialisé, qui déterminera la posologie optimale efficace (elle peut varier entre 40 et 80 mg /j)
- Une phase de stabilisation : elle est obtenue par augmentation de 10 mg par semaine et se situe habituellement entre 60 et 100 mg/jour [7][35][39]. Selon le rapport OPEMA [6], la posologie moyenne prescrite est de 54.7 mg/j. Il est conseillé au médecin de ne pas prescrire une dose quotidienne de méthadone supérieure à 100 mg.[20][35]
- Une phase de décroissance progressive par palier de 5 à 10 mg jusqu'à l'arrêt du TSO. La réduction de posologie ne doit intervenir que si le patient s'est amélioré de façon durable, sur le plan médical et psychosocial.

L'arrêt du traitement médicamenteux ne signifie pas l'arrêt du suivi. [7][35][39] .

L'administration de méthadone se fait per os de manière quotidienne en une seule prise.

3.3. Surveillance clinico-biologique spécifique à la méthadone

Une relation de confiance s'installe entre le médecin et son patient pour que ce dernier lui révèle ses consommations parallèles au produit de substitution. La poursuite des injections ou la prise concomitante d'autres produits peut révéler un sous-dosage du produit de substitution ou être la conséquence d'un problème dans la vie du toxicomane. Il faut donc envisager dans ces cas une adaptation de la posologie ou avoir recours à un soutien psychologique.

3.3.1. Contrôles urinaires

Les dosages urinaires au cours d'un traitement à la méthadone sont obligatoires. La pratique des analyses d'urine permet de déceler à la fois les rechutes éventuelles mais également de doser la présence d'autres substances.

Pendant les trois premiers mois de prescription, les analyses urinaires de contrôle sont pratiquées une à deux fois par semaine. Ensuite, elles sont pratiquées deux fois par mois. La détermination de la fréquence de prescription des analyses urinaires est sous la responsabilité du médecin prescripteur. [4][43]

3.3.2. Surveillance cardio-vasculaire

La méthadone doit être administrée avec prudence, sous surveillance clinique et électrocardiographique, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT. [7][40][44]

3.4. Règles de prescription

La méthadone est un médicament de la classe des stupéfiants (décret n°99-249 du 31-03-99).

La prescription se fait en toutes lettres sur des ordonnances sécurisées et non renouvelable.

La durée maximale de prescription est limitée à 14 jours. La délivrance se fait de manière fractionnée par périodes de 7 jours. Le médecin a le choix d'exclure ce fractionnement pour des raisons particulières tenant au patient, en précisant sur son ordonnance « délivrance en une seule fois ». Le chevauchement d'ordonnances est possible dans la mesure où il est mentionné sur l'ordonnance. [7][35][43]

III. Patients sous buprénorphine haut dosage (BHD)

Près de quinze ans après leur mise sur le marché, la Buprénorphine Haut Dosage et la méthadone sont prescrites en France à un peu plus de 120 000 personnes.

Le nombre total de bénéficiaires ayant des remboursements de BHD est passé de 79 662 en 2004 à 99 043 au cours du 2^o semestre 2008, soit une évolution de +24,3% en 4 ans en France. [33]

L'impact des traitements de substitution aux opiacés est positif mais l'apparition de certains mésusages, en particulier pour la BHD, rend nécessaire un suivi de leur prescription.

1. Historique

Découverte dans le début des années 1970, la buprénorphine est une molécule de synthèse dérivée de la thébaïne, un des alcaloïdes de l'opium..

La buprénorphine n'est accessible jusqu'en 1990 que sous forme injectable, puis sous une forme sublinguale hydrosoluble peu dosée (0,2 mg) à visée antalgique. Au début des années 1990, la décision administrative et politique va être prise de lancer une présentation à haut dosage (le Subutex®), utilisable facilement en médecine de ville à visée substitutive des opiacés. [45]

La mise effective sur le marché du Subutex® aura lieu en février 1996. [20]

2. Données pharmaco-cliniques

2.1. Caractéristiques pharmacologiques

2.1.1. Propriétés pharmacocinétiques

La biodisponibilité représente 60 à 70 % de la voie parentérale tandis que celle de la voie orale représente moins de 15 %.

2.1.2. Conditionnement

La BHD se présente sous forme de comprimé sublingual. [7] . Parmi les patients sous BHD, la part de ceux recevant des génériques (apparus en 2006 et 2007) progresse de façon importante qu'il s'agisse d'une prescription mixte princeps-générique (de 28 à 48,8 %) ou exclusivement de générique (de 0,3 à 3,9 %).[47]

2.1.4. Intérêt de l'association BHD et Naloxone (Subuxone®)

La buprénorphine est présentée sous forme de comprimés sublinguaux qui sont parfois détournés pour réaliser des auto-injections intraveineuses. Chez ces patients, la méthadone est l'alternative à proposer. Pour lutter contre cette pratique, une association buprénorphine + naloxone par voie sublinguale est annoncée en France. La naloxone est un antagoniste morphinique très peu absorbé par voie sublinguale. Par voie intraveineuse, on peut s'attendre à ce qu'elle antagonise les effets de la buprénorphine. [48][49]

L'efficacité de l'association buprénorphine/naloxone par voie sublinguale sur la consommation d'opiacés de patients dépendants a été démontrée versus placebo.

Les effets indésirables de type morphinique observés avec la buprénorphine ont été retrouvés avec Suboxone® administré par voie sublinguale.

Suboxone® ne doit pas être utilisé pendant la grossesse, ce qui exclut l'utilisation de ce médicament chez les femmes en âge de procréer, notamment dans les situations de précarité.

Chez les patients nécessitant des posologies inférieures à 2 mg par jour de buprénorphine, seuls Subutex® et ses génériques, dosés à 0,4 mg, peuvent être utilisés.

Suboxone®, médicament supposé dissuader le mésusage intraveineux de la buprénorphine, reste un médicament de substitution potentiellement injectable.

Etant donné la très grande affinité de la buprénorphine pour les récepteurs μ et la courte durée d'action de la naloxone, on peut s'interroger sur la stabilité et la durée de l'effet antagoniste chez les patients dépendants de la buprénorphine. [48]

Par ailleurs, le repérage en pratique des patients pouvant bénéficier particulièrement de ce traitement est difficile.

L'existence d'un impact sur la société et le système de santé est possible mais il dépendra notamment de la façon dont sera gérée la coexistence de Suboxone® et de Subutex® et ses génériques.

Compte tenu de la spécificité française des traitements de substitutions aux opiacés et des données du dossier, l'impact de la mise sur le marché de Suboxone® en termes de mésusage et de trafic de la buprénorphine reste à déterminer.

En conclusion, l'association BHD et Naloxone n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport à Subutex® et à ses génériques. [50]

2.1. Caractéristiques cliniques

2.1.1. Indications

La BHD est indiquée dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. [7] La prise est quotidienne, unique, sublinguale .

2.1.2. Contre-indications

Ce médicament est contre-indiqué certaines situations telles que l'insuffisance respiratoire sévère, l'insuffisance hépatique sévère, l'association à la méthadone, ou à des analgésiques morphiniques de palier III.

Ce produit peut entraîner une certaine somnolence, susceptible d'être potentialisée par d'autres agents d'action centrale tels que : alcool, tranquillisants, sédatifs, hypnotiques.

2.1.3. Effets de la BHD

Ce produit est à utiliser avec précaution chez les malades :

- asthmatiques ou insuffisants respiratoires,
- insuffisants rénaux (l'élimination de la buprénorphine se fait à 20 % par voie rénale et peut être prolongée dans cette pathologie),
- insuffisants hépatiques.

La survenue des effets indésirables dépend du seuil de tolérance, plus élevé chez les toxicomanes que dans la population générale.

Les manifestations les plus fréquemment observées avec la buprénorphine sont : constipation, céphalées, insomnie, asthénie, somnolence, nausées, vomissements, lipothymies, hypotension orthostatique, sueurs.

Des cas de décès par dépression respiratoire ont été observés, notamment en cas d'association avec des benzodiazépines et en cas d'utilisation détournée de la buprénorphine.

Des cas d'hépatite aiguë grave ont été rapportés lors de mésusage, notamment par voie intraveineuse. Ces atteintes hépatiques ont surtout été observées à fortes doses. Une altération mitochondriale préexistante ou acquise (maladie génétique, infection virale en particulier hépatite C chronique, éthylisme, anorexie, certains médicaments associés toxiques pour la mitochondrie) peut favoriser la survenue de telles atteintes hépatiques. Ces co-facteurs doivent être recherchés avant toute prescription de ce médicament et lors de la surveillance du traitement.

Ce produit peut provoquer un syndrome de sevrage aux opiacés s'il est administré à un toxicomane moins de 4 heures après la dernière prise de stupéfiant.

En cas d'usage détourné par voie IV, il a été rapporté des réactions locales parfois septiques.

2.2.4. Surdosage

En cas de surdosage accidentel, l'état cardio-respiratoire du patient doit être étroitement surveillé. Le tableau clinique de l'intoxication à la buprénorphine est commun aux opiacés avec mydriase, sudation excessive et hallucinations.

3. Pratiques d'utilisations professionnelles

La buprénorphine haut dosage est perçue dans les milieux d'usagers et parmi les soignants comme le traitement de première intention, plus simple, plus souple. Les différences de règles de prescription et les disparités d'accès entre la méthadone et la BHD influent sur ces représentations. D'un point de vue pratique, les différences de mode de délivrance rendent la BHD d'accès beaucoup plus facile et rapide.[45]

3.1. Posologie

Lors de l'instauration d'un traitement par la buprénorphine, le médecin doit prendre en compte le profil agoniste partiel de la molécule aux récepteurs mu des opiacés, susceptible d'induire un syndrome de sevrage chez les patients dépendants aux opiacés.

La dose initiale est de 0,8 à 4 mg/jour en une prise.

Chez les toxicomanes aux opiacés non sevrés, lors de l'induction du traitement, la prise de buprénorphine doit intervenir au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant ou lors de l'apparition des premiers signes de manque.

Chez les patients recevant de la méthadone : il faut réduire au préalable la dose de méthadone à un maximum de 30 mg/jour ; néanmoins, un syndrome de sevrage précipité par la buprénorphine peut survenir.

La posologie d'entretien est variable selon les individus et doit être ajustée en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace. La posologie moyenne d'entretien est de 8 mg/j, mais chez certains patients une augmentation jusqu'à 16 mg/j sera nécessaire. La posologie maximale est de 16 mg/jour.

Les modifications de posologie sont ensuite déterminées après réévaluation de l'état clinique et des mesures d'accompagnement associées. Une délivrance quotidienne de la buprénorphine est recommandée, notamment pendant la période d'instauration du traitement. Par la suite et après stabilisation de son état, des quantités de médicament pour plusieurs jours de traitement pourront être remises au patient. Il est recommandé, cependant, de limiter la quantité de médicament délivré en une fois à 7 jours au maximum.

Selon le rapport OPEMA, la posologie moyenne en France en 2008 est de 8.3mg /j. [6]

Après une période de stabilisation jugée satisfaisante, le médecin pourra proposer au patient de réduire progressivement sa dose de buprénorphine, jusqu'à un arrêt total du traitement de substitution dans les cas favorables. Durant la période d'arrêt du traitement, une attention particulière sera portée aux risques de rechute. [4][7]

3.2. Surveillance

Il est nécessaire de pratiquer un bilan biologique et étiologique en cas de suspicion d'atteinte hépatique. Selon les cas, le médecin pourra, soit interrompre le traitement dans des conditions adéquates, visant à prévenir un syndrome de sevrage et la reprise de la toxicomanie, soit instituer une surveillance étroite de la fonction hépatique.

Un équilibre non satisfaisant avec 16 mg reflète souvent une mauvaise utilisation ou une comorbidité psychiatrique, et peut justifier un passage à un traitement par la méthadone, plutôt qu'une augmentation de posologie hors AMM. [4][7]

3.3. Règles de prescription

Tout médecin peut prescrire de la BHD.

La buprénorphine est inscrite sur la liste I des substances vénéneuses mais suit les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. Sa prescription est limitée à 28 jours avec une délivrance fractionnée de 7 jours mais peut aller jusqu'à 28 jours à titre dérogatoire et sur ordonnance sécurisée (répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999).

Le renouvellement est interdit et le chevauchement autorisé si mention expresse. [4][7]

Le pharmacien choisi par le patient doit être contacté par le prescripteur, par téléphone, devant le patient, avant toute prescription et doit s'engager sur les conditions de délivrance. Ses coordonnées seront inscrites sur l'ordonnance sécurisée. La rédaction de l'ordonnance est l'occasion de vérifier que le patient a bien compris les explications données.

Si une coprescription de benzodiazépines est nécessaire, il faut la limiter à 2 jours (proscrire la coprescription de flunitrazépam (Rohypnol®) ou de clorazépate dipotassique (Tranxène®) souvent utilisés lors de mésusage.) [4][7]

IV. Cas particuliers

1. Grossesse et allaitement

1.1. Généralités

Les grossesses des patientes toxicomanes, considérées à risque, posent un problème de santé publique en raison d'un mode de vie marqué par l'exclusion, la marginalité et précarisé par ce nouveau statut de femme enceinte. [52]

Le suivi médical régulier imposé par le renouvellement de la prescription permet de proposer plus facilement des consultations prénatales et de travailler sur la relation mère-enfant. L'enjeu est important quand on considère les conséquences d'une absence de suivi en période prénatale chez les femmes héroïnomanes.[54]

1.2. Effets des opiacés sur la femme enceinte et le nouveau-né

Si peu de problèmes d'accouchement sont directement associés à la consommation d'héroïne, on peut observer cependant des accouchements prématurés, en rapport avec le mode de vie, le manque de suivi et le rôle direct du produit ou plutôt de son manque.

Les complications du post-partum ne sont pas plus fréquentes chez les héroïnomanes que dans la population générale. [53][54]

Le risque moyen de malformation est identique à celui de la population générale. En effet, l'héroïne, comme tous les opiacés, n'est pas tératogène et n'entraîne pas de malformations.

Le syndrome de manque du nouveau-né (SSNN) est plutôt bien maîtrisé et ne semble pas compromettre le développement de l'enfant.

Les posologies doivent être minimales, mais il faut éviter le sous dosage, tant pour les répercussions materno-foetales que pour le risque d'utilisation d'autres substances.

1.3. Conclusion et recommandations

Une demande de sevrage est très souvent exprimée par les femmes enceintes dépendantes à des substances psycho actives.

La dépendance aux opiacés est à l'origine de grossesses à risque. Les conséquences périnatales sont particulièrement graves : prématurité, souffrance fœtale, mort in utero, syndrome de sevrage néonatal, mort subite du nourrisson, troubles de la relation mère-enfant.

La prescription d'un TSO apparaît comme une excellente indication chez une femme dépendante des opiacés, au mieux avant une grossesse désirée ou au 1^{er} voire au 2^e trimestre. L'initialisation d'un TSO en fin de grossesse est en revanche discutée.

Les effets périnataux de la méthadone et de la BHD sont identiques. Il n'y a donc aucune raison objective de modifier un TSO lors de la découverte d'une grossesse.

Le TSO doit s'intégrer dans une prise en charge périnatale multidisciplinaire en réseau ville-hôpital. Une prise en charge globale diminue significativement la fréquence des complications périnatales, particulièrement de la prématurité, et favorise l'établissement d'un lien parents-enfant plus solide.

En revanche, le TSO ne prévient pas le risque de syndrome de manque néonatal. Il n'y a pas de corrélation entre posologie du traitement en fin de grossesse et intensité du syndrome de manque néonatal. Ces femmes doivent être bien équilibrées en fin de grossesse et dans la période du post-partum, quitte à augmenter la posologie. Une posologie insuffisante du traitement de substitution favorise la consommation d'autres produits psychotropes, et tout particulièrement d'alcool et de tabac.

Le faible passage des TSO dans le lait maternel ne contre-indique pas l'allaitement ; sa seule contre-indication est l'infection par le VIH. [52]

On peut en conclure :

- que la BHD est une alternative valable à la méthadone pour un traitement de substitution chez une femme enceinte, alors que ce médicament n'a pas actuellement l'AMM pour cette indication ;
- qu'il n'y a aucune raison valable, pour des motifs de pronostic périnatal, de modifier, lors du diagnostic de grossesse, un traitement de substitution antérieurement mis en place.[54]

2. Méusage

2.1. Généralités

Il existe différentes formes de mauvaise utilisation des médicaments de substitution aux opiacés. Elles concernent surtout la BHD, dont la présentation galénique facilite l'utilisation par voie injectée ou pernasale. Le terme de méusage s'applique aussi à la majoration des doses, à l'association avec d'autres substances illicites, avec l'alcool ou avec des benzodiazépines, ainsi qu'au trafic de médicaments.

Quant à la méthadone, la forme sirop n'étant pas compatible avec un usage injecté ou inhalé, il existe surtout un risque de décès par surdose. La forme gélule, récemment mise sur le marché en France, est soumise à des contraintes de prescription destinées à éviter son détournement par des patients ayant des pratiques d'injection.

L'utilisation est dite mauvaise lorsqu'elle n'est pas conforme aux règles de bon usage définies par l'AMM et figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP). La mauvaise utilisation est particulièrement visible pour la buprénorphine, mais existe aussi pour la méthadone.

Les problèmes rapportés sont notamment :

- l'utilisation de la buprénorphine par injection IV ;
- les complications générales et locorégionales dues à l'injection par voie IV ou pernasale ;
- le risque de décès associé à la méthadone et/ou aux polyconsommations ;
- les coprescriptions en général et en particulier de benzodiazépines, qui sont coprescrites avec la buprénorphine

- l'émergence d'une dépendance primaire aux TSO (buprénorphine, voire méthadone).
- l'apparition d'un marché parallèle de TSO : dû à un faible pourcentage de patients et à un faible pourcentage de professionnels de santé. Il explique en partie les primo-dépendances et les automédications par MSO.

Les facteurs de mauvaise utilisation des TSO sont variés :

- facteurs liés aux médecins prescripteurs, concernant le choix du cadre de soins et du TSO, et le respect des modalités de prescription
- facteurs liés aux pharmaciens, concernant les modalités de dispensation des TSO
- facteurs liés aux personnes dépendantes aux opiacés (motivation pour débiter et suivre le traitement, mauvaise observance du traitement, co-consommations, existence de comorbidités psychiatriques et/ou somatiques, facteurs sociaux, etc.)
- facteurs liés à l'offre et l'organisation des soins (présence ou non d'un CSAPA à proximité, isolement ou non du médecin prescripteur, etc.) ;
- facteurs liés à la qualité de l'alliance thérapeutique (personnalisation du projet thérapeutique et des objectifs de soins partagés) ;
- facteurs liés aux médecins-conseils des caisses d'assurance maladie (nombre de contrôles, retour d'information vers les médecins prescripteurs, etc.) ;
- facteurs liés à la formation, initiale et continue, adaptée aux différents intervenants du champ des addictions. [3]

Le mésusage ne concerne qu'une minorité de patients. Selon le rapport OPEMA 2008, 10 % des sujets usagers de drogues sous TSO obtiennent les médicaments de manière illégale et 10 % consomment des doses hors AMM (méthadone et BHD).

2.2. Recommandations

En l'absence d'une dépendance aux opiacés, la dépendance à d'autres substances (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication de la prescription d'un MSO.

La prescription d'un MSO n'est pas incompatible avec l'existence d'autres dépendances, si la dépendance aux opiacés est avérée.

Pour la buprénorphine, le souci en début de traitement doit être le sous-dosage (besoin/envie, anxiété, insomnie), qui risque d'amener à une mauvaise utilisation précoce. Le risque est également le sevrage précipité si la première prise est trop proche d'une prise d'agoniste opiacé.

Pour la méthadone, le souci en début de traitement est le surdosage et le risque de décès par overdose.

Le mode d'administration (sublingual pour la buprénorphine, oral pour la méthadone) doit être expliqué et régulièrement rappelé à la personne.

Pour la buprénorphine, la majorité des personnes sont stabilisées entre 8 et 16 mg/j. Cependant, quelques-unes nécessitent des posologies supérieures à 16 mg/j (jusqu'à 32 mg/j), c'est-à-dire au-delà de la posologie autorisée par l'AMM. Dans ce cas, il est recommandé que le prescripteur demande si besoin un avis spécialisé.

Le médecin prescripteur peut être amené à proposer une prise en charge conjointe avec un spécialiste, une équipe ou un service spécialisé en addictologie ou en psychiatrie, voire à passer le relais, transitoirement ou définitivement, par exemple en cas de :

- comorbidités psychiatriques
- polyconsommation

- situation sociale précaire
- suspicion d'un mésusage d'emblée, révélé par l'entretien ou l'examen clinique du patient (injection IV du médicament de substitution, nomadisme médical, etc.).

La réalisation de dosages urinaires avec l'accord du patient est un outil d'évaluation du suivi.

À titre exceptionnel, dans le cas où la prescription d'urgence est cliniquement argumentée (syndrome de sevrage, etc.), elle peut être faite en dépannage (la prescription d'urgence n'est pas une primo-prescription). Mais, elle est limitée à quelques jours (2-3 jours), avec dispensation quotidienne et prise sur place. Un contact avec le prescripteur habituel ou le pharmacien dispensateur habituel est recommandé. Une demande de prescriptions de « dépannage » répétée doit amener le prescripteur à réévaluer la prise en charge du patient (efficacité du traitement, motivation du patient, etc.). Si nécessaire, le patient est orienté, de façon transitoire ou définitive, vers une structure de prise en charge spécialisée.

Un traitement de substitution, dans le cadre d'une prise en charge adaptée, ne doit pas être débuté au service d'accueil des urgences.

Chez un patient injecteur ou inhaleur de buprénorphine :

- une dispensation quotidienne et contrôlée de buprénorphine est recommandée dans un premier temps ;
- en cas d'impossibilité ou d'échec, la prescription de méthadone est une possibilité à prendre en compte, car le risque d'injection est plus faible ;
- une prise en charge en centre spécialisé peut être utile si la personne est prise en charge en ville ;

- une réévaluation complète de l'indication du TSO et des problèmes de la personne est à faire dans tous les cas.

L'information des patients, comme la réévaluation régulière des attentes, des besoins et difficultés rencontrées, est un élément clé pour la qualité de la prise en charge. L'information est une obligation légale. Il est recommandé que la transmission d'information soit faite tout au long du suivi, et soit répétée et actualisée.

Il est recommandé de sensibiliser l'ensemble des médecins, pharmaciens, différents professionnels de la santé et travailleurs sociaux aux problèmes posés par la toxicomanie, dans le cadre de leurs formations. [3]

**3^e PARTIE : Réalisation de l'audit « prise en charge des
patients sous TSO en médecine générale »**

L'objectif de cet audit est dans un premier temps, de proposer aux médecins généralistes d'évaluer leur pratique vis-à-vis de la prescription des traitements substitutifs aux opiacés et leur adéquation aux recommandations actuelles. Puis dans un second temps, après analyse des résultats, de définir avec eux des pistes d'amélioration de leur pratique sur ce thème.

I. Matériels et méthodes

Une méthodologie rigoureuse est indispensable à toutes les étapes de la réalisation d'un audit de pratique.

Le guide méthodologique du GLAM [annexe 1] a été écrit dans cet objectif de rigueur et d'exhaustivité.

Il décrit les différentes étapes de la mise en œuvre d'un audit.

Toutes ces étapes sont réalisées par le groupe de médecins qui fabrique et met en œuvre l'audit, il s'agit du groupe de pilotage, promoteur de l'audit.

1. Choix du thème

Le choix du thème a été effectué par le groupe de pilotage.

L'existence de recommandations de la HAS sur le traitement substitutifs aux opiacés [4][3][30] a été à l'origine du choix de ce thème. Ce sujet possède les qualités nécessaires à un audit. Il s'agit d'un problème de santé publique en France. Cette prise en charge fait partie de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Ces recommandations sont diffusées, mais pas forcément intégrées à la pratique. Un audit permet de diffuser des recommandations et de favoriser leur intégration à la pratique. Il permet également de cibler les critères à améliorer dans la prise en charge du patient.

2. Choix de la cible de l'audit

Nous avons choisi d'adresser cet audit aux médecins généralistes.

L'audit médical est envoyé à tous les généralistes de la Lorraine qui sont au nombre de 2290 :

- 771 médecins pour la Meurthe et Moselle
- 173 médecins pour la Meuse
- 990 médecins pour la Moselle
- 356 médecins pour les Vosges

3. Critères évalués : la grille d'audit

Les débats du groupe de pilotage ont permis d'établir les questions auxquelles cet audit vise à apporter une réponse :

- L'indication du TSO est-elle bien posée ?
- Le patient peut-il être suivi en médecine ambulatoire ou doit-il être adressé à un centre spécialisé ? (recherche de mésusages des MSO)
- Les mentions médico-légales sont-elles présentes dans le dossier ?

Les médecins participant à l'audit devaient répondre aux questions suivantes sur le suivi de patients sous buprénorphine haut dosage ou méthadone : existe-t-il dans le dossier la mention :

- de consommation d'opiacés avant et de recherche de consommation d'opiacés pendant le traitement,

- de recherche d'injections avant le traitement,
- de recherche de co-addictions,
- d'un résultat de sérologie VHC,
- du nom de la pharmacie qui délivre le produit,
- de la posologie, de la durée et du rythme de délivrance de la dernière prescription ?

A chaque critère correspond une réponse simple (oui/non).

Une colonne intitulée « commentaire » était laissée à la disposition du médecin pour chaque patient.

3.1. Consommation d'opiacés avant le traitement

La buprénorphine haut dosage et la méthadone sont indiquées dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. [7]

En l'absence d'une dépendance aux opiacés, la dépendance à d'autres substances (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication de la prescription d'un MSO.

3.2. Recherches de co-addictions

Les co-addictions recherchées concernent le tabac, alcool, cannabis, cocaïne et autres drogues ainsi que les benzodiazépines, autres psychotropes et jeux pathologiques.

La polyconsommation complique la prise en charge : difficultés de mener des sevrages multiples, simultanés ou séquentiels, apparition de consommations de substitution (alcool après sevrage des opiacés), usage détourné des prescriptions de benzodiazépines utilisées pour les sevrages, problèmes sociaux multiples concomitants, etc.

Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances: (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments), ou au jeu. Elles atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage et l'ensemble de la société. Elles sont aussi souvent à l'origine de handicaps, d'isolement, de violence et de précarité.

Le médecin prescripteur peut être amené à proposer une prise en charge conjointe avec un service spécialisé en addictologie ou en psychiatrie s'il existe une polyaddiction. [63]

3.3. Recherche d'injections avant le traitement

La recherche d'injections peut se faire lors de l'interrogatoire ou lors de l'examen clinique du patient.

Il est préférable de prescrire de la méthadone plutôt que de la buprénorphine en cas de conduite injectable. Il faut rappeler les précautions d'emploi du fait des risques de défaillance respiratoire en cas d'injection intraveineuse de BHD.

Une prise en charge en service spécialisé peut être proposée chez un patient « injecteur » du fait du risque de mésusage. La pratique des injections doit également renforcer les contrôles sérologiques

3.4. Recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement

La recherche de persistance de consommation permet de réévaluer la prise en charge du patient sous TSO.

Devant une consommation d'opiacés toujours présente pendant les traitements de substitution, le médecin prescripteur peut adresser son patient en service spécialisé.

3.5. Résultats de sérologie VHC

Le dépistage de l'hépatite C est justifié par :

- la prévalence élevée de l'infection et sa morbidité potentielle ;
- l'innocuité et l'acceptabilité du dépistage, qui repose sur la réalisation d'un sérodiagnostic ne nécessitant qu'une prise de sang ;
- la qualité du test de dépistage, en termes de sensibilité et spécificité ;
- la chronicité de la maladie, qui nécessite au minimum une surveillance médicale régulière pour prévenir les complications ;
- la possibilité de prévenir l'évolution vers une forme grave de la maladie.[63]

La séroprévalence globale du VHC chez les usagers de drogues est de 60 % et de 28 % chez les moins de 30 ans. La séroprévalence du VIH pour la même population est de 10 %. [65]

Le dépistage ciblé de l'hépatite C est recommandé pour les sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse, quelle que soit la date d'utilisation. De plus, les toxicomanes qui restent actifs doivent être dépistés régulièrement. [64]

La recherche d'infection virale notamment celle du VHC doit être faite avant toute prescription de ce médicament et lors de la surveillance du traitement. [4][7]

3.6. Nom de la pharmacie

Chaque prescription initiale devra mentionner, en accord avec le patient, le nom du médecin traitant qui assurera le renouvellement et le nom du pharmacien ou de l'officine qui assurera la délivrance, en application du protocole L. 324-1 du Code de la Sécurité Sociale entre le patient, le médecin traitant et le médecin-conseil de l'Assurance-maladie.

Pour prétendre à la prise en charge par l'assurance maladie de la méthadone et de la BHD, le patient devra désormais indiquer obligatoirement à son médecin le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance. Le médecin devra, quant à lui, mentionner ce nom sur la prescription qui devra être exécutée par le pharmacien ainsi désigné. [66]

3.7. Posologie de la dernière prescription

Il est conseillé au médecin de ne pas prescrire une dose quotidienne de méthadone supérieure à 100 mg. [35]

La posologie maximale est de 16 mg/jour pour la BHD. [7]

En cas de posologie supérieure au seuil recommandé, il faut se poser la question du mésusage et réévaluer la prise en charge (changement de galénique pour la méthadone, changement de molécule, poursuite du suivi en ambulatoire ?).

La posologie inscrite dans le dossier médical permet un meilleur suivi notamment quand le renouvellement se fait par un médecin remplaçant.

3.8. Durée et rythme de délivrance de la dernière prescription.

La méthadone est un médicament de la classe des stupéfiants (décret n°99-249 du 31-03-99).

La prescription se fait en toutes lettres sur des ordonnances sécurisées.

La durée maximale de prescription est limitée à 14 jours. La délivrance se fait de manière fractionnée par périodes de 7 jours. [3][7][35]

La buprénorphine est inscrite sur la liste I des substances vénéneuses mais suit les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. Sa prescription est limitée à 28 jours avec une

délivrance fractionnée de 7 jours mais peut aller jusqu'à 28 jours à titre dérogatoire et sur ordonnance sécurisée (répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999). [7]

Les dispositions de l'article L.162-4-2 du code de la sécurité sociale renforcent l'encadrement de la prescription et de la délivrance de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'usage détourné ou d'usage abusif. La prise en charge des patients sous méthadone et BHD sera subordonnée à deux conditions :

- d'une part, l'inscription du nom du pharmacien désigné par le patient sur l'ordonnance ;
- d'autre part, en cas d'usage abusif ou de mésusage, l'établissement d'un protocole de soins entre le médecin traitant, le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie et le patient.

Pour ces mêmes médicaments, la CNAMTS a établi des critères à partir desquels les services du contrôle médical de l'assurance maladie suspectent un usage abusif ou un mésusage. La prise en charge sera alors subordonnée à l'établissement d'un protocole de soins entre le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement, et le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie (article L.324-1 du code de la sécurité sociale).[66]

Outre le côté médico-légal, devant un rythme de délivrance plus fréquent ou un nombre de chevauchement augmenté , il faut se poser la question du mésusage, d'un usage détourné ou abusif et de ce fait changer de prise en charge.

Il existe une possibilité de contrôle de délivrance des médicaments, en utilisant le logiciel Web médecin, mis à disposition des praticiens par la Sécurité Sociale, sous réserve d'accord du patient : l'introduction de la carte Vitale dans le lecteur du praticien, et une connexion

Internet permettent de connaître en quelques minutes les quantités de médicaments délivrés au patient lors des derniers mois

4. Choix des critères d'inclusion et mode de recueil

Le choix des critères d'inclusion a été réalisé en débattant au sein du groupe de pilotage.

Il a été choisi d'inclure les patients vus en consultation, traités depuis plus de six mois par TSO (méthadone ou buprénorphine haut dosage), ayant consulté au moins cinq fois pour ce motif. Cela permet d'inclure uniquement les patients suivis au long cours. Sont exclus du recueil les patients venant pour des demandes de prescription « de dépannage » ou patients faisant du nomadisme médical ainsi que les introductions de traitements.

Le recueil est rétrospectif, c'est à dire que la réponse qui nous intéresse concerne le passé de la pratique du médecin.

La durée du recueil était fixée à un mois : les patients suivis ont une prescription qui ne peut excéder un mois.

Le nombre maximum de patient à inclure a été fixé à 10.

5. Définition des objectifs en vue du second tour

Ces objectifs constituent la norme à laquelle seront comparés les résultats des médecins.

Ils doivent être établis avant l'exploitation du premier tour de l'audit.

Cette norme est définie en débattant au cours des réunions de travail et par estimation, a priori, des résultats qu'il serait normal d'obtenir.

Le groupe de pilotage a estimé que :

- 100% des dossiers doivent permettre de vérifier la consommation d'opiacés avant le traitement

- 80 % des dossiers doivent permettre de constater la recherche de co-addictions
- 100% des dossiers doivent permettre de vérifier la recherche d'injections avant le traitement
- 90% des dossiers doivent permettre de vérifier la recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement
- 90% des dossiers doivent comporter un résultat de sérologie VHC
- 100 % des dossiers doivent comporter le nom de la pharmacie
- 100% des dossiers doivent comporter la posologie, la durée et le rythme de délivrance de la dernière ordonnance

6. Présentation et diffusion de l'audit.

6.1. Premier tour

Le premier tour de l'audit (la grille et l'argumentaire) est adressé en octobre 2010 à 2290 médecins généralistes lorrains.

L'envoi est constitué de plusieurs éléments :

- une lettre d'invitation à participer à ce recueil de données [annexe 4],
- une grille d'audit [annexe 5] permettant le recueil des données,
- un argumentaire justifiant l'intérêt de la réalisation de ce travail. [annexe 6]

Pour des raisons financières, le 1^{er} tour de cet audit a été adressé aux médecins généralistes en octobre 2010 avec 2 autres audits : Prise en charge des patients tabagiques à haut risque et respect des indications des anti- aggrégants plaquettaires.[annexe 9]

6.1.1. Recueil des données

Les médecins doivent envoyer leur grille au secrétariat du GLAM à Metz, après les avoir anonymisées. Un même numéro d'anonymat est désigné pour chaque médecin pour les 2 tours de l'audit.

Les grilles sont comptabilisées par la secrétaire de l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU) puis nous sont adressées pour analyse. Ainsi l'anonymat est garanti.

6.1.2. Analyses des données

Il n'y a pas de méthodologie standardisée pour exploiter les résultats d'audits.

Les statistiques ont été effectuées pour chaque médecin et les résultats de chacun ont été comparés à ceux de l'ensemble du groupe, ainsi qu'aux objectifs fixés préalablement. En vue du second tour, les objectifs non atteints ont été isolés.

Pour chaque critère, nous avons déterminé le résultat global des 24 médecins participants, puis leur résultat individuel.

L'objectif atteint par chaque médecin a été calculé en effectuant le rapport du nombre de patients ayant atteint l'objectif pour le critère considéré et du nombre de patients inclus par le médecin évalué.

6.1.3. Présentation des résultats et annonce du second tour

Les résultats ont été envoyés à l'ensemble des participants à partir d'octobre 2011.

Ces résultats ont été présentés sous forme d'un tableau comprenant d'une part les résultats de l'ensemble des participants et d'autre part les résultats individuels de chaque participant.

Ce tableau a été accompagné d'une synthèse rédigée mettant en avant les points principaux ressortant de l'analyse des résultats du premier tour, et des pistes d'amélioration, dans le but d'améliorer la prise en charge.[Annexe 10 et 11]

6.1.4. Restitution des résultats et recommandations en vue du second tour.

La réunion de restitution du 1^{er} tour a été réalisée en février 2011

A l'issue du premier tour, des pistes d'améliorations (qui seront détaillées ultérieurement) ont été proposées aux médecins participant afin d'améliorer leur pratique.

6.2. Exploitation du second tour

Le deuxième tour de l'audit a été envoyé en octobre 2011 aux 24 médecins ayant participé au 1^{er} tour.

L'envoi est constitué de plusieurs éléments :

- résultats du 1^{er} tour [annexe 10]
- lettre d'invitation et pistes d'amélioration [annexe 11]
- grille d'audit simplifiée avec fiche mémo [annexe 12].

Pour le recueil et l'analyse des grilles du second tour, nous avons procédé de manière identique au premier tour.

La réunion de restitution des 2 tours a été réalisée en février 2012.

II. Résultats

1. Analyse du 1^{er} tour

En mars 2011, le GLAM avait reçu 24 grilles sur les 2290 grilles envoyées à tous les médecins généralistes de la Lorraine. Toutes les grilles ont pu être exploitées. Le taux de participation était donc de 1% environ.

Le nombre de patients inclut est de 120, soit en moyenne 5 patients par médecins.

1.1. Répartition par patients

1.1.1. Consommation d'opiacés avant le traitement

93% des patients inclus ont la mention dans le dossier de consommation d'opiacés **antérieure** au traitement de substitution.

L'objectif était de 100%.

1.1.2. Recherche de co-addictions

93% des patients inclus ont la mention dans leur dossier médical de la recherche de co-addictions.

L'objectif était de 80%

1.1.3. Recherche d'injections intraveineuses avant traitement

70 % des patients inclus ont la mention dans leur dossier de recherches d'injections avant le traitement.

L'objectif était de 100%.

1.1.4. Recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement

75 % des patients inclus ont la mention dans leur dossier de recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement substitutif.

L'objectif était de 90%.

1.1.5. Résultats de Sérologie VHC

66% des patients inclus ont un résultat de sérologie VHC dans leur dossier médical.

L'objectif était de 90%

1.1.6. Nom de la pharmacie

95 % des patients inclus ont dans leur dossier le nom de leur pharmacie.

L'objectif était de 100%.

1.1.7. Posologie de la dernière prescription

99% des patients ont dans leur dossier médical la posologie de leur dernière prescription.

L'objectif était de 100%.

1.1.8. Durée de la dernière prescription

97% des patients ont dans leur dossier la durée de leur dernière prescription.

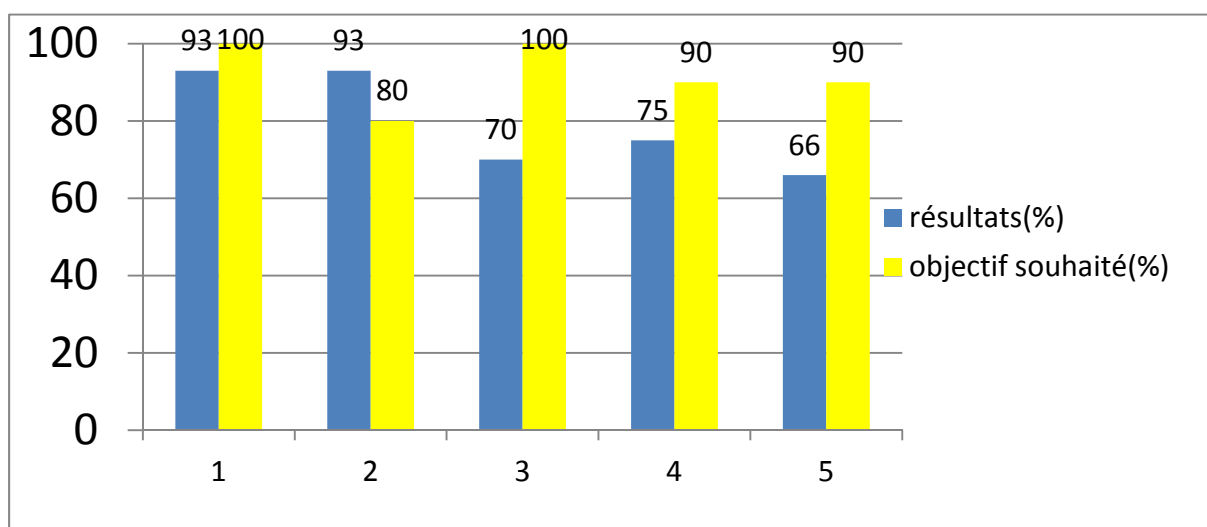
L'objectif était de 100%.

1.1.9. Rythme de la dernière prescription

96% des patients ont dans le dossier la mention du rythme de leur dernière prescription.

L'objectif était de 100%.

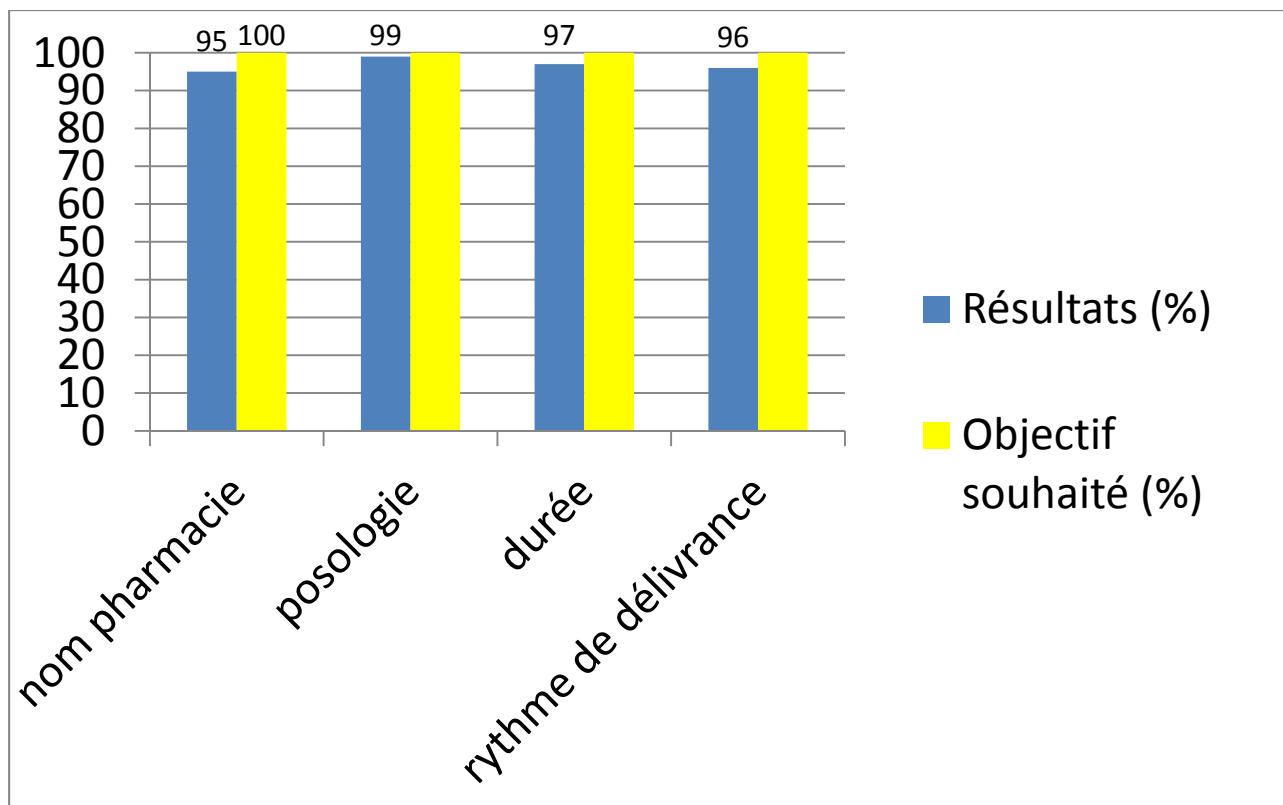
1.1.10. Récapitulatif des critères par patients



- (1) Recherche de consommation antérieure
- (2) Recherche de coaddictions
- (3) Recherche de d'injection IV
- (4) Recherche de persistance de consommation
- (5) Résultats de sérologie VHC

Trois critères sont trop éloignés de l'objectif : La recherche d'injection avant le traitement, la recherche de persistance de consommation pendant le traitement et la mention d'un résultat de sérologie VHC.

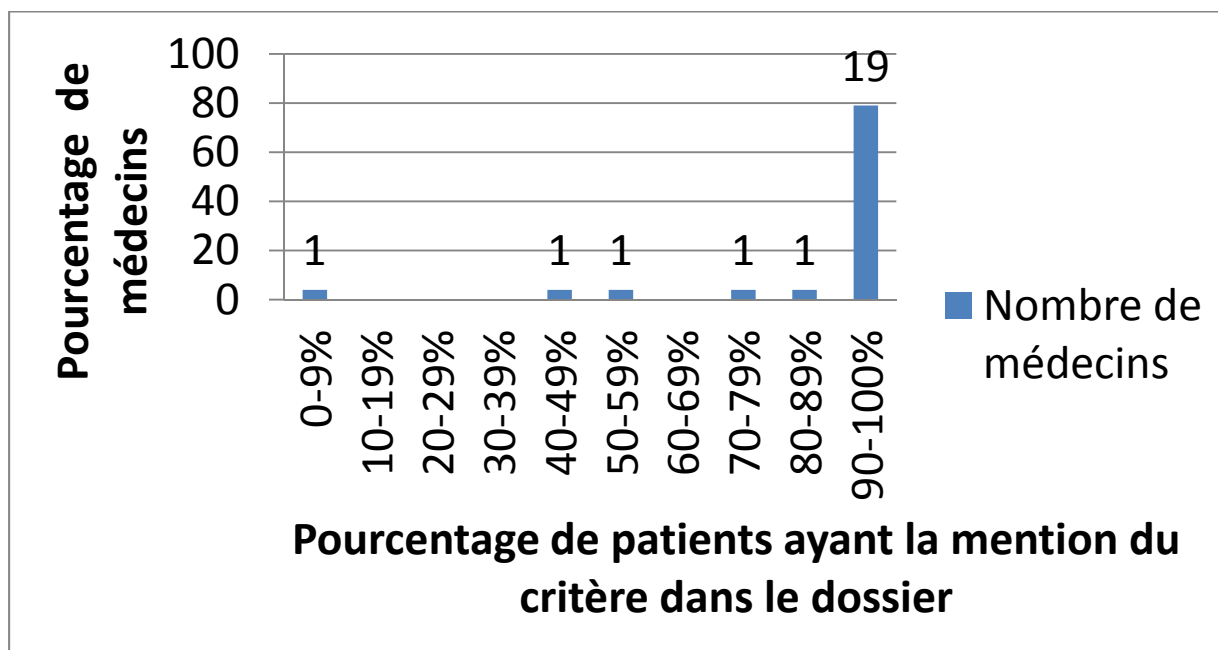
On note que le critère « de mention de recherche de co-addiction » est supérieur à l'objectif fixé.



Les critères concernant l'ordonnance sont tous atteints.

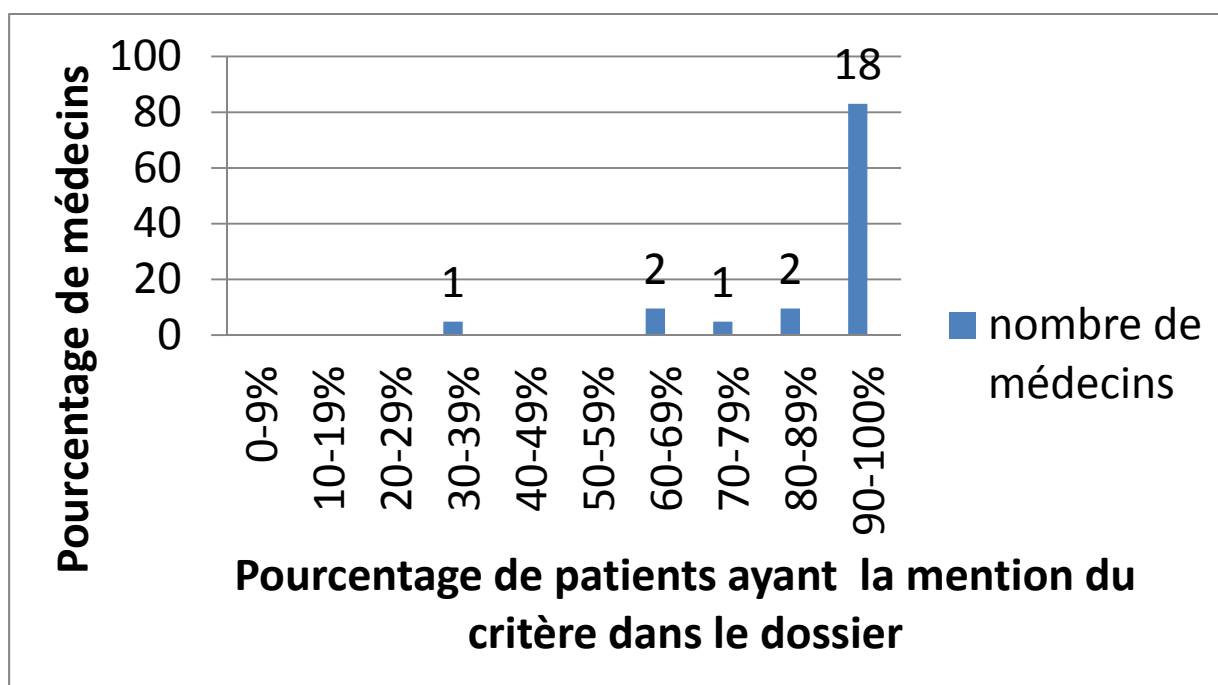
1.2. Analyse par médecins

1.2.1. Recherche de consommation avant le traitement



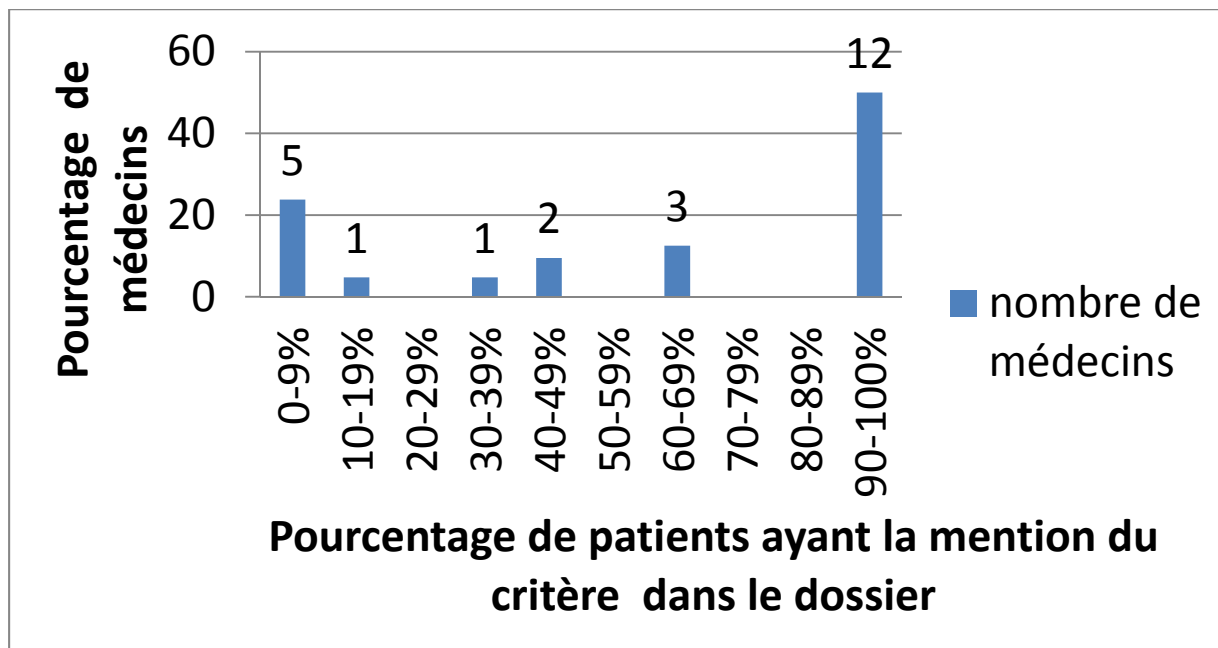
79% des médecins sont à l'objectif.

1.2.2. Recherche de co-addictions



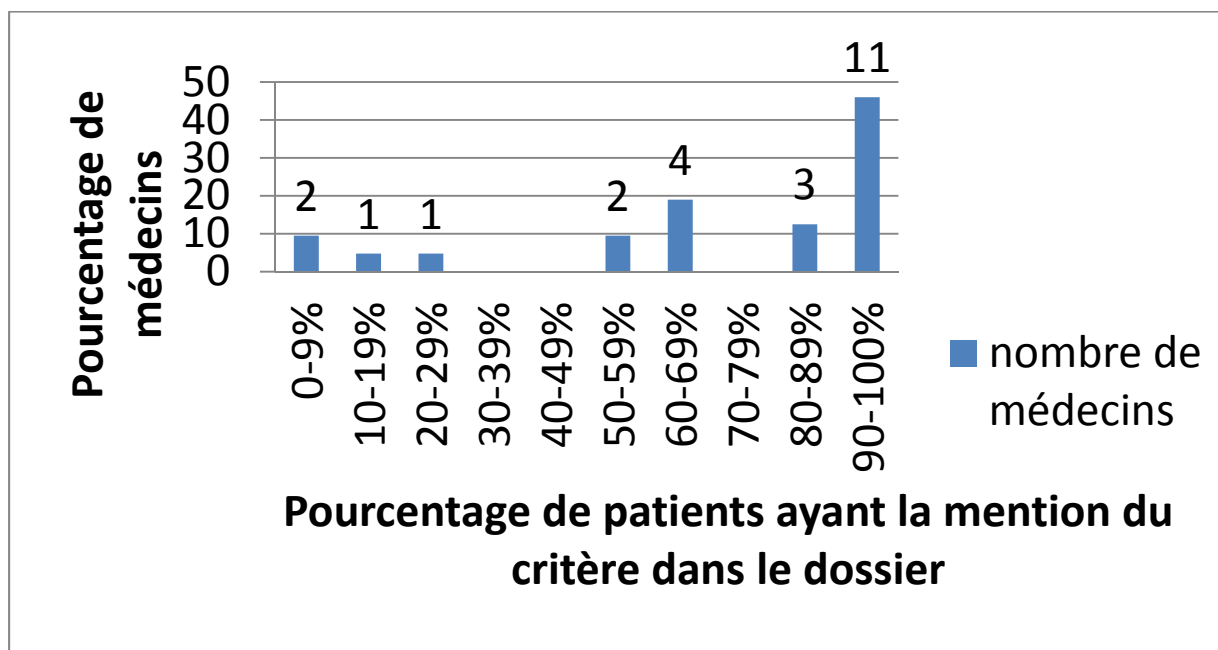
83% des médecins sont à l'objectif.

1.2.3. Recherche d'injection avant le traitement



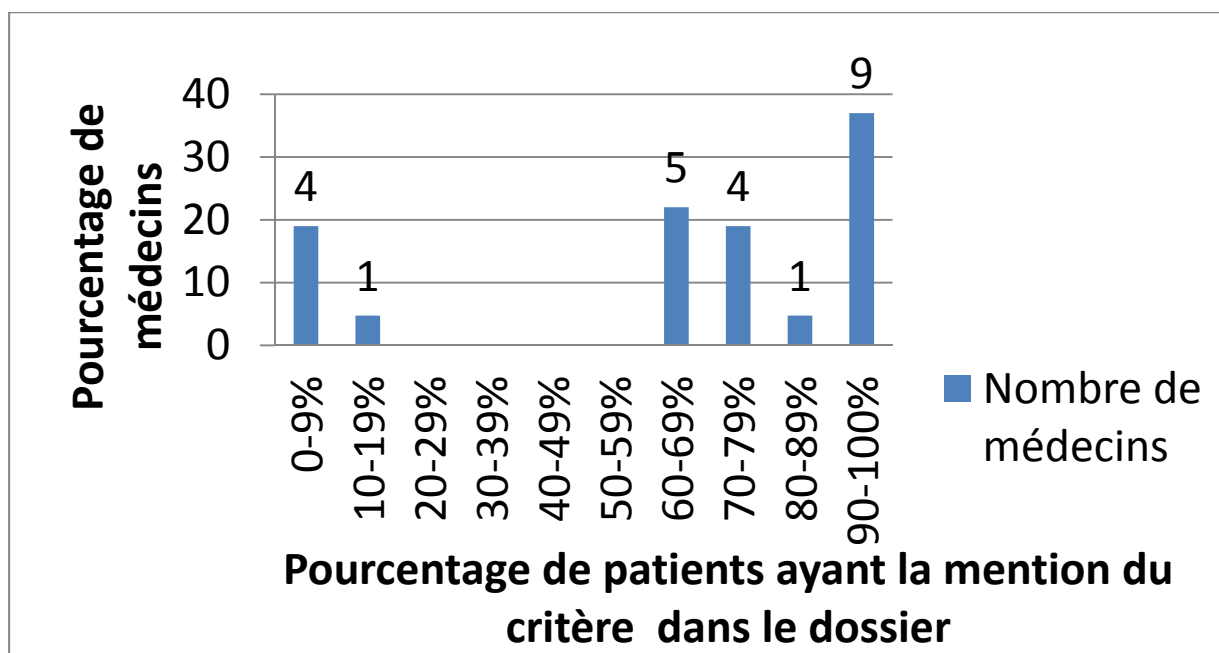
50% des médecins sont à l'objectif.

1.2.4. Recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement



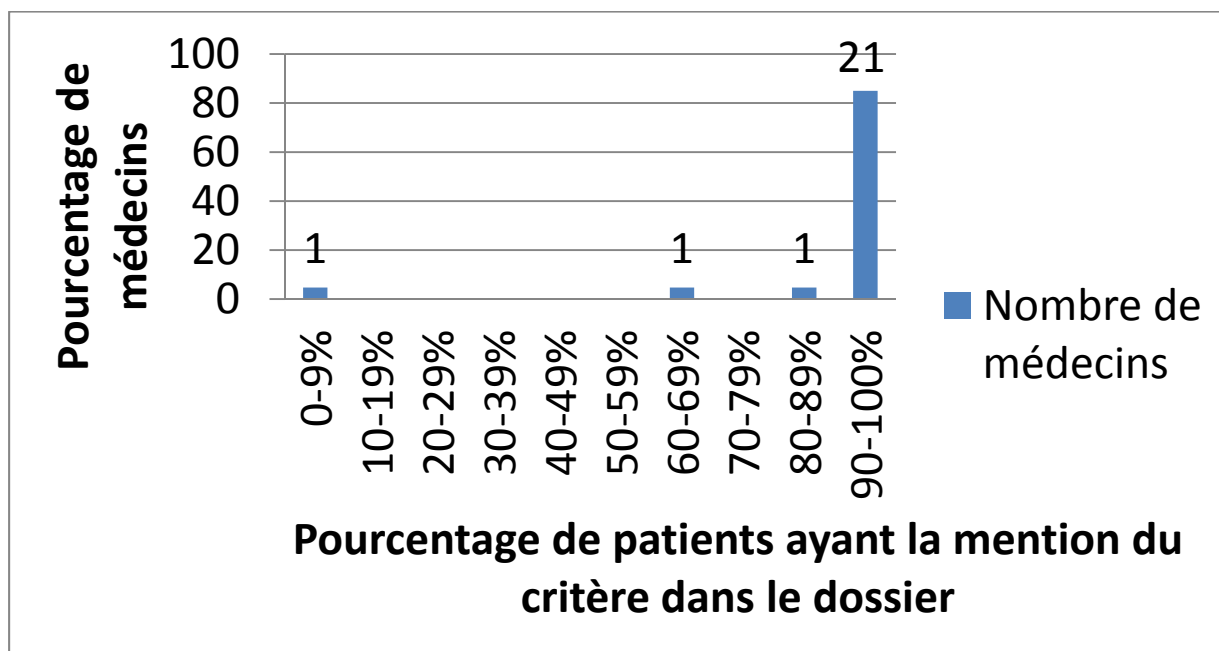
46% des médecins sont à l'objectif

1.2.5. Résultat de sérologie VHC



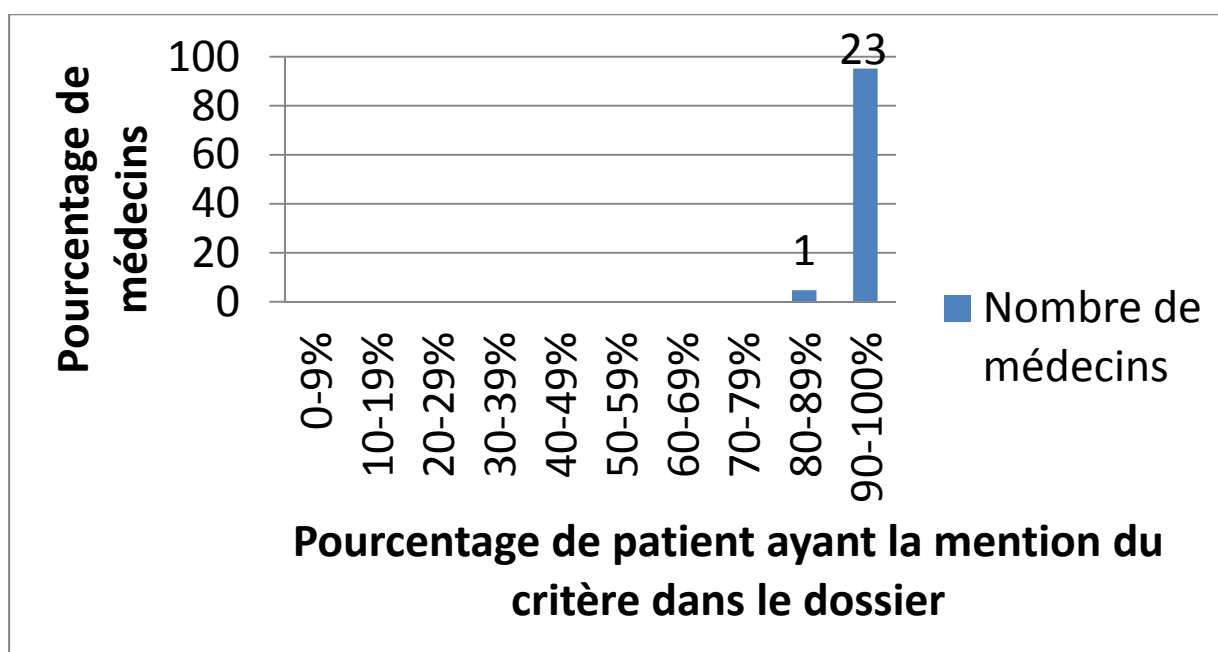
37% des médecins sont à l'objectif.

1.2.6. Nom de la pharmacie



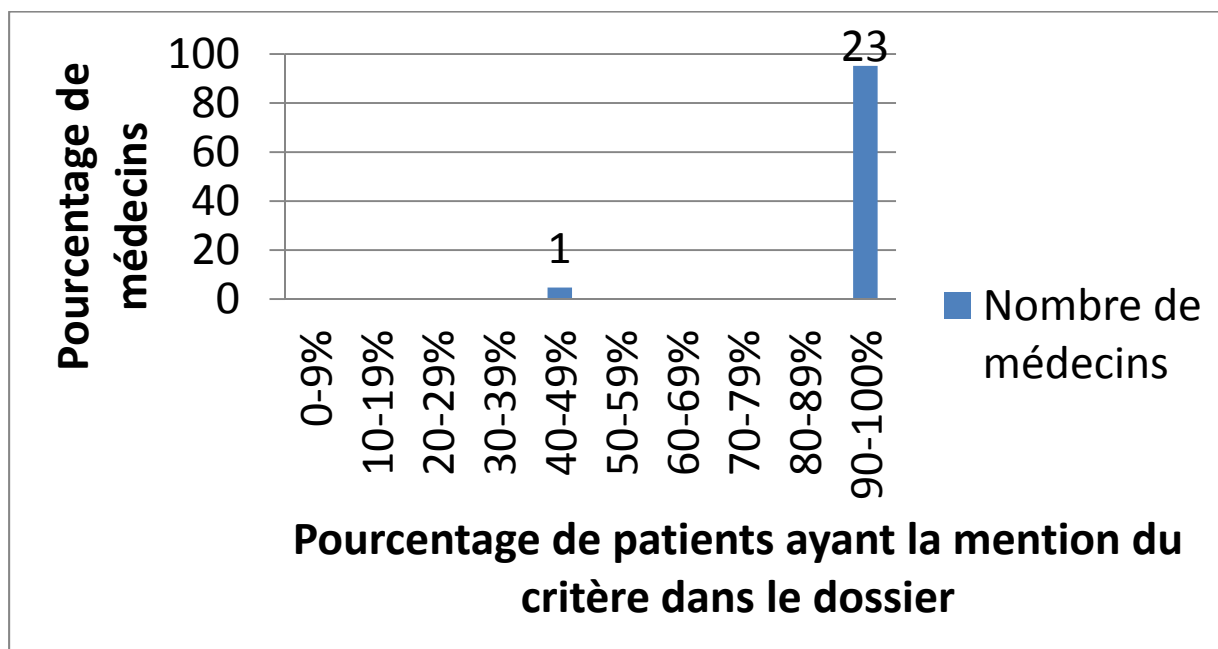
87% des médecins sont à l'objectif.

1.2.7. Posologie de la dernière prescription



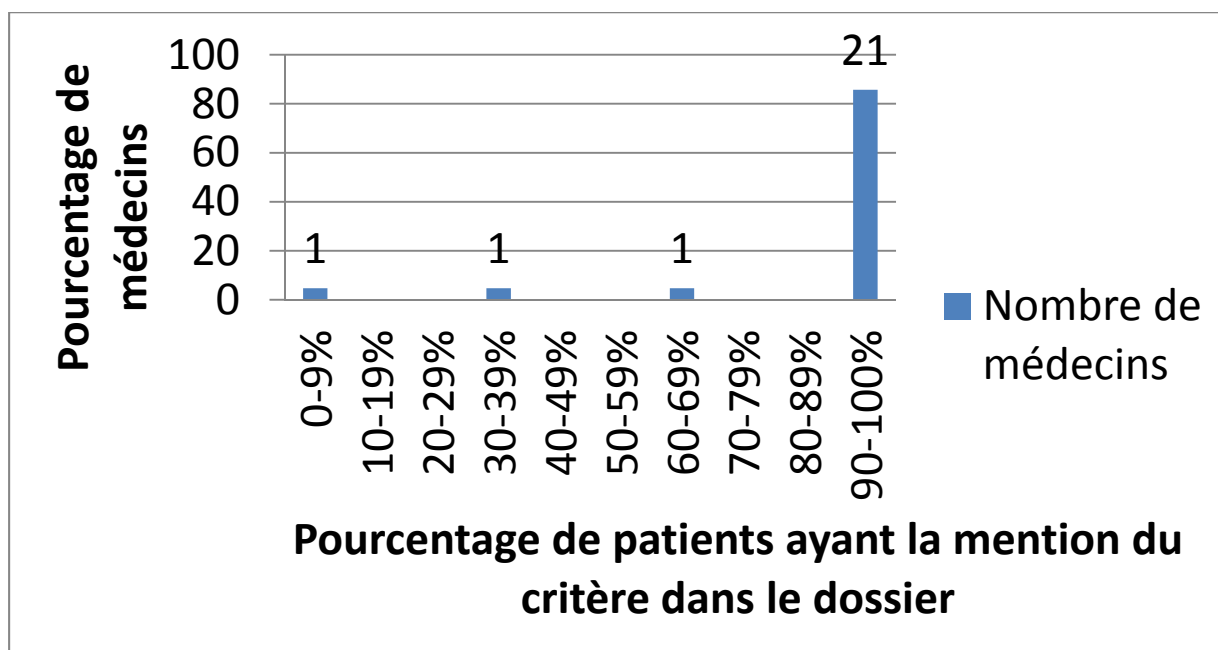
96% des médecins sont à l'objectif.

1.2.8. Durée de la dernière prescription



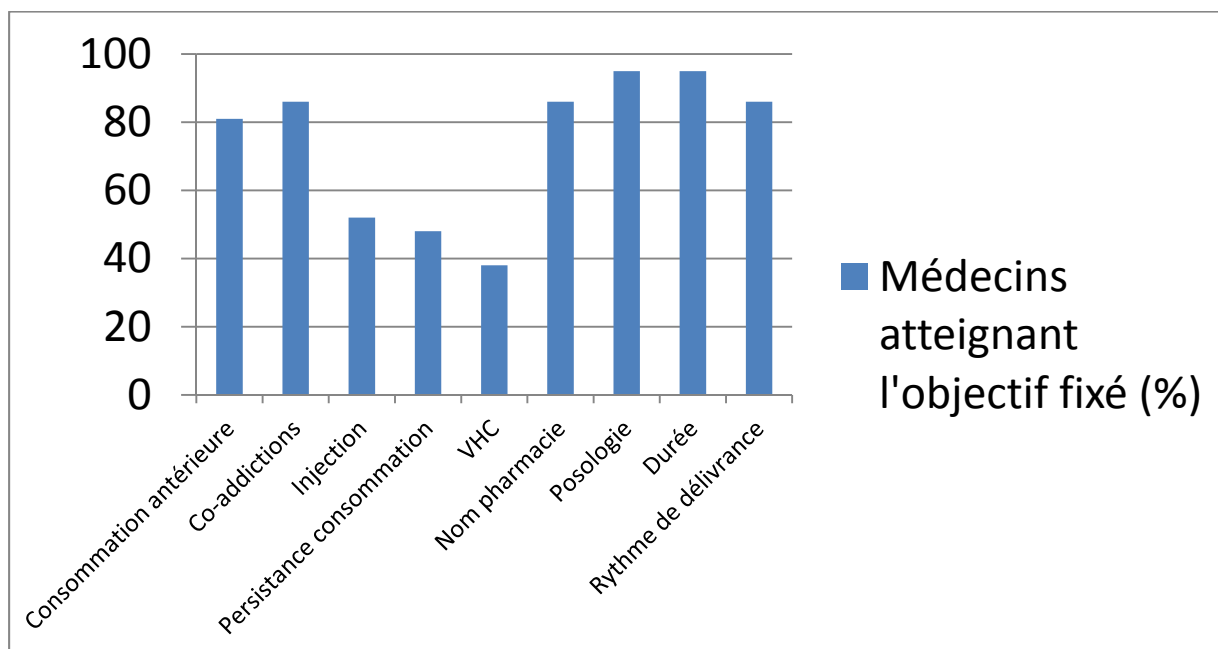
96% des médecins sont à l'objectif.

1.2.9. Rythme de délivrance de la dernière prescription



87% des médecins sont à l'objectif.

1.2.10. Récapitulatif



La majorité des critères ont un pourcentage de médecins atteignant l'objectif supérieur à 80%.

Seuls trois critères sont déficitaires : recherche d'injections avant le traitement, persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement, et résultats de sérologie VHC.

Pour ces critères , la répartition par médecins est hétérogène et l'objectif par patients n'est pas atteint.

2. Pistes d'amélioration

Voici les pistes d'améliorations proposées aux médecins participant afin d'améliorer leur pratique :

- Utiliser un questionnaire type lors de la 1^{ère} consultation, incluant la recherche de consommation d'opiacés ; une fiche mémo a été proposée avec la grille du 2^e tour.
- Utiliser dans le dossier médical une rubrique Alerte pour la sérologie VHC
- Demander systématiquement chaque mois la persistance de consommation d'opiacés , la recherche d'injection.

Devant les bons résultats des autres critères, il a été décidé avec le groupe de pilotage de ne pas les reconduire lors du second tour.

3. Analyse du second tour

3.1. Analyse par patient

En janvier 2012 , 12 des 24 médecins ayant participé au 1^{er} tour ont renvoyé leur grille, soit un taux de participation de 50% (comparable aux autres taux de participation au second tour des audits du GLAM). Toutes les grilles ont pu être exploitées.

Le nombre de patients inclus est de 62, soit en moyenne 5 patients par médecins.

3.1.1. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement

74 % des patients inclus ont la mention dans leur dossier de recherches d'injections avant le traitement.

L'objectif était de 100%.

3.1.2. Recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement

80 % des patients inclus ont la mention dans leur dossier de recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement substitutif.

L'objectif était de 90%.

3.1.3. Résultat de sérologie VHC

77 % des patients inclus ont un résultat de sérologie VHC dans leur dossier médical.

L'objectif était de 90%.

3.1.4. Récapitulatif

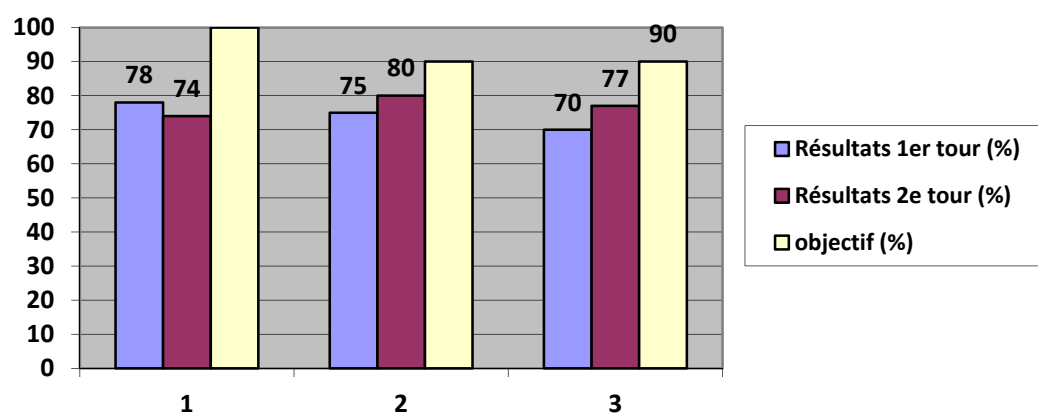


Tableau récapitulatif par critères : pourcentage de patients ayant la mention dans leur dossier.

- (1) Recherche d'injection IV
- (2) Recherche de persistance de consommation
- (3) Résultats de sérologie VHC

3.2. Analyse par médecins

3.2.1. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement

Six médecins sur douze soit 50% ont atteint l'objectif fixé (100% des dossiers doivent être renseignés). Un seul médecin a progressé.

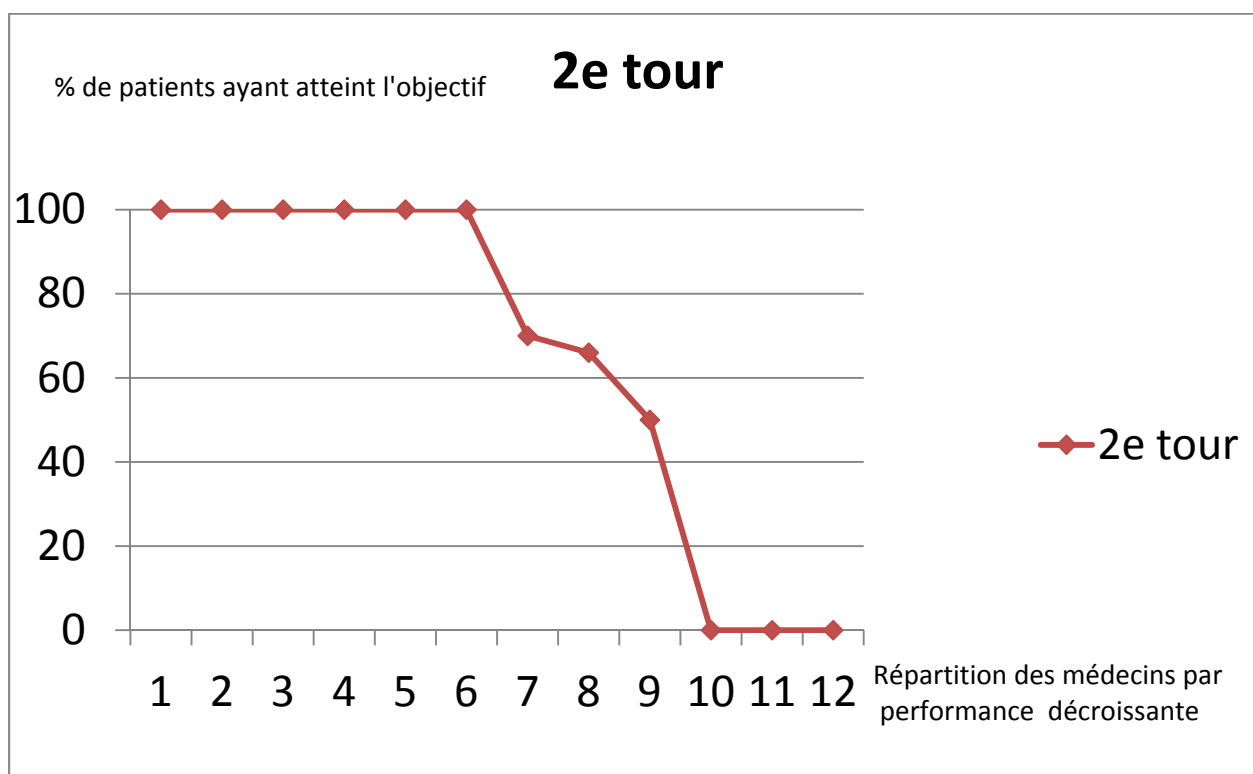


Tableau représentant la répartition des médecins par performance décroissante

3.2.2. Persistance de consommation pendant le traitement

Sept médecins sur douze soit 58 % des médecins sont à l'objectif fixé à 90 % de dossiers renseignés. Cinq médecins sur douze ont progressé.

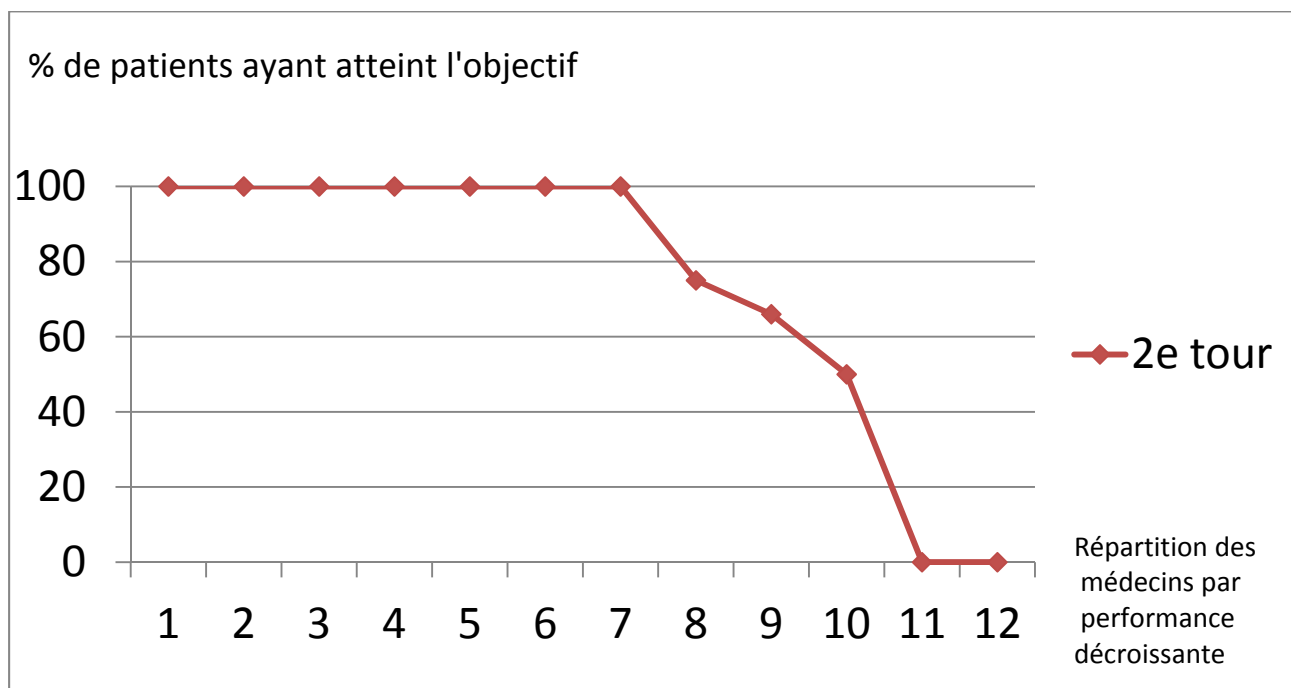


Tableau représentant la répartition des médecins par performance décroissante

3.2.3. Résultat de sérologie VHC

Cinq médecins sur douze soit 41% des médecins sont à l'objectif fixé à 90 % des dossiers renseignés. Cinq médecins ont progressé.

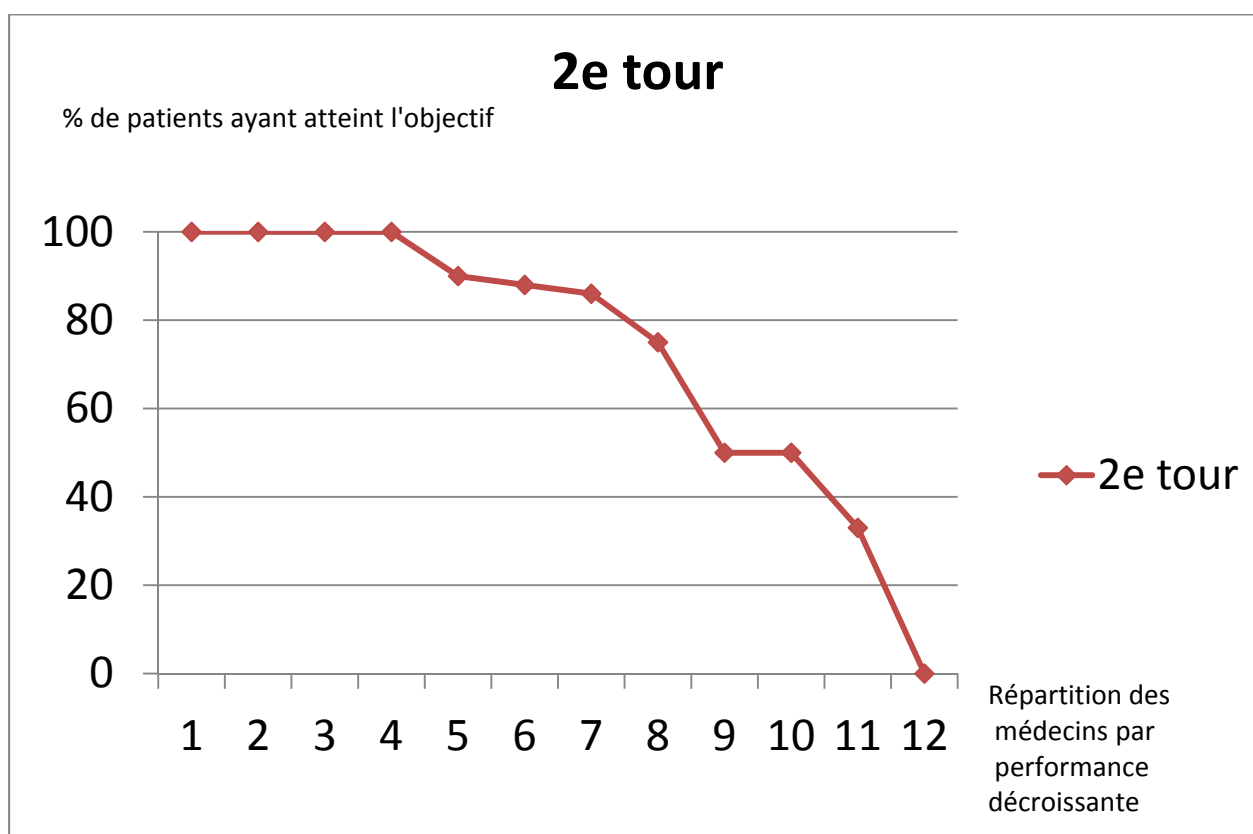


Tableau représentant la répartition des médecins par performance décroissante

3.2.4. Récapitulatif

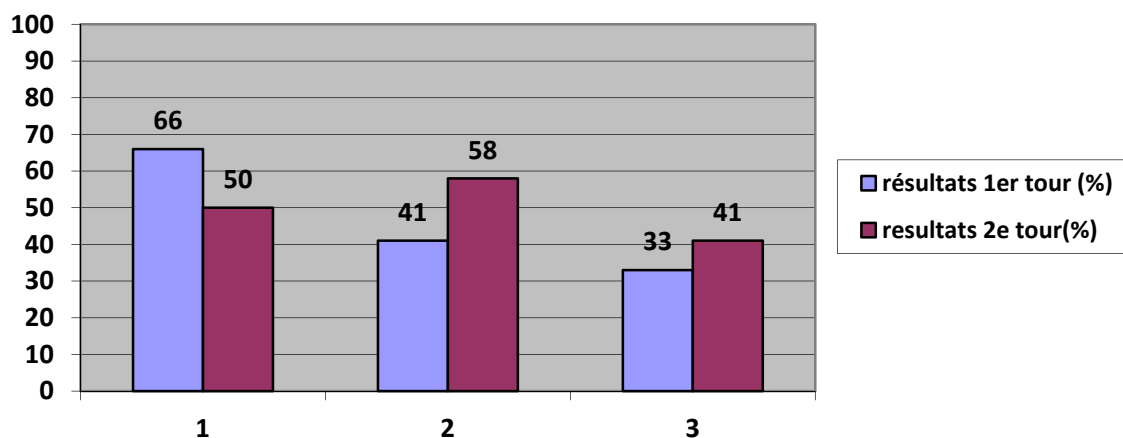


Tableau récapitulatif par critères : pourcentage de médecins ayant atteint l'objectif

- (1) Recherche de d'injection IV
- (2) Recherche de persistance de consommation
- (3) Résultats de sérologie VHC

On note une diminution du nombre de médecins ayant atteint l'objectif pour le critère « recherche d'injection IV d'opiacés avant le traitement » .

On remarque une tendance à l'amélioration pour les critères « persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement » et « résultats de sérologie VHC ».

III . Discussion

5. Limites de l'étude

5.1.Participation

5.1.1. Taux de participation et comparaison audits antérieurs

La participation n'a été que de 24 médecins au 1^{er} tour sur 2290 médecins soit environ 1% et de 12 au 2^e tour sur les 24 médecins participants au 1^e tour soit 50%.

Il n'y a pas eu de relance faite pour le 1^{er} tour. Pour le second tour, une relance téléphonique a été réalisée début octobre et début novembre 2011.

Les différents audits réalisés par l'intermédiaire du GLAM ont eu des participations variables entre 20 et 187 participants.

Les audits réalisées par le GLAM portant sur les addictions ont eu un taux de participation de 1.3% au 1^{er} tour et la moitié au 2^e tour pour l'audit Repérage Précoce des addictions et l'Intervention Brève et de 0.96% au 1^{er} tour et 87 % des médecins ayant répondu au 1^{er} tour pour le 2^e tour pour l'audit tabagisme à haut risque .

5.1.2. Analyse du taux de participation

5.1.2.1.Obstacles liés à l'audit

Cette faible participation peut être expliquée :

- l'évaluation des pratiques professionnelles n'a pas de réel cadre réglementaire et il n'y a aucune certitude quant à son obligation dans un avenir proche. La participation à cet audit ne peut donc pas être valorisée dans ce contexte. Cela a certainement contribué au faible taux de participation à l'audit.

- l'absence de rémunération et de financement peut être un frein pour promouvoir les audits, manque de moyens pour relancer les médecins.
- l'envoi de plusieurs audits dans le même courrier peut diminuer la participation à chacun d'entre eux ; le GLAM ne se finance que par les cotisations de ses adhérents et doit limiter ses frais pour continuer à exister.
- l'excès d'audit dans l'année peuvent décourager les participants ; à l'automne 2011, 2 premiers tours d'audit (benzodiazépines et vaccination) et 2 seconds tours (tabagisme et TSO) étaient lancés en même temps.
- le taux de participation à un audit est influencé par le temps nécessaire pour remplir la grille. Un audit rétrospectif est plus long à remplir qu'un audit prospectif .

5.1.2.2.Obstacles liés aux médecins

La faible participation peut être expliquée par :

- la résistance au changement, confusion entre évaluation et jugement.
- la méconnaissance du principe de l'audit. Même si l'anonymat est la règle, certains médecins ne veulent pas être comparés à d'autres.
- le manque de temps : la multiplicité des audits soumis en même temps à un même médecin peut le démotiver, par crainte d'une baisse de rentabilité de son activité professionnelle au profit du temps consacré à l'audit. Le médecin en médecine libérale est soumis à une lourde charge administrative qui est chronophage et qui passe avant la participation aux audits.
- un manque d'intérêt pour le thème de l'addiction : les 2 autres audits portant sur l'addictologie n'ont pas eu le succès attendu. (RPIB et Tabagisme). Certains peuvent aussi être découragés face aux échecs, le sentiment d'être inutile dans ce domaine. Un nombre important de médecins refusent d'intervenir dans les traitements de substitutions aux opiacés,

soit par méconnaissance du thème, soit par crainte des patients concernés. Cela retentit incontestablement sur le recrutement des participants à l'audit.

5.2.Caractéristique de cet audit

5.2.1. Thème

Le choix du thème de cet audit s'est porté sur la prise en charge des patients sous traitement substitutif aux opiacés. Le nombre de patient à inclure dans l'audit est réduit . C'est un audit très ciblé rendant la participation restreinte.

L'insuffisance de pistes d'amélioration à proposer aux médecins ayant participé au 1er tour a pu être un frein à la participation au 2nd tour.

5.2.2. Grille et critère

Une confusion a été remarquée lors de la restitution du 1^{er} tour entre la recherche et la présence du critère injection intraveineuse. La recherche d'injection n'implique pas sa présence .

Assurer la faisabilité et limiter les ambiguïtés des grilles nécessiteraient quelques améliorations comme étoffer les groupes de relecture et mettre en place des groupes de test des audits. Il serait préférable que le test de faisabilité soit réalisé par plus de médecins et surtout des médecins extérieurs au groupe de pilotage, qui puissent porter un regard neuf sur la grille proposée.

Pour la première fois le second tour n'a repris que 3 critères existant au premier tour.

1.2.3.Délai entre les 2 tours

L'envoi dans le même courrier des résultats du 1^{er} tour et de l'invitation au 2^e tour ne permet pas l'intégration des pistes d'amélioration.

6. Analyse des résultats de l'audit

Les médecins participent à l'audit sur la base du volontariat. On peut donc considérer que les médecins participant à cet audit sont ceux que le sujet intéresse, ceux qui sont attachés à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Considérant que les médecins qui ont répondu sont les plus motivés, on pourrait penser que les résultats qu'on obtiendrait pour l'ensemble de la population des médecins généralistes seraient probablement moins bons.

Les populations de patients pour les 2 tours de notre audit ne sont pas représentatives pour plusieurs raisons :

- les médecins participant à l'audit ne sont pas représentatifs,
- l'inclusion des patients s'est faite dans l'ordre chronologique des consultations, sans randomisation,
- la faible taille de notre échantillon ne permet pas d'être représentatif.

Les résultats de l'audit ne sont donc pas extrapolables à la population générale, mais rappelons que l'audit ne constitue pas un outil de travail épidémiologique.

Les analyses comparatives entre le 1^{er} et 2nd tour au moyen du test Chi², avec un seuil de signification statistique à 0.05 avec l'aide d'un statisticien .

Les résultats sont traités à partir des 12 médecins participants aux deux tours.

6.1. Consommation d'opiacés avant le traitement substitutif aux opiacés

Les résultats du 1^{er} tour montre que 93% des patients inclus ont bien l'indication des TSO. La majorité des médecins étant à l'objectif , le groupe de pilotage du GLAM a jugée inutile de faire un second tour pour ce critère. La possibilité de progression était faible étant donné les bons résultats du 1^{er} tour .

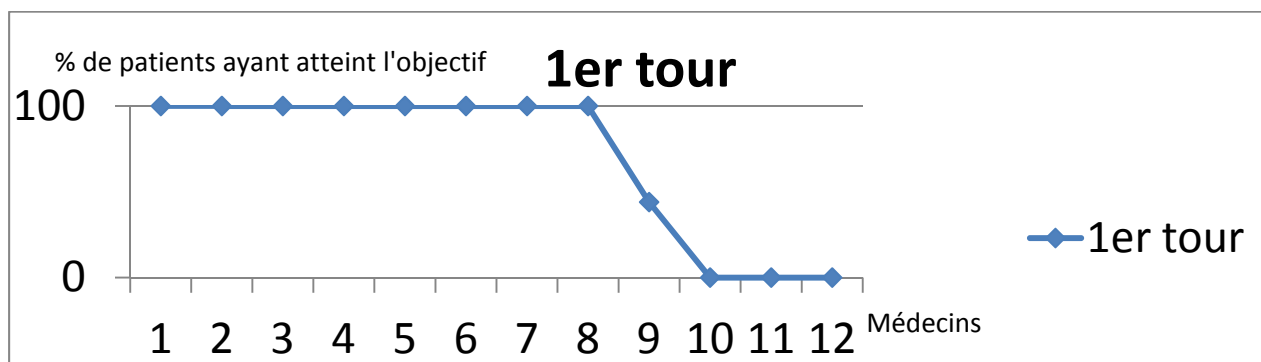
6.2. Recherche de coaddictions

93% des patients inclus ont une recherche de coaddictions. L'objectif fixé n'était fixé qu'à 80%. Pour ce critère , les résultats obtenus sont meilleurs que ceux attendus.

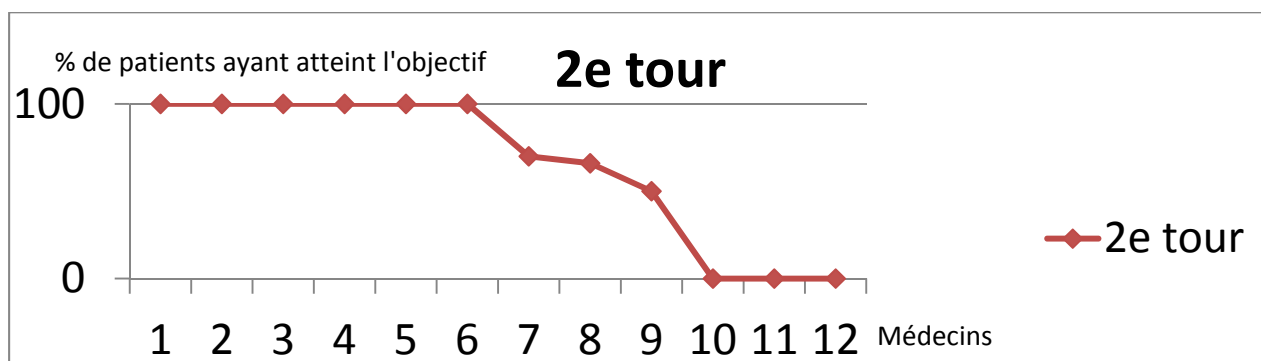
On peut penser que les médecins participant à l'audit TSO ont aussi participé aux audit RPIB et Tabagisme , ce qui pourrait expliquer ces bons résultats. Ce critère n'a pas été retenu pour le second tour.

6.3. Recherche d'injection intraveineuse avant le traitement

78% des patients avaient la notion d'injection d'opiacés intraveineuse dans les dossiers contre 74% pour le second tour. Cette légère diminution n'est pas représentative ($p>0.05$). La régression du nombre de médecins à l'objectif de 66% à 50% n'est pas significative ($p>0.05$).



Répartition des 12 médecins par performance décroissante pour le 1^{er} tour.



Répartition des 12 médecins par performance décroissante pour le 2^e tour.

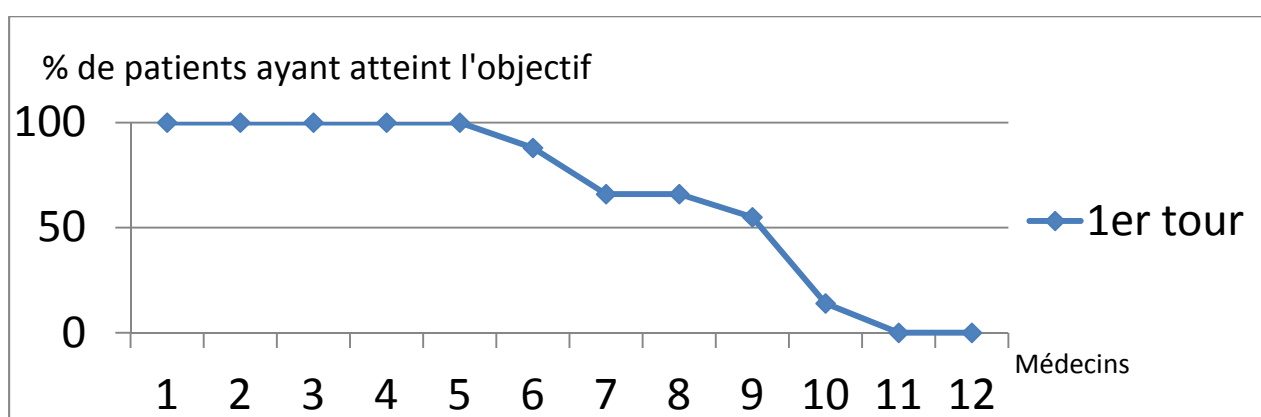
La répartition entre les 2 tours est quasi identique.

L'objectif fixé était de 90%. La recherche de ce critère est nécessaire pour le choix du suivi en médecine ambulatoire.

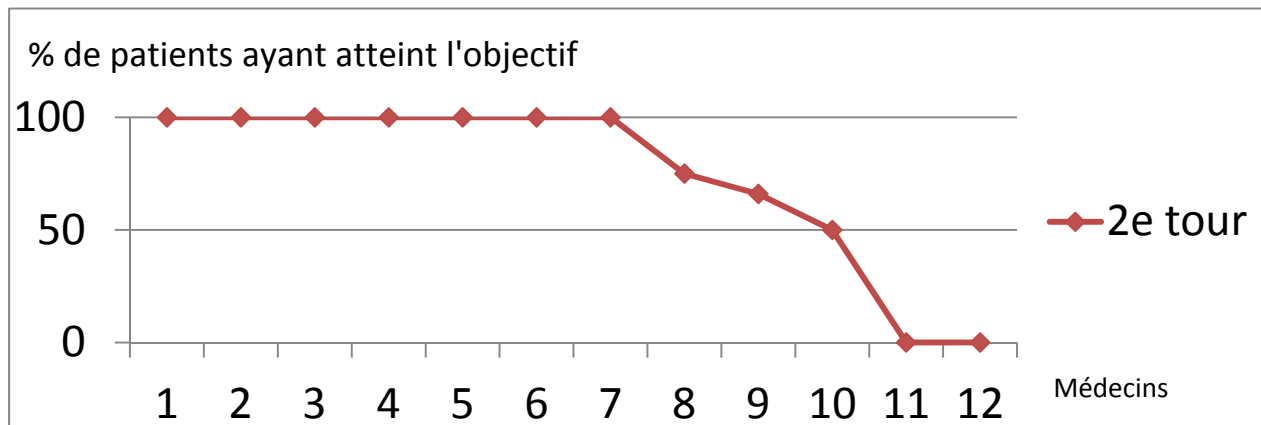
Le fait de rechercher des traces d'injection (lors de l'entretien ou lors de l'examen clinique) a possiblement été confondu avec la présence de traces d'injection. Les résultats pour ce critère ont peut être été faussés par un défaut de compréhension de l'intitulé.

6.4. Persistance de consommation pendant le traitement

75% des patients pour le premier tour contre 80 % pour le second tour ont ce critère renseigné dans leur dossier. Cette progression n'est pas significative ($p>0.05$). L'objectif fixé était de 90%. La progression du nombre de médecins à l'objectif de 41% à 58% n'est pas significative ($p>0.05$).



Répartition des 12 médecins par performance décroissante pour le 1^{er} tour.



Répartition des 12 médecins par performance décroissante pour le 2^e tour.

La répartition des médecin est quasi identique pour les 2 tours.

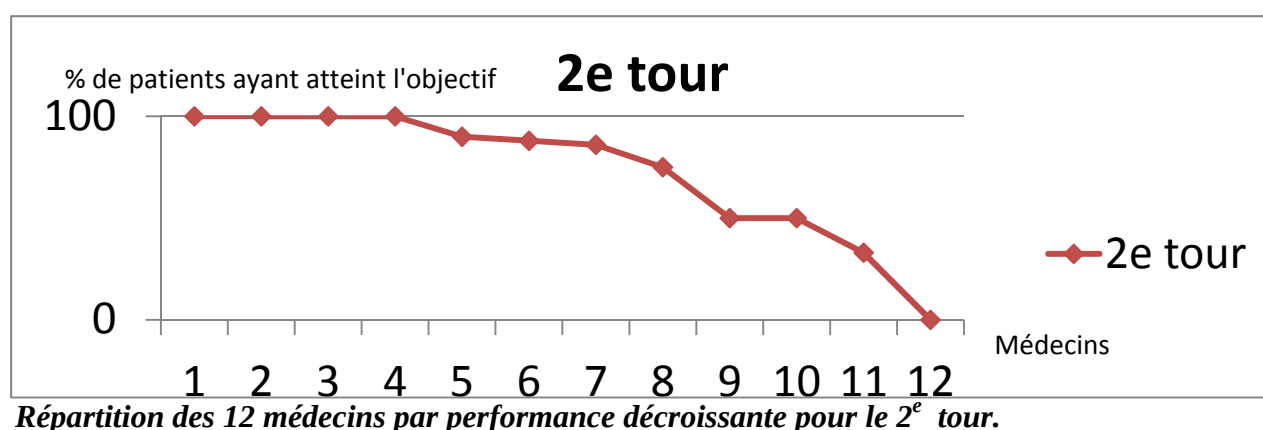
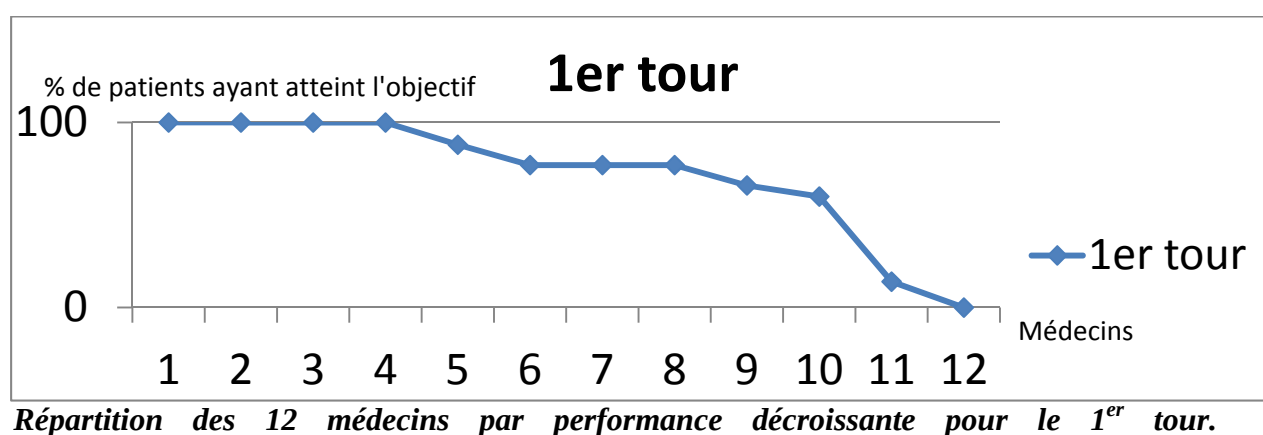
6.5. Résultat de sérologie VHC

70% des patients ont un résultat de sérologie VHC dans leur dossier contre 77 % pour le second tour. Cette progression n'est pas significative ($p>0.05$). L'objectif était fixé à 90%.

En 2005, l'audit du GLAM sur le dépistage de l'hépatite C [67] montrait que 80 % des toxicomanes avaient bien un résultat de sérologie. Ces résultats sont transposables à notre audit. Il n'y a pas eu de progression pour ce critère depuis 2005.

L'objectif fixé à 90% était peut être trop élevé.

La progression du nombre de médecins à l'objectif de 33% à 41% n'est pas significative ($p>0.05$).



La répartition des médecin est quasi identique pour les 2 tours.

Dans les commentaires certains médecins ont signalé que la sérologie VHC a bien été prescrite mais non réalisée ; cela montre aussi que les recommandations sont parfois compliquées à appliquer malgré le respect par le praticien des bonnes pratiques.

6.6. Nom de la pharmacie , posologie, durée et rythme de délivrance de la dernière prescription

Tous ces critères médico-légaux sont obligatoires pour la délivrance de l'ordonnance. Si un des critères manquent sur l'ordonnance , le patient peut ne pas avoir son traitement.

Cela peut expliquer les bons résultats pour ces 4 critères.

Tous les critères relatifs à l'ordonnance ont des objectifs quasi-atteints ; ils ne sont donc pas retenus pour le second tour.

6.7. Récapitulatif des résultats des 2 tours

6.7.1. Résultats par patient

Critères	1 ^{er} tour	2 ^e tour	Objectif	Test Chi 2
Recherche d'injection avant le traitement	78%	74%	100%	NS
Persistance de consommation pendant le traitement	75%	80%	90%	NS
Résultat de sérologie VHC	70%	77%	90%	NS

6.7.2. Résultats par médecins

Critères	1 ^{er} tour	2 ^e tour	Test Chi 2
Recherche d'injection avant le traitement	66%	50%	NS
Persistance de consommation pendant le traitement	41%	58%	NS
Résultat de sérologie VHC	33%	41%	NS

6.7.3. Synthèse

Les pistes d'amélioration proposées par le GLAM semblent avoir eu un faible impact au second tour. Il s'agit peut-être de l'absence de temps suffisant aux médecins pour leur permettre d'appliquer les recommandations.

7. Pistes d'amélioration

La porte d'entrée dans le soin la plus fréquemment empruntée par les usagers ou patients aux prises avec une dépendance ou un abus de consommation est la médecine générale. Ce constat s'applique aux dépendances au tabac et à l'alcool mais aussi à la dépendance aux opiacés.

Plusieurs obstacles pénalisent actuellement la qualité de l'intervention de la médecine générale dans la prise en charge des addictions :

- le faible niveau de la formation initiale des praticiens qui n'est pas compensé par les actions de formation continue.
- une couverture territoriale hétérogène des réseaux de santé en addictologie
- un mode de rémunération des praticiens structuré autour du paiement à l'acte qui pénalise toute implication dans des actions de santé publique et le travail collaboratif.
- une méconnaissance des interventions psycho-sociales à promouvoir ou des actions de prévention en terme de réduction des risques à mettre en place.

La fédération française d'addictologie a formulé dans son livre blanc [67] plusieurs propositions susceptibles d'améliorer les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des addictions en médecine de ville :

- Encourager l'implication de la médecine générale dans la prise en charge des addictions : améliorer la formation initiale des médecins généralistes, intégrer l'addictologie en tant que thème obligatoire dans la formation continue et les

évaluations professionnelles, développer la formation à l'orientation vers le dispositif spécialisé et soutenir leur collaboration avec les structures spécialisées de proximité, favoriser l'inscription des médecins généralistes dans les réseaux de soins addictologiques,

- Remettre la médecine de ville à la base des soins en addictologie,
- Favoriser les solutions alternatives de prises en charge en ville dans le cadre des actions de réseaux organisés et financés ou de microstructures associant médecin généraliste, travailleur social et psychologue,
- Envisager les Maisons de santé et Pôles de santé pluridisciplinaires avec de nouveaux modes de rémunération comme l'un des moyens de répondre à la fragilité des dispositifs précédents,
- Renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales et rendre cet enseignement obligatoire.

8. Avenir pour l'évaluation des pratiques professionnelles

Les audits du GLAM ayant obtenu le plus fort taux de participation, sont ceux où les médecins participants ont été indemnisés.

Pour favoriser cette participation, LORFORMEP organise depuis 2011 des actions de formations indemnisées dans le cadre du DPC. Les thèmes de ces formations sont également abordés à travers différents audits proposés par le GLAM.

Cette action de DPC est indemnisée si les médecins réalisent la totalité du programme et participent à :

- une première réunion d'appropriation du sujet et de l'audit,
- la réalisation d'un premier tour d'audit,
- une deuxième réunion de restitution des résultats,
- la réalisation d'un deuxième tour d'audit.

En ce qui concerne l'audit , pour faciliter la participation :

- Le thème devrait correspondre aux sujets intéressants tous les généralistes
- Le recueil devrait être prospectif
- Il ne devrait y avoir qu'un seul audit lancé par semestre et ne pas faire envoyer à la même période les 1^{er} tours et 2^e tour des différents audits.
- La grille devrait être simple et rapide à remplir.

Conclusion

Ce travail a été réalisé pour permettre aux médecins généralistes de s'auto évaluer sur la prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés et cela afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

Le thème des addictions ne semble pas intéresser les médecins généralistes par méconnaissance ou par sentiment d'être inefficace dans ce domaine ou encore par sentiment d'insécurité.

Le premier tour a montré que la plupart des critères évalués étaient acquis. Le second tour ne montre pas de réelle évolution . Les pistes d'amélioration proposées par le GLAM semblent avoir eu un faible impact. Il s'agit peut-être de l'absence de temps suffisant aux médecins pour leur permettre d'appliquer les recommandations.

La réalisation d'un 3^e tour semblerait justifié pour les critères retenus aux 2nd tour . Cependant dans le contexte actuel, ce 3^e tour ne rencontrerait pas un grand succès.

Notre audit est marqué par une faible participation des médecins, sans doute en raison de l'absence d'obligation, autre que morale et éthique, ou parce que le sujet intéresse peu, ou bien même que la méthode ne convient pas.

L'avenir du GLAM n'est pas certain . Le DPC n'est envisageable qu'avec de multiples méthodes adaptées à chaque médecin. Les ressources professionnelles sont limitées, les charges de travail lourdes et les coûts de la formation permanente élevés (coûts financiers, temps, arrêt de l'activité de soin...). Le DPC ne peut en aucun cas aggraver ces contraintes.

La devise du GLAM est « S'évaluer pour évoluer » . S'évaluer, c'est apprécier objectivement l'efficacité de sa méthode de travail pour permettre un meilleur choix pour le malade .

L'audit médical reste malgré tout un très bon outil d'évaluation et donc d'amélioration des pratiques professionnelles. Mais les conditions de sa réalisation et de sa diffusion restent à optimiser.

Références Bibliographiques

- [1] Drogues, Chiffres-clés : 2^e édition .Rapport OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanes (Juin 2009) <http://www.ofdt.fr/>
- [2] L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – Rapport 2009-2010
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2009-2010.pdf
- [3] Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés - HAS (Juin 2004)
- [4] Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution – HAS (Juin 2004).
- [5] Groupe lorrain d'audit médical, site internet <http://www.glam-sante.org/>
- [6] Rapport OPEMA Observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire, (Novembre 2009) <http://www.afssaps.fr/>
- [7] RCP Résumé caractéristique du produit, base Thériaque et Vidal, Buprénorphine haut dosage et Méthadone
- [8] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée <http://www.cnrd.fr/>
- [9] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 59, Version consolidée au 23 juillet 2009 <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [10] Loi n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

- [11] Gallois P. Historique de la FMC en France. In Gallois P. La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris ; Médecine-Sciences Flammarion : 1997.
- [12] ANDEM Formation médicale continue en médecine ambulatoire : pratiques d'évaluation. Mai 1995
- [13] Site UNAFORMEC www.unaformec.org
- [14] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [15] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Article 14
<http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [16] Haute Autorité de Santé - EPP - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_465639/epp-questions-reponses
- [17] Evaluation des pratiques professionnelles dans un établissement de santé , Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration , ANAES , juin 2003
- [18] L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles , ANAES , Avril 1999
- [19] Site internet URPS Lorraine <http://www.union-lorraine.org/>
- [20] Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacés : détermination du cadre de mise en œuvre des traitements de substitution. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

[21]Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France OFDT (Juin 2003) <http://www.ofdt.fr/>

[22]L'accès à la méthadone, Bilan et recommandations, Rapport réalisé à la demande de Bernard KOUCHNER, Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, Jean-François BLOCH-LAINÉ, William LOWENSTEIN, Alain MOREL, 2001 http://www.oppelia.fr/IMG/pdf/article_trait_42.pdf

[23]Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire) Philippe Chossegros

Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 31, N° 8-9-C3 - août-septembre 2007 pp. 44-50

[24]Article L-628 du Code de la santé publique et Article L-355-14 du Code de la santé publique. <http://www.drogues.gouv.fr>

[25]Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, PELLETIER Monique, La Documentation française, Paris, 1978

[26]Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants. Rapport au Premier ministre, TRAUTMANN Catherine, La Documentation française, Paris, 1990

[27]Plan gouvernemental de lutte contre la drogue. Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, 21 septembre 1993 <http://www.drogues.gouv.fr>

[28]Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, président Roger Henrion, Paris, La Documentation française, 1995

[29] Rapport et avis du Conseil national de lutte contre le sida, sur la toxicomanie et le sida, lors de la présentation du dispositif de lutte contre la drogue à la Direction générale du ministère de la Santé. Libération du 22/09/1993

- [30] Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés- ANAES Avril 1998
- [31] L'évaluation en toxicomanie : questions préalables, BULART C. , LAHAYE D. , PADIEU R. , RICAUX G., TOXIBASE N° 2/1995
- [32] Note d'information de la Direction générale de la santé, 27 juin 1996. <http://bdoc.ofdt.fr>
- [33] Compte-rendu de la réunion de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes du 23 octobre 2008, AFSSAPS, Adopté le 8 janvier 2009 <http://www.afssaps.fr/>
- [34] Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007, tendances récentes sur le site de Metz, OFDT, juin 2009 <http://www.ofdt.fr/>
- [35] Commission de transparence Méthadone, HAS 19 décembre 2007
- [36] Rapport AFSSAPS Méthadone gélules, mai 2007 <http://www.afssaps.fr/>
- [37] Méthadone gélules : une mise sur le marché très encadrée pour un meilleur suivi, Ordre National des Pharmaciens, LNP n°359, 2 mai 2008
- [38] Circulaire DGS n°4 du 11/01/95 <http://bdoc.ofdt.fr/>
- [39] La méthadone, TOUZEAU D. et BOUCHEZ J. , Toxibase, 1998
- [40] Buprénorphine en traitement de substitution : un intérêt confirmé, Revue Prescrire, Septembre 2005 tome 25 N°264
- [41] Pratique des traitements à la méthadone, BERTSCHY G.
Masson, collection médecine et psychothérapie, Paris, 1995, 113p.
- [42] Initialisation du traitement par méthadone, Obradovic I. , Canarelli T. , OFDT février 2008 <http://www.ofdt.fr/>

[43] Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

[44] Méthadone : preuves et perspectives, Poloméni P. Medecine Mars 2009

[45] Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française MOREL A., TOXIBASE N° 3/2000

[46] Opiacés et produits de substitution, G. PEPIN, M. CHEZE, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Biologie clinique [90-50-0125] , 2003

[47] Communiqué de presse, dernières données sur les traitements substitutifs aux opiacés :

Une analyse portant sur des données de remboursement de plus de 4 500 patients en 2006 et en 2007 permet de mieux connaître leur profil et d'évaluer les indicateurs de possibles détournements de la BHD, OFDT, 3 juin 2009 <http://www.ofdt.fr/>

[48] Buprénorphine + Naloxone (Suboxone®) Revue Prescrire n°284 juin 2007; 27 (284) : 405-408

[49] Bilan des politiques publique en matières de substitution aux opiacés, Rapport de l'académie nationale de pharmacie, Janvier 2009 <http://www.acadpharm.org/>

[50] Commission de la transparence Subuxone® HAS 16 avril 2008

[51] Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge - synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche, Ministère de la Santé et des Solidarités , juin 1998 <http://www.sante.gouv.fr/>

- [52] Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS, mai 2007
- [53] Méthadone et grossesse, Revue de la littérature et données récentes, Laure NACACHE, Béatrice CHERRIH, Angelina DARREYE, Claude LEJEUNE, Le Flyer N°36, Mai 2009
- [54] Grossesse et substitution, Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés, C.Lejeune, L. Simmat-Durand, OFDT, Juillet 2003 <http://www.ofdt.fr/>
- [55] Grossesse chez les patientes dépendantes aux opiacés, Revue Prescrire, Décembre 2005 tome 25 N°267
- [56] Base de données du centre de références sur les agents tératogènes CRAT, <http://www.lecrat.org/>
- [57] Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, Tiphaine Canarelli, Anaëlle Coquelin, OFDT , Tendances n°65 , Mai 2009 <http://www.ofdt.fr/>
- [58] Plan de gestion des risques des spécialités pharmaceutiques contenant de la buprénorphine, AFSSAPS, Avril 2007 <http://www.afssaps.fr>
- [59] Les traitements de substitution en France : résultats 2004, OFDT , tendances n°37 , Juin 2004 <http://www.ofdt.fr/>
- [60] Médicam 2006, Cnamts , Avril 2007 <http://www.ameli.fr/>
- [61] 8^e rapport national du dispositif TREND, Tendances n°58, OFDT, Février 2008 <http://www.ofdt.fr/>
- [62] Plan de gestion des risques des spécialités pharmaceutiques contenant de la méthadone, AFSSAPS, Avril 2008 <http://www.afssaps.fr>

[63] Ministère de la Santé - Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

[64] ANAES Dépistage de l'hépatite C - Populations à dépister et modalités du dépistage / Janvier 2001

[65] Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues Résultats de l'enquête InVS-ANRS Coquelicot, France 2004
<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>

[66] Bilan de la mise en application de l'arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale .
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

[67] Le dépistage de l'hépatite C en médecine ambulatoire : une tentative d'évaluation, Judith Fischer , Juin 2007 , thèse d'exercice en médecine Nancy

[68] Livre blanc de l'addictologie française : 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France, Fédération française d'addictologie, 24 mai 2011
http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf

Audit : le guide méthodologique du GLAM

Un vade-mecum pour ne rien oublier

1. Définir précisément le thème : quelle est la question ? (principale, possibilité de questions secondaires)
2. La cible : quels sont les professionnels concernés ? Quel secteur géographique ? Envoi en nombre ou en 2 temps ou ciblé ?
3. Ecrire l'argumentaire scientifique (nos références) et pragmatique : quelle justification à cet audit compte tenu de ce la connaissance actuelle des pratiques. L'argumentaire précise la méthodologie de l'audit (encadré habituel)
4. Rechercher une éventuelle validation universitaire (étape facultative)
5. Un partenariat à rechercher ? avec ou sans co financement.
6. Définir le budget et le financement
7. Les critères évalués : la grille
8. Les critères d'inclusion (qui inclure?)
9. Le mode d'inclusion (comment inclure : rétro ou prospectif)
10. La durée du recueil et / ou le nombre de patients à inclure
11. Réaliser le test de faisabilité
12. Ecrire la lettre d'invitation (signée du responsable de l'audit, du chargé de l'exploitation et éventuellement du responsable de la structure partenaire), qui fait référence à la loi du 14/08/2004.
13. Le chevalet (si le budget le permet)
14. Définir les objectifs (la norme) en vue du 2^{ème} tour
15. Etablir le calendrier prévisionnel
16. Faire signer l'engagement de confidentialité au chargé de l'exploitation
17. Demander aux participants l'autorisation de publier les résultats agrégés
18. Recueil des grilles et relance éventuelle
19. Exploiter le 1^{er} tour
20. Envoyer les résultats à chaque participant en dégagant points forts de la pratique et "gisements de qualité"
21. Organiser une ou plusieurs réunions de restitution afin de proposer des pistes d'amélioration en vue du 2^{ème} tour (nos recommandations)
22. Demander aux participants de définir leur piste personnelle d'amélioration des pratiques, élaborée avec l'aide d'un médecin habilité. La piste est définie par l'utilisateur, éventuellement choisie parmi les pistes proposées par le groupe. Elle est confidentielle.
23. Recueil du 2^{ème} tour et relance éventuelle
24. Exploiter le 2^{ème} tour
25. Envoyer les résultats à chaque participant et une attestation de participation
26. Publier

ANNEXE 2 : Charte du GLAM

- Nos audits reposent sur le volontariat et ont pour seul objet l'amélioration de la qualité des soins.
- Le GLAM est maître du choix des sujets d'audits qu'il conçoit et qui doivent répondre aux préoccupations des médecins dans leur exercice quotidien : constater un dysfonctionnement des pratiques, repérer une recommandation méconnue ou non appliquée...
- Nous gardons la liberté du choix de la méthodologie.
- Nos audits reposent sur le principe de l'autoévaluation, la plus apte à induire un changement de comportement. L'évaluation externe est envisageable si l'audit ne se prête pas à l'évaluation interne et si l'ensemble du groupe donne son accord.
- Nous sommes propriétaires des résultats et décidons de l'exploitation qui en est faite.
- Nos audits respectent l'anonymat des participants et le secret médical. Nous garantissons la confidentialité des résultats individuels.

12 mars 2002

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU **DSM-IV**

DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, American Psychiatric Association, Masson, 2003.

Dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
- b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance;

2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a) syndrome de sevrage caractérisé de la substance (voir les critères A et B des Critères de sevrage à une substance spécifique);
- b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue;

4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance;

5. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir la substance , à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets;

6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;

7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé

par la substance (p. ex., poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Spécifier si :

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage

Abus d'une substance

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (p. ex., absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères);
2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex., lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance);
3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation d'une substance);
4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (p. ex., disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL



1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Objet : invitation à l'audit « prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés (TSO) en médecine générale »

Cher confrère,

Depuis mars 1995, les généralistes peuvent renouveler le traitement par méthadone. Depuis février 1996 et la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD), les médecins généralistes peuvent instaurer un traitement de substitution aux opiacés (TSO) en médecine ambulatoire.

Le nombre de patients sous TSO (méthadone ou BHD) a été multiplié par 12 en 12 ans. On estime à 120000 le nombre de dépendants aux opiacés sous traitement substitutif en France en 2007. [1]

Cependant, ce système de prise en charge de masse a tendance à favoriser les dérives d'utilisation de ces traitements et à induire un suivi moins rigoureux des toxicomanes.

Ces constats sont à l'origine d'un nouvel audit que le GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical) vous propose :

Prise en charge des patients sous TSO en médecine générale

Qui inclure ?

Tous les patients vus en consultation, traités depuis plus de 6 mois par TSO (méthadone ou buprénorphine haut dosage), ayant consulté au moins 5 fois pour ce motif. (Nécessité d'un suivi régulier)

Comment inclure ?

Les 10 prochains patients sous TSO, vus en consultation.

Le plus simple est d'inclure au fur et à mesure des consultations.

Le recueil des données est rétrospectif : vous devez tenir compte des informations existant dans le dossier médical lors des précédentes consultations (ne tenir compte que des informations déjà présentes dans le dossier avant la consultation de l'inclusion).

Vous voudrez bien adresser la partie destinée au recueil des données à l'adresse indiquée sur la grille, (même si la grille n'est pas entièrement complétée.)

Cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale.

Nous vous rappelons qu'en participant à cet audit, vous acceptez que les données agrégées et anonymisées puissent faire l'objet d'une publication.

En souhaitant un bon accueil de votre part à cette démarche d'auto-évaluation, nous vous adressons nos salutations confraternelles.



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

6 quai Paul Wiltzer 57000 metz - 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

http://www.glam-sante.org

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

La prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés (TSO)

Médecins concernés : généralistes

Qui inclure?

Les patients vus en consultation, traités depuis plus de six mois par TSO (méthadone et buprénorphine haut dosage), ayant consulté au moins cinq fois pour ce motif

Comment inclure?

- Vous incluez les prochains patients qui se présentent à la consultation, et qui répondent aux critères d'inclusion (maximum 10 patients)
- Le recueil est rétrospectif : ne pas tenir compte de la consultation de ce jour



Code médecin : .../.../...		Code médecin : .../.../...		Date de début de recueil :		Partie à adressée au GLAM , 6 quai Paul Wiltzer 57000 METZ														Audit TSO 1er tour	
Partie à conserver		Partie à adressée au GLAM , 6 quai Paul Wiltzer 57000 METZ																			
N°	Nom et Prénom	Trouve-t-on dans le dossier la mention :																		Commentaires	
		de consommation d'opiacés avant le traitement (dont la buprénorphine)		de recherche de co-addictions : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, autres drogues, benzodiazépines, divers *		de recherche d'injections avant traitement		de recherche d'une persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement		de résultat de sérologie VHC		du nom de la pharmacie		de la posologie de la dernière prescription		de la durée de la dernière prescription		du rythme de délivrance de la dernière prescription			
		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		
Ex	ROUANA Marie	x		x		x		x			x	x		x		x		x		Méthadone, grossesse, tabac, cannabis	
ex	ERO Inès	x		x		x		x		x		x		x		x		x		Début de consommation par buprénorphine	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

* Recherche de Co-addictions : divers dont jeux pathologiques et autres psychotropes



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL



1. 1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

2. Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Argumentaire “ Prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés (TSO)”

L'AUDIT MEDICAL

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants.

Deux étapes se succèdent :

- La préparation : un groupe de médecins choisit un thème de travail, recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.
- La réalisation : Le recueil de données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ?

Sinon, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif souhaité ?

Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart, puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.

Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

EPIDEMIOLOGIE ET HISTORIQUE

Dès 1995, l'accès à la méthadone est possible en centres spécialisés où a lieu la primo-prescription. Le médecin généraliste peut renouveler le traitement, et il existe depuis avril 2008 une galénique sous forme de gélules. Depuis février 1996 et la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD), les médecins généralistes peuvent instaurer un traitement de substitution aux opiacés (TSO) en médecine ambulatoire. On estime à 120 000 le nombre de patients dépendants des opiacés sous traitement substitutif en France en 2007 (soit environ 12 fois plus qu'en 1995) [1].

Le traitement substitutif aux opiacés par BHD concerne 68% des patients sous protocole de substitution contre 30% pour la méthadone en novembre 2008 [2].

JUSTIFICATION DE L'AUDIT

Les TSO sont exclusivement indiquée dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique [3] .

La prescription des TSO et le suivi de patients nécessitent plusieurs précautions détaillées dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). [4][5]

Toute prescription de TSO (méthadone ou buprénorphine haut dosage) dans le cadre d'un sevrage de toxicomanie ne se justifie que dans le cas de consommation préalable d'opiacés (héroïne et buprénorphine). Il y a donc lieu de vérifier la consommation d'héroïne avant la mise en route de tout traitement.

Des notions fondamentales à rechercher avant l'introduction de traitement sont l'historique et la voie d'administration .

D'autre part, il est établi qu'un patient « injecteur » aura plus tendance à détourner l'utilisation des TSO. Il convient , avant de démarrer tout traitement de rechercher par l'interrogatoire, et par l'examen clinique la notion d'injections, et de contrôler les sérologies (VHC au minimum).

La demande de sérologie doit apparaître dans le dossier, ainsi que les résultats.

La recherche de co-addictions (alcool, tabac, cannabis, autres drogues, benzodiazépines ...) doivent être notées : elles conditionnent le choix et les modalités de suivi du TSO.

La mention du nom de la pharmacie (voire son numéro de téléphone) témoigne du travail en réseau : c'est le premier échelon de la prise en charge pluridisciplinaire .

En ce qui concerne les modalités de prescription, nous ne reviendrons pas sur les règles de rédactions spécifiques aux ordonnances de produits stupéfiants.

Il existe différentes formes de mauvaise utilisation des médicaments de substitution aux opiacés. Le terme de mésusage s'applique à la majoration des doses, à l'association avec d'autres substances illicites, avec l'alcool ou avec des benzodiazépines, ainsi qu'au trafic de médicaments. L'utilisation est dite mauvaise lorsqu'elle n'est pas conforme avec les règles de bon usage définies par l'AMM et figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP). La mauvaise utilisation est particulièrement visible pour la buprénorphine, mais existe aussi pour la méthadone.

Selon le rapport OPEMA 2008, 10 % des sujets obtiennent les médicaments de manière illégale et 10 % consomment des doses hors AMM (méthadone et BHD).

OBJECTIFS DE L'AUDIT

Il faut insister sur les notions qui permettent, par leur mention dans le dossier, de vérifier que le « contrat » passé avec le patient est respecté : posologie quotidienne, durée de prescription, mode de délivrance (quotidien, hebdomadaire, pour 28 jours...) Cela permet effectivement de détecter les mésusages, les surdosages, les abandons, les diminutions spontanées et d'engager le dialogue pour essayer de comprendre les motivations du patient.

Cet audit a pour but d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients sous méthadone ou sous BHD en évaluant s'il existe dans le dossier médical la mention de :

- consommation d'opiacés avant le traitement
- recherche de co-addictions
- injections avant traitement
- persistance de consommation pendant le traitement
- résultat de sérologie VHC
- nom de la pharmacie
- posologie de la dernière prescription
- durée de la dernière prescription
- rythme de délivrance de la dernière prescription

Le but est de retrouver, en recherchant dans le dossier, ces mentions quelque soit le résultat (la notion d'injection d'opiacés ou d'absence d'injection doit être notée systématiquement).

REFERENCES

- [1] Drogues, Chiffres-clés : 2^e édition .Rapport OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanes (Juin 2009)
- [2] Rapport OPEMA Observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire, (Novembre 2008)
- [3] RCP Résumé caractéristique du produit, base Thériaque et Vidal, Buprénorphine haut dosage et Méthadone
- [4] Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés - HAS (Juin 2004)
- [5] Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution – HAS (Juin 2004)

ANNEXE 7 : Score TMPS

Score de gravité des héroïnomanies ; intérêt dans les indications et le suivi des traitements de substitution. (W. Lowenstein et L. Gourarier , *Méthadone et les traitements de substitutions*, 1995)

C'est un score de gravité donnant une « note sur 20 », reproductible d'un médecin à l'autre, explorant les 4 axes diagnostiques principaux (histoire toxicomaniaque, suivi médical, situation personnelle et sociale et approche psychiatrique) et permettant de classer les patients en 4 stades (A, B, C et D) pour, éventuellement, guider les indications thérapeutiques (suivi du patient par le médecin généraliste ou le centre spécialisé, et choix des traitements de substitution ou de leur modification au cours de l'évolution).

Chaque patient se voit attribuer, dans chaque axe diagnostique, une note pouvant être 1, 2 ou 5 (pas de note 3, ni de note 4) :

1) Axe « toxicomanie » (T) :

1 POINT si : monotoxicomanie par voie nasale ; peu ou pas d'utilisation de benzodiazépines, d'amphétamines ou de barbituriques et de cocaïne ; pas d'alcoolisme ; partenaire non toxicomane ; pas de deal ou délinquance induits par la dépendance.

2 POINTS si : héroïnomanie par voie intraveineuse ou poly-toxicomanie (intoxications médicamenteuses chroniques ; alcoolisme modéré) ; usage fréquent de cocaïne, de crac ou d'amphétamines) ou partenaire toxicomane ou héroïnomanie > à 10 ans ou deal et délinquance favorisés par la dépendance.

5 POINTS si : polytoxicomanie par voie veineuse avec désocialisation majeure, antécédents ou risques actuels de complications médicales majeures (surdosages, infections, accidents de la voie publique et traumatismes importants) ou de complications judiciaires (incarcérations) à répétition ; ou alcoolisme grave associé.

2) Axe « suivi médical » (M) :

1 POINT si : suivi médical régulier et observance des traitements prescrits.

2 POINTS si : suivi médical irrégulier et difficultés d'observance thérapeutique.

5 POINTS si : pas de suivi médical (pas de connaissance des statuts sérologiques ; aucune vaccination faite ou à jour ; pas de traitement prophylactique etc.).

3) Axe « socio-personnel » (S) :

1 POINT si : situation sociale, professionnelle et familiale non *inquiétante ou satisfaisante*.

2 POINTS si : problèmes sociaux (pas d'hébergement personnel ; papiers non à jour ; procès ou jugements en cours non suivis ; pas de ressources personnelles et légales ou endettement majeur) ou familiaux (perte du contact avec les parents et/ou les enfants)-

5 POINTS si : errance quotidienne (SDF ou squatt) avec marginalisation complète et situation « abandonnique » et risques judiciaires majeurs.

4) Axe « approche psychiatrique » (P) :

1 POINT si : pas de troubles notables de la personnalité.

2 POINTS si : troubles de la personnalité modérés ou suivis et non décompensés (pas de TS ou passages à l'acte depuis au moins 6 mois).

5 POINTS si : troubles de la personnalité importants (TS, actes violents ou séjours en hôpital psychiatrique à répétition) nécessitant une prise en charge en milieu spécialisé.

L'addition des points dans chaque axe donne un score total de 4 à 20 points ; 4 étant le score minimal et 20 le score le plus grave. Il est à noter que la cotation « 1, 2 ou 5 » ne permet pas, mathématiquement, d'obtenir les totaux de 15, 18 et 19 points et que, seule la note 8/20 peut être obtenue par deux cotations différentes : (2 + 2 + 2 + 2) ou (5 + 1 + 1 + 1).

L'addition des points définit, selon la note sur 20, 4 **stades de gravité** croissante :

Stade A : score < à 8

Stade B : score < à 12 (et > à 7).

Stade C : score < à 16 (et supérieur à 11)

Stade D : score supérieur ou égal à 16 .

Cette cotation est réalisable à la fin de chaque consultation ou à des temps de consultation pré-définis (par exemple : 1^{ere} consultation puis consultation à J15, J30, J60, J90 puis à 6 mois, 1 an, 2 ans, etc.).

L'utilisation du score de gravité TMSP devrait permettre :

- d'évaluer systématiquement les 4 axes évitant de fâcheux oublis dans une catégorie (par exemple oubli de mise à jour d'une vaccination contre l'hépatite B ou de la prévention des infections opportunistes au cours de la maladie HIV...),
- de cerner des priorités à prendre en charge (situation sociale ou psychiatrique par exemple) ou de noter la persistance (ou l'émergence de problématiques spécifiques à un axe ;
- de comparer les scores au fil des consultations et d'apprécier l'efficacité des traitements ;
- de communiquer plus clairement et plus rapidement ; la réalisation du score et des stades étant, dans notre expérience, reproductible entre médecins quelle que soit la spécialité ou l'exercice généraliste de celui-ci ;
- de mieux cerner les indications thérapeutiques substitutives ainsi que les modalités de prise en charge (médecin généraliste ou centre spécialisé pour l'initiation du traitement et la stabilisation ?

Le score de gravité TMSP, facile et rapide à calculer, reproductible d'un médecin à l'autre, d'une consultation à l'autre, paraît un outil appréciable dans la pratique quotidienne comme dans la volonté d'évaluer et de surveiller l'efficacité des traitements de substitution ; il devrait permettre de mieux connaître la gravité des patients suivis dans les centres « spécialisés » et par les médecins généralistes ainsi que de cerner les indications des traitements ou des techniques (sevrage ; abstinence ; substitution).



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>



Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Boulay, le 1er octobre 2010

Objet : les audits de la rentrée

Cher confrère,

Le GLAM a le plaisir de vous présenter sa carte d'automne. Au menu : 3 audits qui vous sont envoyés groupés pour des raisons de trésorerie et de faisabilité.

En ce qui concerne le GLAM : une économie substantielle à l'heure où nos finances sont en difficulté.

En ce qui vous concerne, voici 3 audits qui explorent trois facettes de notre activité :

1. **La prise en charge du tabagisme chez nos patients à haut risque.** Une activité spécifique de la médecine générale : repérer les patients pour lesquels le tabagisme est particulièrement délétère et les accompagner vers le sevrage.
2. **La prescription des antiagrégants plaquettaires** : le bon médicament à celui qui en a besoin...et seulement à lui, compte tenu du rapport bénéfices / risques de ces médicaments.
3. **Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)** : réservé à ceux d'entre nous, nombreux, qui prennent en charge des patients dépendants des opiacés ; une bonne façon de vérifier que notre prise en charge est optimale.

Vous avez le choix :

☐ Le menu : vous démarrez les 3 audits ensemble (parfaitement réalisable sans indigestion: un peu d'organisation y pourvoit²)

☐ A la carte : vous choisissez de faire le ou les audits qui sont pertinents pour votre pratique.

Mais au menu ou à la carte, ne vous privez pas de déguster nos audits sans modération et de partager avec nous la gourmandise de les consommer, voire de les cuisiner, si le cœur vous en dit (le programme des réunions du GLAM est disponible sur <http://www.glam-sante.org>)

En espérant que ces évaluations de nos pratiques, dans un cadre associatif non contraignant, satisfassent votre curiosité et calment votre appétit, nous vous adressons nos plus cordiales salutations.

Dr Jacques BIRGÉ, Président du GLAM.

1. Si vous êtes sensibles au travail que réalise le GLAM, soutenez nous en adressant à notre trésorier (A.Mathieu, 21A chemin des dames, 57500 St Avoird) le montant, modique, de l'adhésion (30€) qui préserve notre indépendance et assure la pérennité de notre association.

2. Vous avez la possibilité de remplir les grilles en les téléchargeant sur le site du GLAM à la page :

<http://www.glam-sante.org/audits.php>



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>



Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Audit : « Prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés » Résultats du 1er tour

Votre n°Anonymat :

Critères retrouvés dans le dossier	Objectifs attendus	Ensemble des participants (valeurs extrêmes)	Vos résultats
Consommation d'opiacés avant le traitement	100%	93% (40-100%)	
Recherche de coaddictions	80%	93% (33-100%)	
Recherches d'injections avant le traitement	100%	70% (0-100%)	
Recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement	90%	75% (0-100%)	
Résultat de sérologie VHC	90%	66% (0-100%)	
Nom de la pharmacie	100%	95% (0-100%)	
Posologie de la dernière prescription	100%	99% (80-100%)	
Durée de la dernière prescription	100%	97% (40-100%)	
Rythme de délivrance de la dernière prescription	100%	96% (0-100%)	

ANNEXE 10 : Lettre d'invitation 2^e tour



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>



Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS

Audit : « Prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés »

Cher confrère,

Vous avez réalisé il y a quelques mois le 1^{er} tour de l'audit « Traitement substitutif aux opiacés » et nous vous en remercions. Au cours de ce 1^{er} tour, 24 médecins ont inclus 120 patients.

Nous vous adressons maintenant vos résultats personnels ainsi que les résultats de l'ensemble des participants.

Vous pourrez constater que le groupe a pratiquement atteint une majorité d'objectifs. Il en reste 3 qui mériteront une attention particulière lors du second tour de l'audit :

- Recherche avant traitement de consommation d'opiacés par injection
- Recherche et mention dans le dossier d'une sérologie VHC
- Recherche de consommation d'opiacés pendant le traitement.

Voici quelques pistes d'amélioration qui peuvent vous être proposées pour le second tour :

- Utiliser un questionnaire type lors de la 1^{ère} consultation, incluant la recherche de consommation d'opiacés
- Utiliser dans le dossier médical une rubrique Alerte pour la sérologie VHC
- Demander systématiquement chaque mois la persistance de consommation d'opiacés , la recherche d'injection.

C'est maintenant le moment de réaliser le second tour de l'audit.

Pour ce second tour, la grille de l'audit a été simplifiée et n'inclut que les critères à améliorer :

- Recherches d'injections avant le traitement (et non présence d'injection)
- Résultat de sérologie VHC
- Recherche de persistance de consommation pendant le traitement

Critères d'inclusion : Tous les patients vus en consultation, traités depuis plus de 6 mois par TSO (méthadone ou buprénorphine haut dosage), ayant consulté au moins 5 fois pour ce motif. (Nécessité d'un suivi régulier)

Comment inclure ? Les 10 prochains patients sous TSO, vus en consultation.

Le plus simple est d'inclure au fur et à mesure des consultations. Le recueil des données est rétrospectif : vous devez tenir compte des informations existant dans le dossier médical lors des précédentes consultations (ne tenir compte que des informations déjà présentes dans le dossier avant la consultation de l'inclusion).

Le dépouillement des grilles sera effectué de façon anonyme.

Ce travail ne prend son sens que par la réalisation des deux tours. En effet, c'est l'amélioration des pratiques par les deux tours qui justifie l'audit.

Nous vous rappelons que cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale.

Nous comptons sur votre participation et vous prions de croire en l'assurance de nos salutations confraternelles.

Audrey LE MAUX
Thésarde

Jean-Michel MARTY
Directeur de thèse



GRUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

6 quai Paul Wiltzer 57 000 metz - 03 87 57 33 66

Séualie r pour éualier

http://www.glam-saite.org

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS
La prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés (TSO)



Médecins concernés : généralistes

Qui inclure? Les patients sous consultation, traités depuis plus de six mois par TSO (méthadone et buprénorphine haut dosage), ayant consulté au moins cinq fois pour ce motif

Comment inclure? Vous incluez les prochains patients qui se présentent à la consultation, et qui répondent aux critères d'inclusion (maximum 10 patients)
Le recensement est prospectif : ne pas tenir compte de la consultation de ce jour

Code médecin :/...../.....		Code médecin :/...../.....				Audit TSO 2 ^e tour			
Partie à conserver		Partie à adressée au GLAM, 6 quai Paul Wiltzer 57 000 METZ							
N°	Nom et Prénom	Trouve-t-on dans le dossier la mention :							
		de recherche d'injections avant traitement		de recherche d'une persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement		de résultat de sérologie VHC		Commentaires	
		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		
Ex	ROUANA Marie	x		x			x	Métadone, grossesse, tabac, cannabis	
ex	EROIERS	x		x		x		Débâcle consommation par buprénorphine	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

FICHE MEMO 1^{ere} CONSULTATION

1) Evaluation des dépendances

- Produits anciens et actuels

- Mode d'administration : P O , IV , voie nasale ...

- Recherche de co-addictions

2) Evaluation médicale

- Examen clinique : ne pas oublier les sites d'injection

- Biologie : VHC, VHB, VIH, insuffisance hépatique (CI absolue à la

buprénorphine) et/ou rénale , grossesse*.

* voir demande dans l'audit mais néanmoins nécessaire pour le suivi

VU

NANCY, le 30 janvier 2012

Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le 20 mars 2012

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3928

NANCY, le 27 mars 2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

La porte d'entrée dans le soin la plus fréquemment empruntée par les usagers ou patients aux prises avec une dépendance ou un abus de consommation est la médecine générale. Ce constat s'applique aux dépendances au tabac et à l'alcool mais aussi à la dépendance aux opiacés.

En 2010, 24 médecins généralistes lorrains ont participé au 1er tour de l'audit élaboré par le Groupe Lorrain d'Audit Médical, portant sur le suivi des patients sous traitements substitutifs aux opiacés. L'analyse des résultats a révélé que sur les 9 critères retenus, trois n'étaient pas à l'objectif (résultat de sérologie VHC, recherche avant le traitement d'injection IV, et recherche de persistance de consommation d'opiacés pendant le traitement).

Un 2nd tour sur ces 3 critères a donc été réalisé en 2011, rassemblant 12 médecins parmi les 24 médecins ayant participé au 1er tour.

Les résultats ne montrent pas d'amélioration significative entre les 2 tours pour ces critères. Les pistes d'amélioration proposées par le GLAM semblent avoir eu un faible impact au second tour. Il s'agit peut-être de l'absence de temps suffisant aux médecins pour leur permettre d'appliquer les recommandations.

Le GLAM a proposé des pistes d'amélioration à l'issue du premier tour visant à améliorer les pratiques médicales : utiliser un questionnaire type lors de la 1ère consultation, incluant la recherche de consommation d'opiacés, utiliser dans le dossier médical une rubrique alerte pour la sérologie VHC, demander systématiquement chaque mois la persistance de consommation d'opiacés et la recherche d'injection.

La devise du GLAM est « S'évaluer pour évoluer ». S'évaluer, c'est apprécier objectivement l'efficacité de sa méthode de travail pour permettre un meilleur choix pour le malade.

L'audit médical reste malgré tout un très bon outil d'évaluation et donc d'amélioration des pratiques professionnelles. Mais les conditions de sa réalisation et de sa diffusion restent à optimiser.

TITRE EN ANGLAIS

Management of patients on opioid substitution treatment: practice audit with general practitioners in Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE – 2012

MOTS CLEFS

Traitements substitutifs aux opiacés, médecine générale, audit médical, évaluation

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex