



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>

UNIVERSITE DE LORRAINE – 2017

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Charly BEYAERT

Le 18/10/2017

**EVALUATION DE LA POSITION DES MEDECINS GENERALISTES
FRANÇAIS PAR RAPPORT AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION
AUX OPIACES (TSO)**

Membres du jury :

Président :

M. DI PATRIZIO PAOLO, Professeur

Juges :

M. KAHN Jean-Pierre, Professeur

M. BRAUN Marc, Professeur

Mme TOURNEBIZE Juliana, Docteur



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -

Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD -

Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe

HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER -

Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques

LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL -

Pierre MATHIEU

Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur Serge BRIANÇON
 Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER
 Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO
Médecin généraliste à Dombasle-sur-Meurthe

Vous êtes à l'origine de ce travail et vous nous faites un grand honneur en nous l'ayant confié.

Pour votre enthousiasme et votre rigueur dans l'encadrement des SASPAS, dont j'ai fait partie, à votre cabinet.

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

Pour votre constante disponibilité.

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

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Professeur de psychiatrie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger cette thèse.
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 et de notre respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Marc BRAUN
Doyen de la Faculté de Médecine

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

Pour tout ce que vous faites pour améliorer le quotidien des étudiants en médecine de Nancy.

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

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Juliana TOURNEBIZE
Pharmacienne au CEIP

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

Nous adressons nos remerciements les plus sincères pour tous vos conseils qui ont permis d'améliorer ce travail, et de nous remotiver quand il y en avait besoin.

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

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

<u>Liste des abréviations</u>	16
<u>Introduction</u>	17
<u>Partie Théorique : Addiction aux opiacés et prescription des TSO</u>	18
I. L'addiction aux Opiacés	19
1. <u>Définition de l'addiction aux Opiacés</u>	19
2. <u>Etat des lieux en France</u>	22
3. <u>Les Opiacés dans le monde</u>	23
II. Les Traitements de Substitution aux Opiacés	26
1. <u>D'un sevrage à une prise en charge substitutive</u>	27
2. <u>La prise en charge par méthadone</u>	28
2.1 Historique.....	28
2.2 Données cliniques.....	28
2.2.1 Indication	28
2.2.2 Contre-indications	28
2.3 Données pharmacologiques.....	29
2.3.1 Propriétés pharmacodynamiques	29
2.3.2 Propriétés pharmacocinétiques	30
2.3.3 Conditionnement	30
2.4 Modalités de prescription	31
2.5 Modalités de délivrance.....	31
3. <u>La prise en charge par buprénorphine</u>	32
3.1 Historique.....	32
3.2 Données cliniques.....	32
3.2.1 Indication	32
3.2.2 Contre-indications	32
3.3 Données pharmacologiques.....	33
3.3.1 Propriétés pharmacodynamiques	33
3.3.2 Propriétés pharmacocinétiques	34
3.3.3 Conditionnement	34
3.4 Le Suboxone®.....	35

3.5 Modalités de prescription.....	36
3.6 Modalités de délivrance.....	36
<u>Partie Pratique : Evaluation de la position des médecins généralistes français par rapport aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)</u>	37
<u>I. Matériel et méthodes</u>	38
1. <u>Méthode d'échantillonnage</u>	38
1.1 Mode d'échantillonnage.....	38
1.2 Taille de l'échantillon	38
2. <u>Choix de la méthode</u>	39
3. <u>Les entretiens</u>	39
3.1 Des entretiens dirigés	39
3.2 Questionnaire	40
4. <u>Déroulement de l'étude</u>	50
5. <u>Méthode d'analyse statistique</u>	50
<u>II. Résultats</u>	51
1. <u>Caractéristiques des personnes interrogées</u>	51
2. <u>Profil de prescription de TSO des médecins interrogés</u>	53
3. <u>Les critères de prescription de TSO des médecins interrogés prescripteurs</u>	54
4. <u>Profil des non-prescripteurs de TSO</u>	59
5. <u>Les formations initiales et complémentaires spécifiques des médecins interrogés</u>	62
6. <u>Connaissances sur les molécules</u>	67
6.1 L'instauration des TSO	67
6.2 Le renouvellement des TSO	72
7. <u>Instauration des TSO et orientation des patients</u>	76
8. <u>Taille des patientèles des médecins généralistes prescripteurs de TSO</u>	80
9. <u>Estimation de l'effet des TSO sur la consommation d'opiacés</u>	81
10. <u>Les avantages des molécules ressentis par les médecins</u>	82
11. <u>Aisance des médecins interrogés dans la prescription des TSO</u>	84
12. <u>Réglementation sur les TSO</u>	86
13. <u>Efficacité de la prise en charge globale des patients toxicomanes</u>	88

14. <u>Présence de structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes (CSAPA, service d'Addictologie) dans un rayon de 50Km par rapport aux médecins de l'étude</u>	92
15. <u>Demande d'avis spécialisés d'un praticien d'une structure spécialisée dans prise en charge de patients toxicomanes</u>	92
16. <u>Opinion des médecins concernant la réinsertion des patients sous TSO</u>	92
17. <u>Craintes des médecins concernant la prise en charge des patients toxicomanes</u>	95
18. <u>Opinion des médecins interrogés sur les patients toxicomanes</u>	96
III. <u>Discussion</u>	100
1. <u>Limites et biais de la méthode</u>	100
1.1 Biais liés au taux de participation des médecins.....	100
1.2 Biais liés au questionnaire	101
1.3 Biais liés à l'interviewer.....	101
2. <u>Résultats</u>	101
2.1 Les TSO : une évaluation de leur efficacité globalement positive	101
2.2 Les critères de prescription	103
2.3 Les TSO : un choix selon le profil du patient.....	104
2.4 Un manque de connaissances de la prise en charge des patients toxicomanes.....	105
2.5 La peur de la surconsommation et du marché noir	108
2.6 Une prise en charge difficile.....	110
2.7 Un besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire	111
2.8 Un besoin de se sentir en règle	113
2.9 Les autres freins que l'on ne retrouve pas dans l'étude	113
<u>Conclusion</u>	116
<u>Bibliographie</u>	118

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

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

DEA : Drug Enforcement Administration

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECG : Electrocardiogramme

FI : Formation Initiale

FMC : Formation Médicale Complémentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

Introduction

Selon les études, les Traitements de Substitution aux Opiacés sont considérés comme l'un des points les plus efficaces dans la prise en charge des dépendances aux opiacés. Dès 1995, la méthadone est disponible en primo-prescription en centres spécialisés et le spectre des thérapeutiques sera vite complété puisque la buprénorphine haut dosage est disponible en ville en instauration par les médecins généralistes dès février 1996.

En association avec une prise en charge psychologique et sociale, ces traitements ont permis une diminution de la mortalité, une amélioration de l'accès aux soins et des conditions de vie des toxicomanes ainsi qu'une réduction de la transmission virale. [1]

Les données les plus récentes estiment que près de 150 000 patients sont traités par TSO en France [2] et les médecins généralistes ont un rôle majeur dans ces prises en charge. Pourtant, peu de médecins prennent en charge ces patients. En effet, en 2007, 20% des Médecins Généralistes seulement prenaient en charge 73% des patients dépendants aux opiacés [3].

Malgré cette inégalité de prescriptions bien réelle, celle-ci n'est pas clairement expliquée dans la littérature. Nous nous sommes donc interrogés sur la représentation qu'ont les Médecins Généralistes des TSO, qu'ils soient prescripteurs ou non, et sur les freins à la prescription de ces traitements.

Dans un premier temps, nous définirons l'addiction aux opiacés et reviendrons sur quelques chiffres. Nous détaillerons aussi les TSO actuellement disponibles, que ce soit leur historique, leurs données pharmacologiques ou leurs règles de prescription.

Dans un deuxième temps, nous présenterons notre travail. Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale à questions ouvertes et fermées permettant de mettre en évidence les freins à la prescription de ces TSO.

Dans une troisième et dernière partie, nous discuterons les résultats obtenus afin d'en faire ressortir les problématiques et de proposer des pistes pour améliorer les pratiques des Médecins Généralistes, que ce soit dans la connaissance des produits et la prise de décision thérapeutique, ou dans la prise en charge plus globale du patient, qu'elle soit médicale ou sociale.

Partie Théorique :
Addiction aux opiacés et prescription des
TSO

I. L'addiction aux Opiacés

1. Définition de l'addiction aux Opiacés

La notion d'addiction est ancienne, mais ce concept s'est surtout développé depuis les années 1960-1970. Ainsi on pourra trouver plusieurs définitions.

Le dictionnaire « Larousse » définit l'addiction, ou conduite addictive, comme « un comportement répétitif plus ou moins incoercible et nuisible à la santé (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, boulimie, anorexie). » [4]

Le psychiatre Goodman a publié en 1990, dans le British Journal of Addiction, des critères du trouble addictif [5]. Si ceux-ci ont été élaborés initialement pour théoriser les pratiques sexuelles addictives, elles sont en fait applicables à toutes les addictions comportementales :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.

8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

La 10^{ème} révision de la Classification statistique Internationale des Maladies (CIM-10) [6] ne parle pas d'addiction mais de syndrome de dépendance et le définit comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de l'année précédente :

- A. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- B. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- C. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- D. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- E. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- F. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Enfin, la DSM-V, 5^{ème} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ouvrage de référence décrivant et classifiant les troubles mentaux, propose une définition de l'addiction très proche de la définition de Goodman [7]. Celle-ci se définit comme

« Un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de ses effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage du produit caractérisé
 - b. Le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »

En fonction du nombre de critères, on définit un degré d'addiction. Ainsi, l'addiction légère est définie par la présence de 2 à 3 critères, 4 ou 5 critères déterminent l'addiction modérée. Enfin, une addiction sévère est marquée par la présence 6 critères ou plus.

2. Etat des lieux en France

L'héroïne est l'opiacé, produit obtenu à partir de l'opium, le plus recherché en tant que drogue. Ses propriétés pharmacologiques sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Elle provoque un apaisement, une euphorie ainsi qu'une sensation d'extase. Cet effet de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque.

L'héroïne est une substance interdite sur le plan international, listée au tableau I de la convention unique sur les stupéfiants depuis 1961 [8].

De par ce caractère illégal, connaître précisément les chiffres de la consommation en héroïne est bien plus compliqué que ceux du tabac. Cependant, grâce au Baromètre Santé de L'Inpes et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) [9], on possède quelques indicateurs.

Le niveau d'expérimentation de l'héroïne (usage au moins une fois dans la vie) en population générale en France est faible, de l'ordre de 1.5% en 2014 (en légère hausse par rapport à 2010, 1.3%) dans l'ensemble des 18/64 ans (2.5% parmi les hommes et 0.6% parmi les femmes). Concernant les jeunes âgés de 17 ans, 1% a expérimenté l'héroïne (en phase de stabilité depuis 2010).

600 000 personnes âgées de 11 à 75 ans auraient consommé au moins une fois de l'héroïne au cours de leur vie. Si ce chiffre ne permet pas d'évaluer une quelconque consommation régulière, il permet néanmoins de mesurer la diffusion du produit dans la population. Cette diffusion reste relativement basse en comparaison aux autres substances psychoactives (alcool : 46.9 millions d'expérimentateurs (au moins 1 usage au cours de la vie), tabac : 38.2 millions, cannabis : 17 millions, cocaïne : 2.2 millions, ecstasy : 1.7 million).

Parmi ces 600 000 expérimentateurs, 0.2% des personnes âgées de 18 à 64 ans auraient consommé au cours de l'année 2014.

D'après les données de l'assurance maladie, près de 150 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de Traitement de Substitution (TSO) délivré en ville en 2012 [10]. 70% des bénéficiaires ont reçu de la buprénorphine haut dosage (BHD), soit 105 000 personnes. La méthadone, elle, a été deux fois moins délivrée avec 47 000 bénéficiaires, soit 32%. Le Suboxone®, mis sur le marché la même année, ne représente qu'une toute petite part avec 2.3% des bénéficiaires (soit 3500 patients).

3. Les Opiacés dans le monde

On estime que 13.5 millions de personnes dans le monde prennent des opioïdes dont 9.2 millions de l'héroïne.

L'Enquête nationale sur les drogues et la santé de 2007 a rapporté qu'il y aurait environ 155 000 personnes qui consommeraient de l'héroïne aux Etats-Unis [11]. D'autres estimations évoquent des chiffres bien plus élevés avec environ 950 000 consommateurs [12]. Les Opiacés représenteraient 18% des admissions pour prise en charge d'une addiction à la drogue et à l'alcool aux Etats-Unis.

Selon le rapport de 2016 de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, il existe en Europe 1.3 millions d'usagers problématiques d'opiacés, soit une prévalence de 0.4% [12]. La prévalence varie entre moins d'1 cas jusqu'à environ 8 cas pour 1000 individus âgés de 15 à 64 ans selon les pays. Toujours selon les estimations, environ 75% des consommateurs problématiques d'opiacés sont signalés au Royaume-Uni, en France, en Italie, en Allemagne et en Espagne.

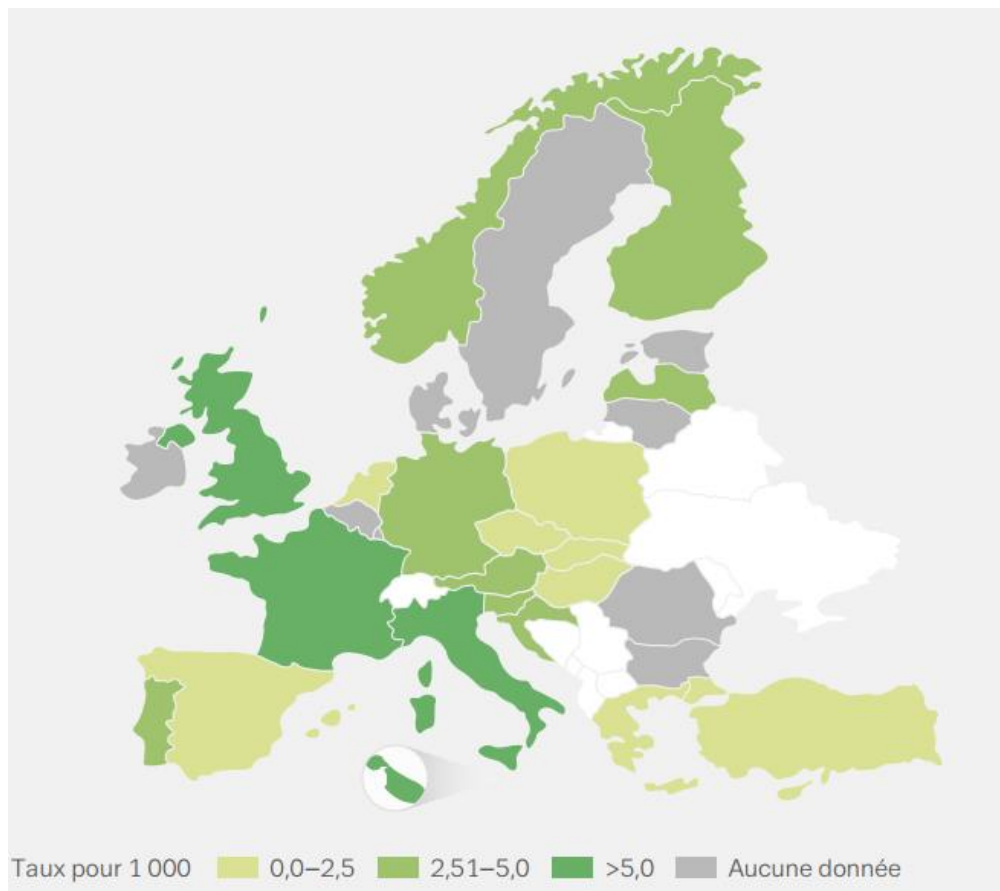


Figure 1 : Estimations nationales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés en 2014.

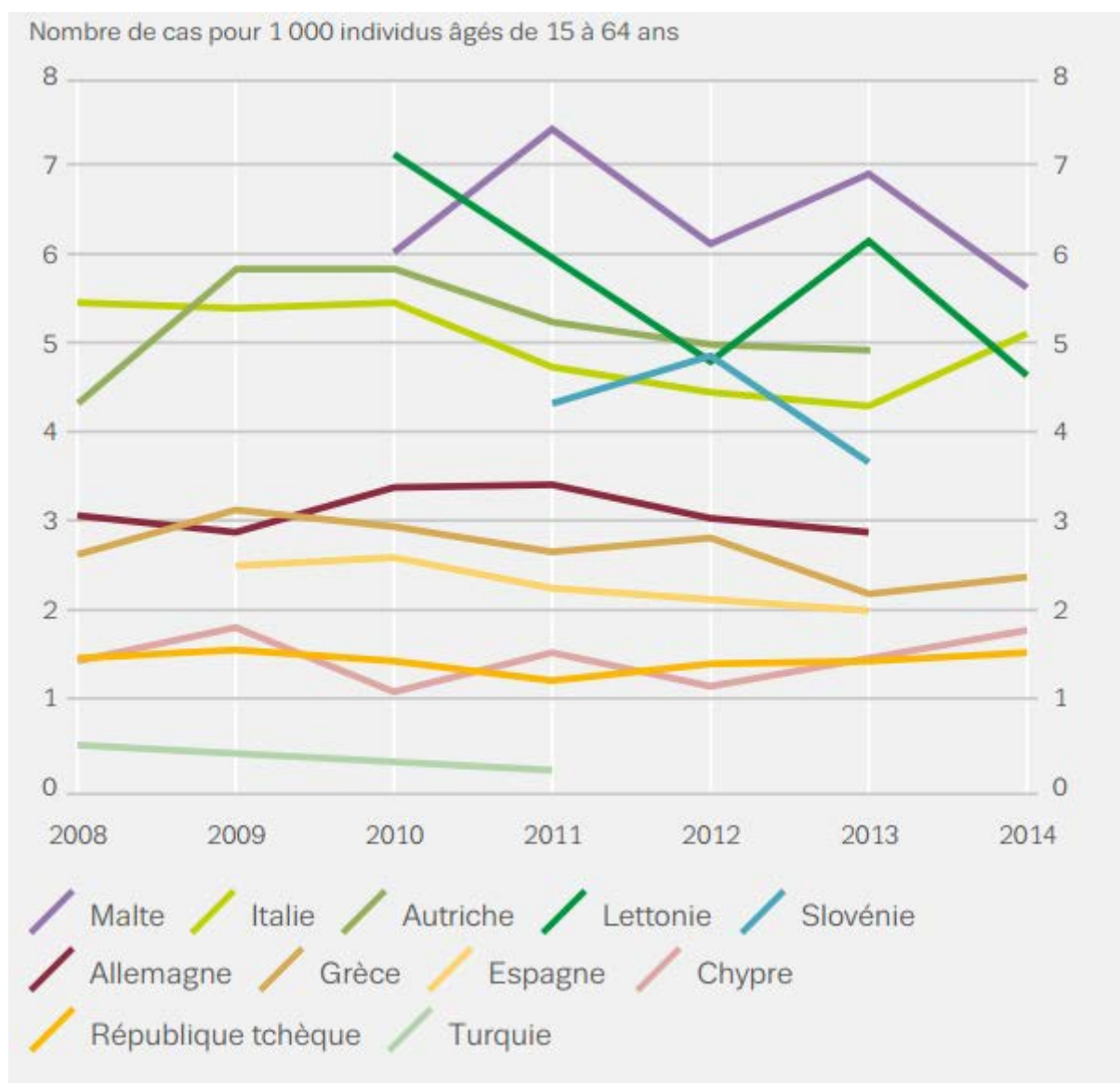


Figure 2 : Tendances des estimations nationales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés de 2008 à 2014.

Parmi ces usagers problématiques d'opiacés, 644 000 ont bénéficié d'un traitement de substitution en 2014.

A l'instar de la Grèce et de la République Tchèque, la France est l'un des rares pays où la buprénorphine haut dosage a une place prédominante. En effet, en Europe, près des trois quarts des patients sont traités par de la méthadone.

Les pays européens présentent à peu près tous le même profil d'évolution du nombre de patients sous TSO, à savoir, une augmentation régulière depuis 2003 avec une stabilisation depuis 2011.

Cependant la France reste l'un des pays européens ayant le plus grand nombre de patients sous TSO rapporté à sa population âgée de 15 à 64 ans.

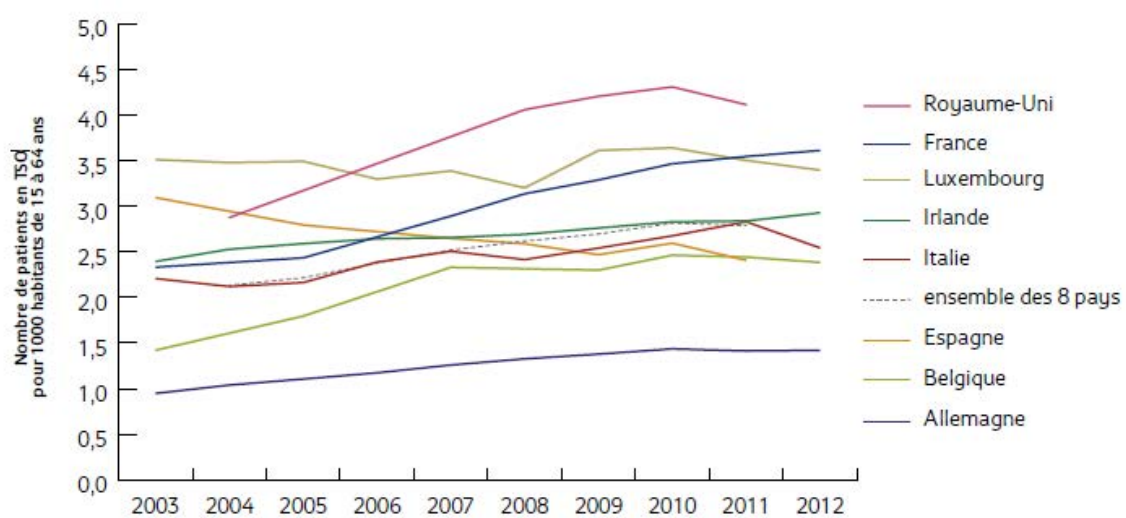


Figure 3 : Evolution du nombre de patients sous TSO pour 1000 habitants de 15 à 64 ans selon les pays frontaliers de la France

II. Les Traitements de Substitution aux Opiacés

La délivrance, sous contrôle médical, d'opiacés de substitution à des patients toxicomanes dépendants de l'héroïne est autorisée en France depuis 1995. Cette phrase met en avant deux notions : celle de médicaments de substitution, et non de sevrage, et celle de l'utilisation d'opiacés.

Les objectifs de ces Traitements de Substitution aux Opiacés sont triples et sont définis dans la circulaire du 31 mars 1995 [13] :

- Une insertion dans un processus thérapeutique et un suivi médical facilité d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique (axe thérapeutique),
- Stabiliser la consommation de drogues issues du marché illicite (notamment l'héroïne) et favoriser ainsi un moindre recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse (axe préventif),
- Une réinsertion sociale

En France, à l'heure actuelle, trois molécules ont une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés : le chlorhydrate de méthadone, la buprénorphine haut dosage et la buprénorphine/naloxone.

Ces molécules suppriment ou préviennent les signes de manque et sont dénuées d'effet renforçateur. Elles ont de plus une demi-vie longue, leur permettant une seule prise quotidienne. Leurs effets retardés, sans effet de pic, permettent de ne pas associer le geste de la prise à la sensation.

1. D'un sevrage à une prise en charge substitutive

La consommation d'héroïne a réellement débuté en France au début des années 1970 avec l'opium et la morphine, en même temps que celle des amphétamines et des barbituriques.

Lors de la rédaction de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, les statistiques évoquent la présence d'environ 10 000 usagers d'héroïne sur le territoire français, pas plus. Cette loi s'inscrivait dans une logique de politique internationale, menée par les Etats-Unis, de répression et de pénalisation du trafic et de la consommation.

Afin de faire disparaître ces consommations, cette loi propose une prise en charge gratuite et anonyme, garantie contre les poursuites judiciaires, par un dispositif spécialisé de ces patients dont le comportement déviant s'appuie sur un concept de déficit éducatif. Ce dispositif, peu médicalisé et considéré comme expérimental jusqu'à la fin des années 80, avait le monopole des soins aux toxicomanes. Le seul objectif reconnu par ce dispositif était l'arrêt total de la toxicomanie. Il interdisait les traitements de substitution qui, par définition, maintiennent une dépendance et la prise en compte des comorbidités puisque la guérison les prévenait.

C'est malheureusement l'épidémie de SIDA au début des années 1990 et la mise en évidence du rôle des usagers de drogue comme pont permettant le passage du virus de la communauté homosexuelle aux hétérosexuels qui a amené à ré-envisager la prescription des traitements de substitution dans une optique de réduction des risques.

La première grande réflexion sur la substitution a eu lieu en 1993 grâce au ministre de la Santé Bernard Kouchner. Cette réflexion a été suivie par la conférence interuniversitaire de Châtenay-Malabry portant sur les « Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes ».

Ces réflexions ont abouti à la publication d'une circulaire donnant pour objectif de « diversifier les modes de prise en charge, notamment par le recours à la prescription de méthadone » et permettant « à toute institution médico-sociale associative ou hospitalière, pouvant garantir une prise en charge globale des toxicomanes, de solliciter jusqu'à 50 places de méthadone » [14].

2. La prise en charge par méthadone

Selon les données de l'assurance maladie, 47 000 personnes ont bénéficié d'un traitement par méthadone en 2012, soit 32% des personnes sous traitement de substitution aux opiacés [15].

1. Historique

La méthadone est un opioïde analgésique de synthèse produit par les chercheurs allemands Max Bockmühl et Gustav Ehrhart en 1938. Leur but était de mettre au point un analgésique efficace qui présenterait un risque d'addiction moins important que la morphine. Si elle fut disponible dès 1947 aux Etats-Unis, les doses employées étant très importantes, elle fut rapidement décriée pour son risque important de dépendance.

Ce n'est qu'à partir de 1965 qu'elle est prescrite en traitement de substitution des dépendances aux opiacés grâce au travail des médecins américains Marie Nyswander et Vincent Dole.

En France, sa prescription et sa délivrance sont légales depuis mars 1995 pour sa forme sirop, depuis septembre 2007 pour sa forme gélule.

2. Données cliniques

2.1 Indication

Si l'on s'en tient à sa fiche technique, la méthadone a pour indication le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

2.2 Contre-indications

La méthadone présente quelques contre-indications :

- Insuffisance respiratoire grave,
- Présence concomitante d'un traitement par un agoniste-antagoniste morphinique (buprénorphine, nalbuphine, pentozacine) ou d'un antagoniste morphinique partiel (naltrexone, nalméfène), par citalopram, escitalopram,

dompéridone, ou hydroxyzine à cause de la majoration du risque de torsades de pointe,

- Hypersensibilité à la méthadone,
- Enfants âgés de moins de 15 ans.

La méthadone est par ailleurs à utiliser avec précaution et sous surveillance clinique et électrique (ECG) chez les patients présentant un risque d'allongement du QT, soit en cas d'antécédent connu d'allongement du QT, d'antécédents familiaux de mort subite, de posologie supérieure à 120 mg/j, de pathologie cardiaque évoluée ou de traitements médicamenteux concomitants connus pour allonger l'intervalle QT, provoquer une hypokaliémie ou entraîner une bradycardie. La consommation de boissons alcoolisées est également déconseillée. Les mises en garde ayant pour but de diminuer le risque de survenue de torsades de pointe.

Contenant du saccharose, son utilisation est également déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

Des précautions sont également à prendre chez les sujets âgés, les femmes enceintes et les patients asthmatiques, insuffisants rénaux, hépatiques, respiratoires, surrénaliens, en hypothyroïdie, épileptiques, diabétiques ou encore présentant une hypertrophie prostatique.

3. Données pharmacologiques

3.1 Propriétés pharmacodynamiques

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés qui agit principalement sur les récepteurs μ . Comme les autres opiacés, elle possède des propriétés analgésiques et antitussives et entraîne un syndrome de dépendance pharmacologique. Cependant, ses propriétés euphorisantes sont faibles.

3.2 Propriétés pharmacocinétiques

Absorption

Etant liposoluble, la méthadone administrée par voie orale est bien absorbée par le tube digestif. Elle subit un effet de premier passage hépatique.

Distribution

60 à 90% de la dose ingérée sera ensuite fixée aux protéines plasmatiques. Les concentrations tissulaires en méthadone sont supérieures à la concentration plasmatique. Elle diffuse à travers le placenta et est excrétée dans le lait.

Si après une prise unique, la demi-vie plasmatique du produit est en moyenne de 15 heures, lors de prises répétées, celle-ci est d'environ 25 heures (pour une dose de 100 à 120 mg/jour).

Métabolisme et élimination

La méthadone est métabolisée principalement au niveau hépatique où elle subit une N-déméthylation et une cyclisation sans conjugaison. Son principal métabolite est l'EDDP, métabolite inactif.

La méthadone est excrétée par filtration glomérulaire puis subit une réabsorption rénale.

L'excrétion urinaire est dose-dépendante et représente la voie principale d'élimination. Après l'administration d'une dose unique de méthadone, 20% sont excrétés dans les urines sous forme inchangée et 13% sous forme métabolisée. 20 à 40% de la dose initiale sont également excrétés dans les fèces sous forme métabolisée via la bile. La méthadone peut également être trouvée dans la sueur et la salive.

3.3 Conditionnement

La méthadone existe sous 2 formes. La forme la plus prescrite, ou forme « historique » est la forme sirop. Mais depuis 2008, la méthadone est également disponible en gélules. Si cette nouvelle forme propose aux patients une plus grande autonomie, celle-ci est réservée aux patients traités et stabilisés par méthadone sirop depuis au moins un an. En sus, la prescription initiale de cette forme est réservée aux médecins des CSAPA et des services hospitaliers spécialisés.

4. Modalités de prescription

Tout comme la buprénorphine haut dosage, la méthadone est inscrite sur la liste des stupéfiants. Cependant, sa prescription présente quelques particularités.

La méthadone peut être instaurée exclusivement par un médecin exerçant dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou par un médecin exerçant dans un service hospitalier spécialisé dans les soins aux toxicomanes. La prescription se fait sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de quatorze jours. Celle-ci est rédigée en toutes lettres avec mention systématique de la pharmacie d'officine qui délivrera le produit. Le renouvellement de la même prescription est interdit, tout comme le chevauchement de deux prescriptions sauf mention expresse du prescripteur pour ce dernier.

Un relais entre le CSAPA et le médecin de ville peut être fait lorsque le patient est stabilisé. Ce relais s'effectue via une ordonnance mentionnant le nom du médecin choisi par accord avec le patient et le prescripteur initial, le nom du pharmacien choisi par le patient et qui sera contacté par le médecin relais, ainsi que les conditions de délivrance si nécessaire.

5. Modalités de délivrance

Le traitement ne peut être délivré dans son entièreté que si l'ordonnance est présentée dans les 3 jours suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai, le traitement n'est délivré que pour la durée restant à courir.

La délivrance est fractionnée par période de 7 jours maximum sauf mention « à délivrer en une fois » rédigée sur l'ordonnance.

Le pharmacien doit mentionner sur l'ordonnance : la date d'exécution, la quantité délivrée en unité de prise, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier. Il doit également enregistrer le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance si ce n'est pas le patient et demander un justificatif d'identité si le porteur n'est pas connu du pharmacien.

En outre, lors du premier renouvellement de prescription par le médecin de ville, le patient devra présenter au pharmacien son ordonnance de délégation du primo-prescripteur.

Enfin, le pharmacien doit conserver pendant trois ans une copie de l'ordonnance.

3. La prise en charge par buprénorphine

Toujours selon les données de l'assurance maladie, la buprénorphine haut dosage a été le TSO le plus remboursé en 2012 avec 105 000 bénéficiaires, soit 70% des patients sous TSO [15].

1. Historique

Découverte au début des années 1970, la buprénorphine ne fut disponible en France qu'à partir de 1987. A cette époque, son indication n'était pas la substitution mais la prise en charge antalgique. En effet, la buprénorphine « bas dosage » et injectable était un antidouleur très efficace et considéré comme sûr : le Temgesic®. En 1990, le Temgesic® en comprimés sublinguaux de 0.2 mg arrive sur le marché français. Déjà disponible depuis plusieurs années en Belgique, certains médecins le prescrivaient, hors AMM, pour la substitution aux opiacés mais à un dosage beaucoup plus élevé : une dizaine de comprimés par jour. En parallèle se développaient aux Etats-Unis des programmes expérimentaux de sevrage par la buprénorphine à posologie moyenne de 8 mg en comparaison avec la méthadone. Cette étude américaine servit de référence et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD), ou Subutex®, fut disponible en France en février 1996.

2. Données cliniques

2.1 Indication

L'indication de la buprénorphine est la même que la méthadone, à savoir le traitement de substitution de la pharmacodépendance aux opioïdes, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique.

2.2 Contre-indications

Ses contre-indications sont :

- hypersensibilité à la buprénorphine ou à l'un de ses excipients
- enfants de moins de 15 ans
- insuffisance respiratoire sévère
- insuffisance hépatique sévère

- intoxication alcoolique aiguë ou delirium tremens
- association à la méthadone, aux analgésiques morphiniques de pallier III, à la naltrexone et au nalméfène de par leur propriété agoniste-antagoniste morphinique pouvant précipiter un syndrome de sevrage aux opioïdes prolongé et intense.

Des précautions sont à prendre chez les patients âgés et chez les malades souffrant d'asthme et d'insuffisance respiratoire, d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, d'épilepsie, de myxoédème, d'hypothyroïdie, d'insuffisance corticosurrénale, d'hypotension, d'hypertrophie prostatique ou de sténose urétrale.

Contenant du lactose monohydraté, son utilisation est également déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de l'adulte ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose.

3. Données pharmacologiques

3.1 Propriétés pharmacodynamiques

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste morphinique et se fixe au niveau des récepteurs μ et κ . Son activité dans le traitement de substitution est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs μ qui minimise de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiant.

L'activité agoniste partielle de la buprénorphine lui confère un index thérapeutique élevé en limitant ses effets dépresseurs, notamment sur les fonctions cardio-respiratoires. La marge thérapeutique de la buprénorphine peut être amoindrie en cas d'association à des benzodiazépines ou dans des situations de mésusage de la buprénorphine.

3.2 Propriétés pharmacocinétiques

Absorption

Par voie sublinguale, la biodisponibilité de la buprénorphine est mal connue. Elle est estimée à 15 à 30% et le pic de concentration plasmatique est obtenu 90 minutes après l'administration sublinguale.

A noter que par voie orale, la buprénorphine subit une N-désalkylation et une glucuroconjugaison dans l'intestin grêle et le foie rendant son effet caduc.

Distribution

Une fois absorbée, la demi-vie de la molécule est de 2 à 5 heures.

Métabolisme et élimination

La buprénorphine est métabolisée par 14-N-désalkylation et glucuro-conjugaison de la molécule mère et du métabolite désalkylé.

La N-désalkylbuprénorphine est un agoniste μ de faible activité intrinsèque.

L'élimination de la buprénorphine est bi ou tri-exponentielle, avec une longue phase d'élimination terminale de 20 à 25 heures, due à une réabsorption de la buprénorphine après hydrolyse intestinale du dérivé conjugué, et au caractère hautement lipophile de la molécule.

3.3 Conditionnement

La buprénorphine haut dosage se présente sous forme de comprimé sublingual. 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%) [16].

4. Le Suboxone®

Mis sur le marché en 2012, le Suboxone® est une association de buprénorphine et de naloxone, qui est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ .

Lorsqu'elle est prise en sublinguale, la naloxone est presque entièrement détruite lors du premier passage hépatique et ne se fixe pas aux récepteurs μ . La buprénorphine peut ainsi se fixer et éviter les symptômes de manque.

Si le Suboxone® est administré par voie intra-veineuse, la naloxone se fixe sur les récepteurs opioïdes et provoque des effets antagonistes opioïdes marqués ainsi qu'un syndrome de sevrage pendant 15 à 30 minutes, dissuadant la consommation du produit par cette voie.

La plupart des études sur le Suboxone® ont été réalisées à l'étranger, notamment aux Etats-Unis et en Australie, où la méthadone est le TSO le plus utilisé. Elles montrent que ce produit permet une réduction des risques pour les patients toxicomanes, en particulier en réduisant le mésusage par injection.

Une étude observationnelle rétrospective de données collectées au cours de la période 2000-2007 a été menée dans le Centre de réduction des risques de Brisbane, dans le Queensland en Australie. Celle-ci montre que le mésusage de Suboxone® est plus faible que celui de la méthadone et de la BHD seule. [16]

Malgré plusieurs études, la Haute Autorité de Santé reste vigilante et rappelle que le Suboxone® reste un médicament de substitution potentiellement injectable et que cette pratique reste présente pour une partie non négligeable des patients suivis. Par ailleurs, chez un patient stabilisé sous BHD, les symptômes de sevrage sont absents lors d'une injection occasionnelle de l'association buprénorphine/naloxone.

Compte tenu des différences des systèmes de prise en charge des patients toxicomanes entre la France et les pays suscités concernant l'historique des commercialisations des TSO, de la réglementation et des recommandations, il est difficile d'estimer l'impact du Suboxone® sur un pays où la BHD représente 80% des prescriptions de traitements de substitution et la méthadone seulement 20%. L'HAS considère donc que le Suboxone® n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport au Subutex®.

D'après les données de l'assurance maladie, 3500 personnes ont été remboursées de ce traitement en 2012, soit 2.3% de l'ensemble des personnes recevant un TSO [15].

5. Modalités de prescription

La buprénorphine haut dosage est un médicament « assimilé stupéfiant », les règles de prescription des stupéfiants sont alors en vigueur.

La BHD peut être introduite et renouvelée par tout médecin thésé inscrit à l'Ordre. La prescription se fera sur une ordonnance sécurisée, rédigée en toutes lettres avec la mention systématique de la pharmacie d'officine qui délivrera le produit. La prescription se fait pour une durée maximale de 28 jours avec délivrance fractionnée. Le renouvellement de la même prescription est interdit, tout comme le chevauchement de deux prescriptions sauf mention expresse du prescripteur pour ce dernier.

6. Modalités de délivrance

Le traitement est délivré au patient sans délai de carence (délai supprimé par l'arrêté du 9 mars 2012) avec un fractionnement par période de 7 jours maximum sauf mention « délivrance en une fois » présente sur l'ordonnance.

Le pharmacien doit mentionner sur l'ordonnance : la date d'exécution, la quantité délivrée en unité de prise, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier. Il doit également enregistrer le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance si ce n'est pas le patient et demander un justificatif d'identité si le porteur lui est inconnu.

Enfin, le pharmacien doit conserver pendant trois ans une copie de l'ordonnance.

Partie Pratique :

Evaluation de la position des médecins
généralistes français par rapport aux
Traitements de Substitution aux Opiacés
(TSO)

L'objectif de cette étude est, dans un premier temps, de décrire la représentation qu'ont les médecins généralistes français de la substitution aux opiacés. Puis dans un second temps, après analyse des données, de mettre en évidence les freins à la prescription des Traitements de Substitution aux Opiacés.

I. Matériel et méthodes

1. Méthode d'échantillonnage

1.1 Mode d'échantillonnage

Les interviewés étaient des médecins généralistes installés en libéral. Le recrutement s'est fait en Lorraine, en Alsace et en Franche-Comté, en milieu rural et urbain, indépendamment de leur prise en charge ou de leur non-prise en charge de patients toxicomanes. Celui-ci s'est fait sur appel téléphonique après récupération aléatoire des coordonnées via les Pages Jaunes. La population de médecins était mixte, dans toutes les tranches d'âge, et de profil de prescription varié.

Les seuls critères d'exclusion étaient le refus d'être interrogé et la non disponibilité pour un entretien téléphonique de 10/15 minutes.

Il n'y avait pas de lien hiérarchique, ni de complicité entre l'interviewer et les médecins généralistes.

1.2 Taille de l'échantillon

Afin d'être le plus représentatif possible et afin de faire émerger de grandes idées, il a été convenu avec mon directeur de thèse qu'au moins 80 entretiens étaient nécessaires pour cette étude.

2. Choix de la méthode

Nous avons cherché à connaître la position des médecins généralistes par rapport aux traitements de substitution aux opiacés afin de mettre en évidence des freins à la prescription de ces derniers. Dans ce domaine au final peu étudié, l'étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale à questions ouvertes était la plus à même de faire émerger des idées spontanées et des réponses non prédéfinies.

Une étude à questions uniquement fermées aurait amené le médecin à se positionner sur des opinions prédéfinies et l'enquête n'aurait au final pas pu nous apporter de réponses nouvelles.

3. Les entretiens

3.1 Des entretiens dirigés

Afin de satisfaire au mieux aux emplois du temps chargés des médecins généralistes, n'ayant au final que peu de répit entre les consultations, nous avons décidé de réaliser des entretiens individualisés dirigés pour permettre un recueil de données le plus rapide possible et ainsi augmenter l'adhésion des médecins généralistes à cette étude.

Cependant, afin de saisir au plus juste le ressenti de ces médecins, il était important d'offrir une forme libre de discussion en proposant le plus de questions ouvertes possible.

Le but de ces entretiens était de faire un bilan concret de la position du médecin généraliste par rapport aux traitements de substitution, aux patients toxicomanes et à sa pratique professionnelle.

L'enquêteur se devait de ne pas donner de jugement de valeur quelles que soient les réponses entendues lors de l'entretien.

3.2 Questionnaire

Les entretiens, afin d'être les plus systématisés possible, et les plus reproductibles, se sont appuyés sur un questionnaire. Deux versions de ce questionnaire étaient disponibles et le choix de celui-ci dépendait de la réponse à la première question commune : « Prescrivez-vous actuellement des Traitements de Substitution aux Opiacés (METHADONE®, SUBUTEX®, SUBOXONE®) ? »

Chaque questionnaire était similaire et structuré en thèmes communs sur la prescription médicale des TSO, sur la prise en charge des patients toxicomanes, sur le patient toxicomane lui-même et reprenait enfin des informations plus personnelles et professionnelles.

Le questionnaire « non prescripteur » était volontairement plus allégé, certaines questions concernant la prescription pure des TSO devenant caduques, et d'autres étaient reformulées afin de correspondre plus au profil du médecin.

Les questions ont été retravaillées plusieurs fois conjointement avec le directeur de thèse et le président du jury afin d'être les plus claires et les plus neutres possibles.

Evaluation de la position des Médecins Généralistes français par rapport aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

Questionnaire prescripteur

A propos de la prescription médicale des TSO

Question 1. Prescrivez-vous actuellement des TSO (METHADONE®, SUBUTEX®, SUBOXONE®)?

☐ Oui

☐ Non

Question 2. En prescrivez-vous à tous les patients qui vous consultent pour toxicomanie ?

☐ Oui

☐ Non

Question 3. Si non, sur quels critères faites-vous votre choix ?

.....

Question 4. Selon vous, les Médecins Généralistes peuvent renouveler indéfiniment :

☐ Buprénorphine Haut Dosage

☐ Méthadone Sirop

☐ Méthadone gélule

Question 5. Selon vous, les Médecins généralistes peuvent instaurer :

☐ Buprénorphine Haut Dosage

☐ Méthadone Sirop

☐ Méthadone gélule

Question 6. Instaurez-vous des traitements par SUBUTEX® ou SUBOXONE® ?

☐ Oui

☐ Non

Question 7. Si vous n'instaurez pas de TSO, où adressez-vous les patients qui se présentent à votre cabinet pour une telle prise en charge ?

.....

Question 8. Dans votre patientèle actuelle, combien y'a-t-il de patients dépendants consommateurs d'opiacés ?

.....

Question 9. Parmi ces patients, pour combien environ prescrivez-vous des TSO ?

TSO	Nombre des patients
Méthadone (METHADONE®)	
Buprénorphine (SUBUTEX®)	
Buprénorphine/Naloxone (SUBOXONE®)	

Question 10. Pour quel pourcentage de patients les TSO vous semblent-ils efficaces ?

☐ Arrêt total des opiacés

☐ Diminution de la consommation

☐ Pas de diminution de la consommation

Question 11. Voyez-vous plus d'avantages à l'utilisation de l'un de ces 3 médicaments ?

.....

.....

Question 12. En général, vous sentez-vous à l'aise avec la prescription des TSO ?

☐ Pas du tout à l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ A l'aise

Question 13. Selon vous, les réglementations de prescriptions et de délivrance des TSO sont :

☐ Adaptées

☐ Trop laxistes

☐ Trop sévères

A propos de la prise en charge des patients toxicomanes

Question 14. Sur une échelle de 0 à 10, à quel degré êtes-vous satisfait de la prise en charge globale de vos patients sous TSO ?

.....

Question 15. Que manque-t-il pour que la prise en charge de ces patients soit optimale ?

.....

Question 16. Existe-t-il une structure spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes (CSAPA, service d'Addictologie) dans un rayon de 50 km par rapport à votre lieu d'exercice ?

☐ Oui

☐ Non

Question 17. Avez-vous déjà sollicité un avis spécialisé d'un praticien d'une structure spécialisée de prise en charge de patients toxicomanes ?

☐ Oui

☐ Non

Question 18. Quelle proportion de vos patients sous TSO a un suivi psychiatrique ?

.....

Pour les patients bénéficiant d'un suivi psychiatrique, avez-vous des contacts avec leur psychiatre ?

☐ Jamais

☐ Parfois

☐ Souvent

☐ Systématiquement

Commentez cette fréquence :

.....

Question 19. Pensez-vous que les TSO contribuent à la réinsertion de ces patients ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, en quoi ?

.....

Si non, pourquoi ?

.....

Question 20. Quelles sont vos inquiétudes et/ou craintes lors de la prise en charge des patients toxicomanes ?

.....

A propos du patient toxicomane

Question 21. Comme vous le savez, ces patients sont souvent mal perçus dans l'opinion publique. Et vous, que pensez-vous de ces patients ?

.....

.....

.....

.....

Informations personnelles et professionnelles

Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

Votre âge :

Dans quelle région exercez-vous :

☐ Lorraine ☐ Alsace ☐ Franche-Comté

Jugez-vous que votre formation initiale (FI) a été adaptée à la prise en charge de patients toxicomanes ?

☐ Pas de FI ☐ FI insuffisante ☐ FI adaptée

Avez-vous ultérieurement suivi une formation spécifique sur la prise en charge de patients toxicomanes ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, laquelle (lesquelles) ?

Evaluation de la position des Médecins Généralistes français par rapport aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

Questionnaire non prescripteur

A propos de la prescription médicale des TSO

Question 1. Prescrivez-vous actuellement des TSO (METHADONE®, SUBUTEX®, SUBOXONE®)?

☐ Oui

☐ Non

Si non, en avez-vous déjà prescrit par le passé ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pourquoi avez-vous cessé de prescrire ?

.....

Question 2. Selon vous, les Médecins Généralistes peuvent renouveler indéfiniment :

☐ Buprénorphine Haut Dosage

☐ Méthadone Sirop

☐ Méthadone gélule

Question 3. Selon vous, les Médecins généralistes peuvent instaurer :

☐ Buprénorphine Haut Dosage

☐ Méthadone Sirop

☐ Méthadone gélule

Question 4. Où adressez-vous les patients qui se présentent à votre cabinet pour une telle prise en charge ?

.....

Question 5. Pour quel pourcentage de patients les TSO vous semblent-ils efficaces ?

- ☐ Arrêt total des opiacés
- ☐ Diminution de la consommation
- ☐ Pas de diminution de la consommation

Question 6. Voyez-vous plus d'avantages à l'utilisation de l'un de ces 3 médicaments ?

.....

.....

Question 7. Selon vous, les réglementations de prescriptions et de délivrance des TSO sont :

- ☐ Adaptées ☐ Trop laxistes ☐ Trop sévères

A propos de la prise en charge des patients toxicomanes

Question 8. A votre avis, selon les informations dont vous disposez, pour quel pourcentage de patients la prise en charge par TSO peut-elle être optimale ?

.....

Que manque-t-il pour que la prise en charge de ces patients le soit ?

.....

Question 9. Existe-t-il une structure spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes (CSAPA, service d'Addictologie) dans un rayon de 50 km par rapport à votre lieu d'exercice ?

- ☐ Oui ☐ Non

Question 10. Pensez-vous que les TSO contribuent à la réinsertion de ces patients ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, en quoi ?

.....

Si non, pourquoi ?

.....

Question 11. Quelles sont vos inquiétudes et/ou craintes par rapport à la prise en charge des patients toxicomanes ?

.....

A propos du patient toxicomane

Question 12. Comme vous le savez, ces patients sont souvent mal perçus dans l'opinion publique. Et vous, que pensez-vous de ces patients ?

.....

.....

.....

Informations personnelles et professionnelles

Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

Votre âge :

Dans quelle région exercez-vous :

☐ Lorraine ☐ Alsace ☐ Franche-Comté

Jugez-vous que votre formation initiale (FI) a été adaptée à la prise en charge de patients toxicomanes ?

☐ Pas de FI ☐ FI insuffisante ☐ FI adaptée

Avez-vous ultérieurement suivi une formation spécifique sur la prise en charge de patients toxicomanes ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, laquelle (lesquelles) ?

4. Déroulement de l'étude

L'enquête a été menée sur une période de huit mois, d'août 2016 à mars 2017 inclus, période nécessaire à l'obtention de plus de 80 témoignages.

Les médecins généralistes ont été contactés une première fois afin de me présenter, de leur expliquer brièvement le sujet et les retombées attendues de mon travail de thèse et d'obtenir leur consentement à sa participation. Si les médecins étaient d'accord pour participer à un entretien sur le sujet d'une dizaine de minutes, un second rendez-vous téléphonique était programmé afin de mener l'entretien.

L'accueil des médecins a été dans l'ensemble plutôt bon, le point le plus difficile ayant été de trouver une date de disponibilité commune au médecin généraliste et à l'interviewer.

Les entretiens ont duré entre 5 à 20 minutes en fonction des médecins, avec une moyenne de 10 minutes.

Les données ont été retranscrites directement à la main et textuellement sur des questionnaires imprimés à l'avance.

5. Méthode d'analyse statistique

Les statistiques ont été réalisées pour chaque question d'une manière globale puis ces statistiques ont été réalisées en strates en fonction de divers critères du profil des médecins.

Nous avons utilisé le test du Chi 2 pour l'évaluation de la relation entre les variables qualitatives. Pour l'analyse et la comparaison des moyennes, nous avons employé un test de Student.

II. Résultats

1. Caractéristiques des personnes interrogées

82 médecins généralistes ont été interrogés. Parmi eux, 52 étaient des hommes soit 63 % et 30 étaient des femmes soit 37 %.

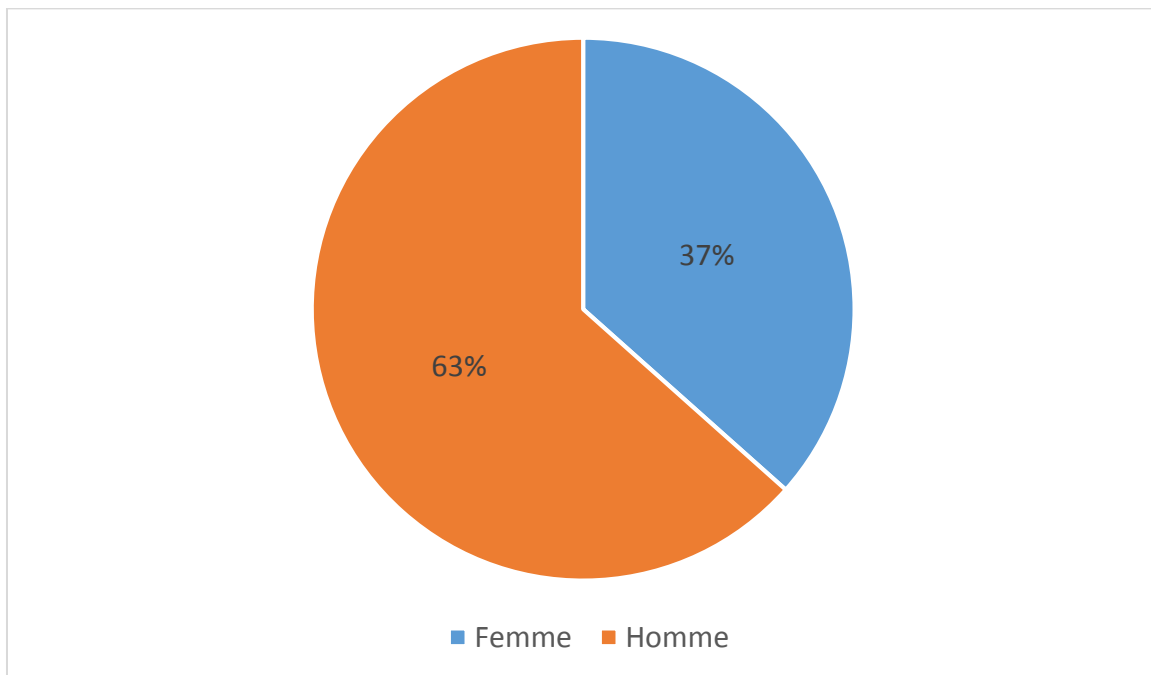


Figure 4 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur sexe

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 51 ans pour une médiane à 53 ans. Le plus jeune médecin est âgé de 28 ans, le plus âgé de 70 ans.

15 Médecins sont strictement âgés de moins de 40 ans, soit 18%, 15 médecins ont entre 40 et 49 ans, soit 18%, 31 ont un âge compris entre 50 et 59 ans, soit 38 % et enfin 21 ont 60 ans ou plus, soit 26%.

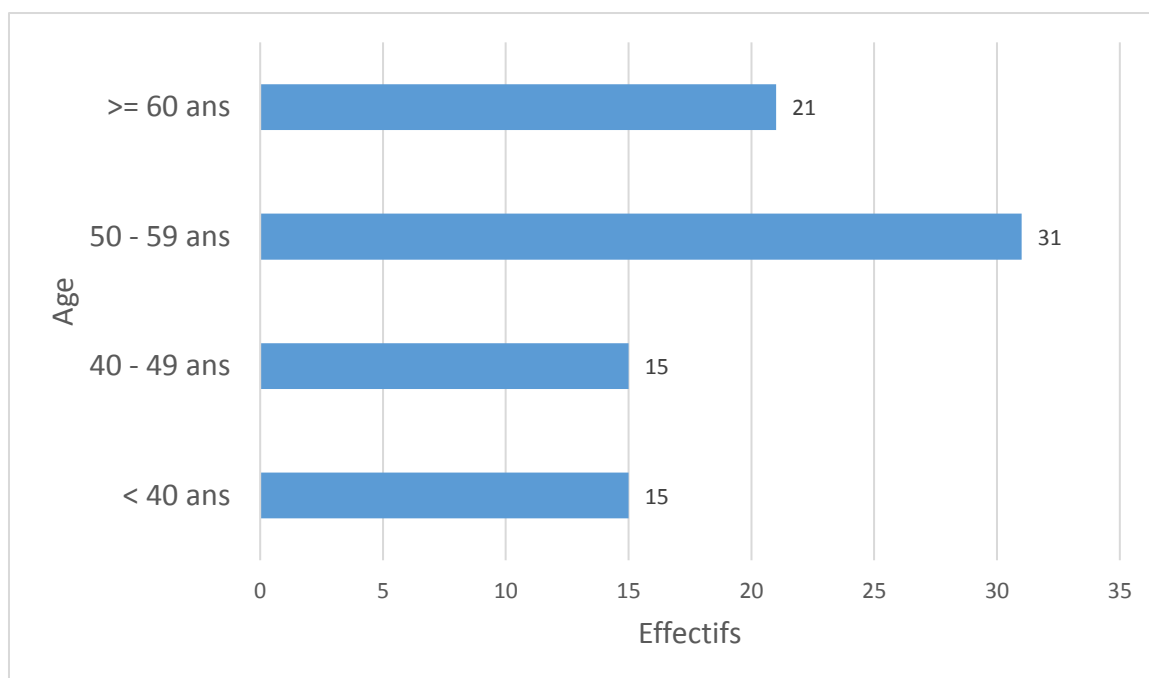


Figure 5 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur âge

Les inclusions ont été réalisées sur 3 régions : 61 sont des médecins lorrains, soit 75%, 15 sont franc-comtois, soit 18% et 6 sont alsaciens, soit 7%.

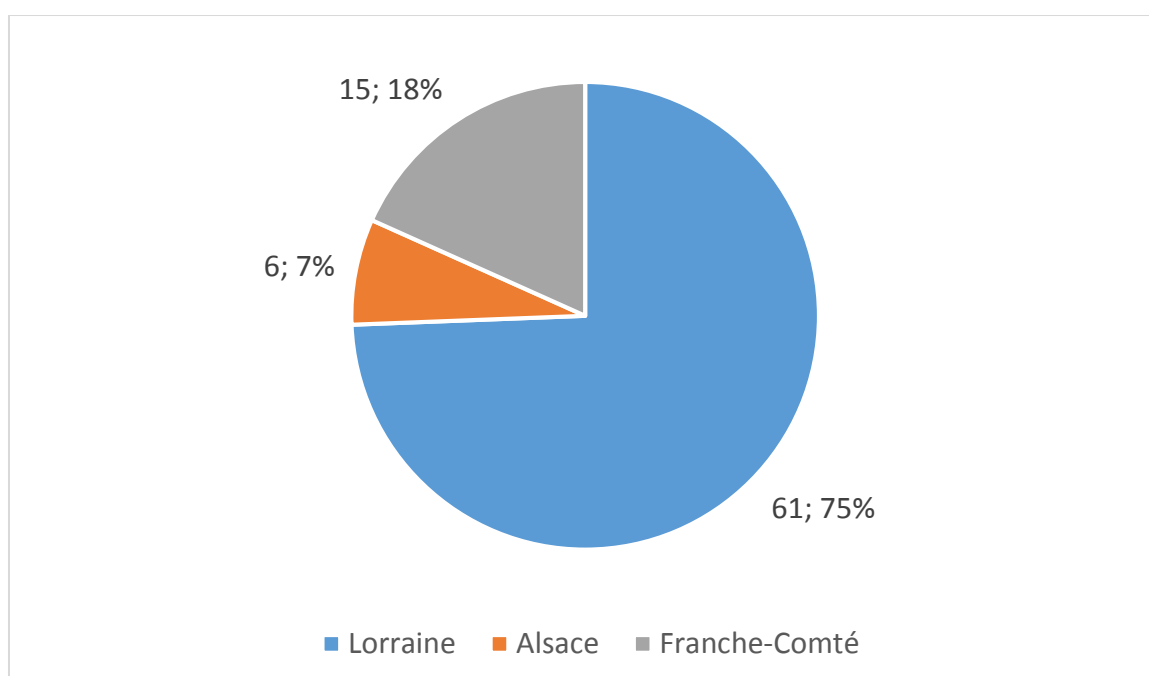


Figure 6 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur localisation

2. Profil de prescription de TSO des médecins interrogés

42 médecins généralistes interrogés sont des prescripteurs actuels de TSO, soit 51 %, contre 40 non-prescripteurs, soit 49%. Parmi les médecins de moins de 40 ans, 9 prescrivent (60%) et 6 ne prescrivent pas (40%). 6 médecins (40%) de 40 à 49 ans prescrivent et 9 (60%) ne prescrivent pas. Dans la catégorie des médecins de 50 à 59 ans, 16 sont prescripteurs (52%) et 15 ne le sont pas (48%). Enfin 11 médecins âgés de 60 et plus prescrivent (52%) et 10 ne prescrivent pas (48%).

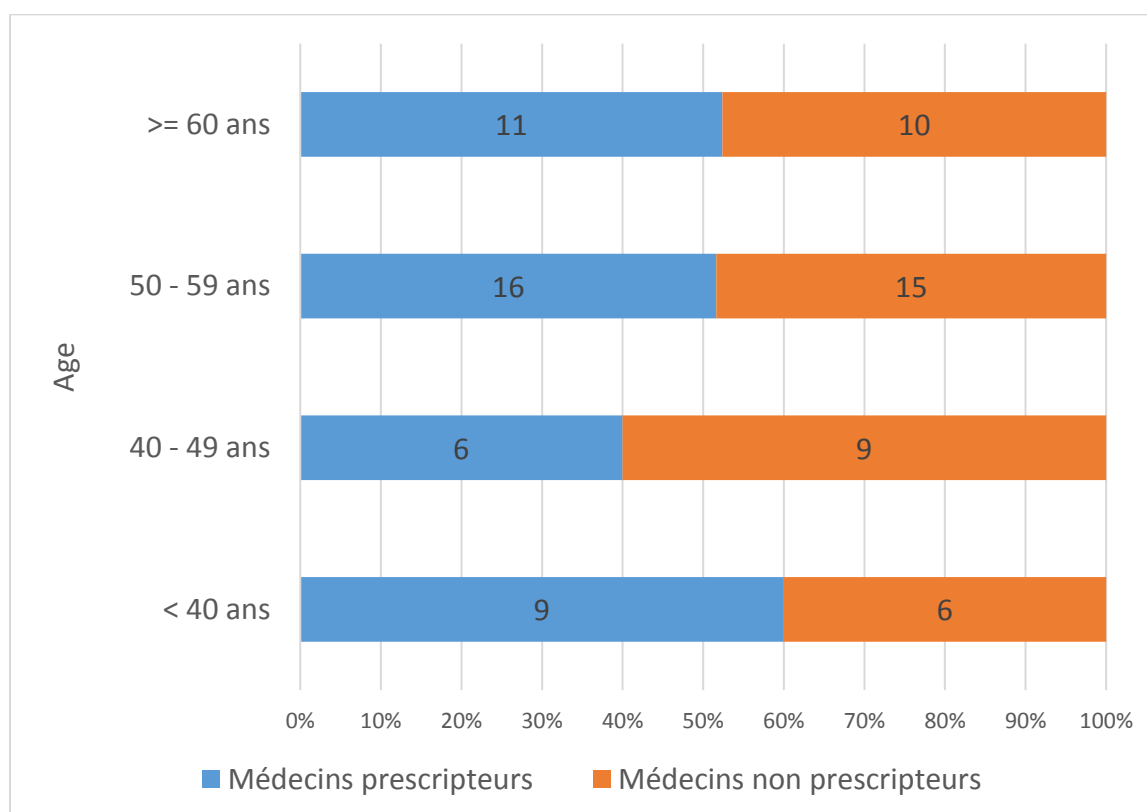


Figure 7 : Répartition des médecins prescripteurs et non-prescripteurs en fonction de leur âge

29 hommes (56%) prescrivent des TSO contre 23 (44%) non-prescripteurs. 13 femmes (43%) prescrivent contre 17 (57%) non-prescriptrices.

Il n'y a pas de relation significative entre l'âge des médecins et le fait de prescrire ou non ($Ic\ 95\% = 1.233 < 7.815 - Chi\ 2$), ni entre leur sexe et le fait de prescrire ou non ($Ic\ 95\% = 1.178 < 3.841 - Chi\ 2$).

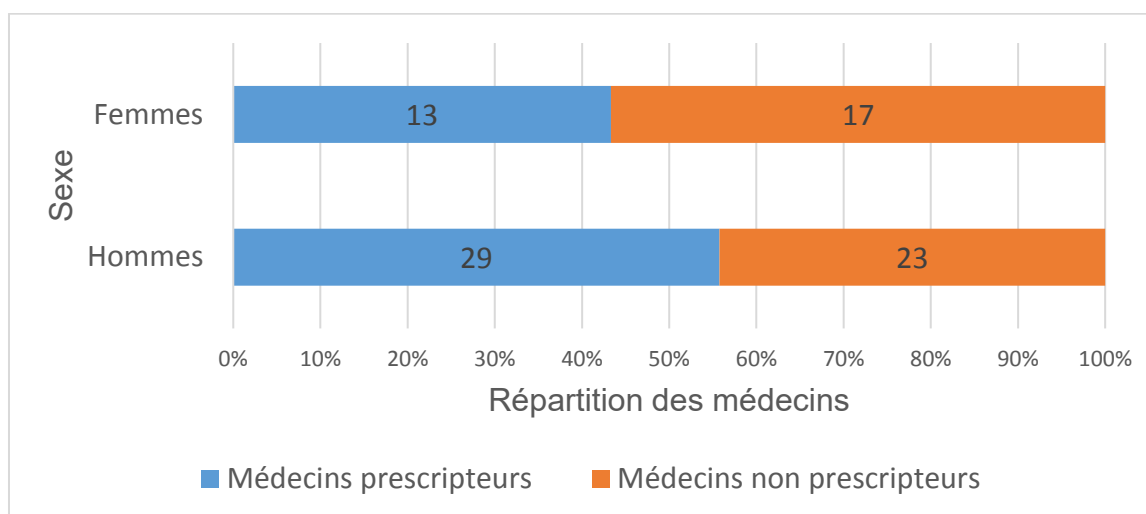


Figure 8 : Répartition des médecins prescripteurs et non prescripteurs en fonction de leur sexe

3. Les critères de prescription de TSO des médecins interrogés prescripteurs

14 médecins affirment accepter de prescrire un Traitement de Substitution à tous les patients se présentant pour la prise en charge de leur toxicomanie, soit 33% et 28 médecins acceptent d'en prescrire en fonction de certains critères, soit 67%.

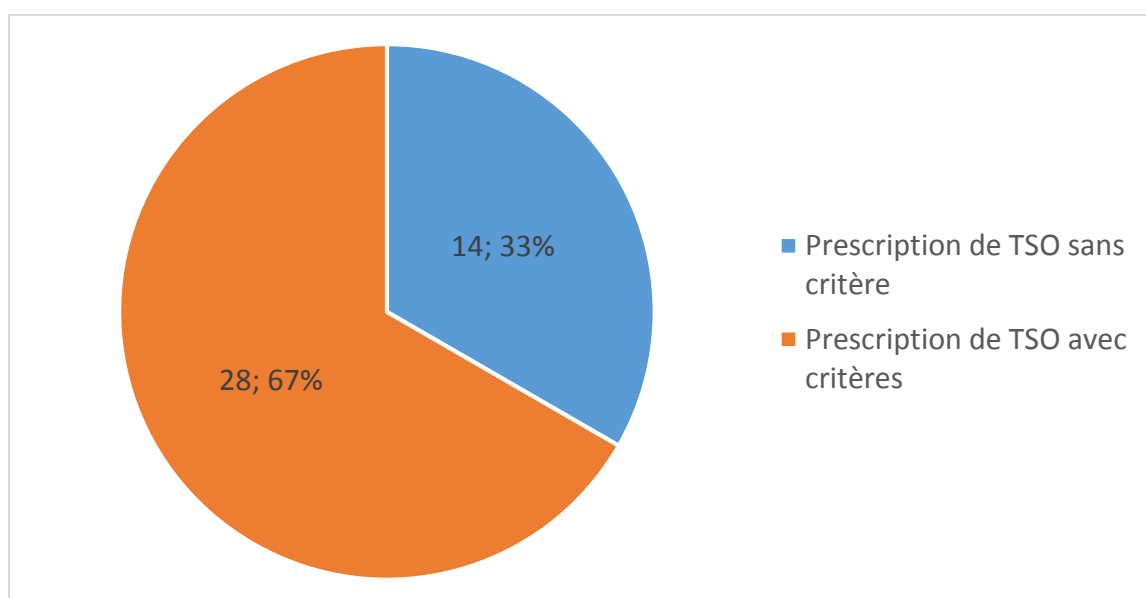


Figure 9 : Répartition de la prescription de TSO avec et sans critère

67% des médecins (6) de moins de 40 ans, 83% des médecins (5) de 40 à 49 ans, 62.5% des médecins (10) de 50 à 59 ans et 64% des médecins (7) de plus de 60 ans ont des critères dans leur décision de prescription de TSO.

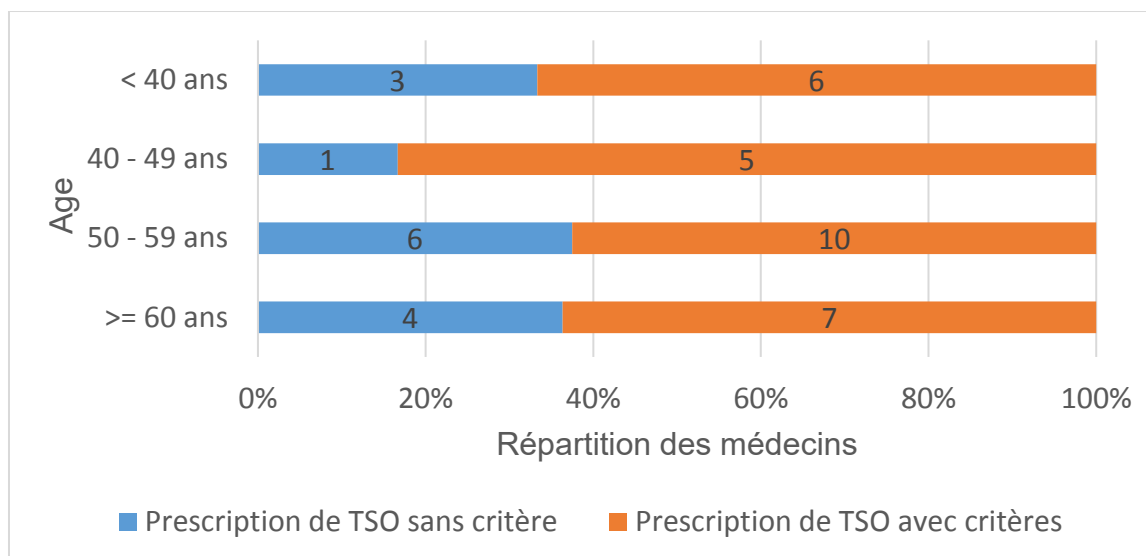


Figure 10 : Répartition de la prescription de TSO avec et sans critère en fonction de l'âge des médecins

59% des hommes (17) et 85% des femmes (11) ont des critères dans leur décision de prescription de TSO.

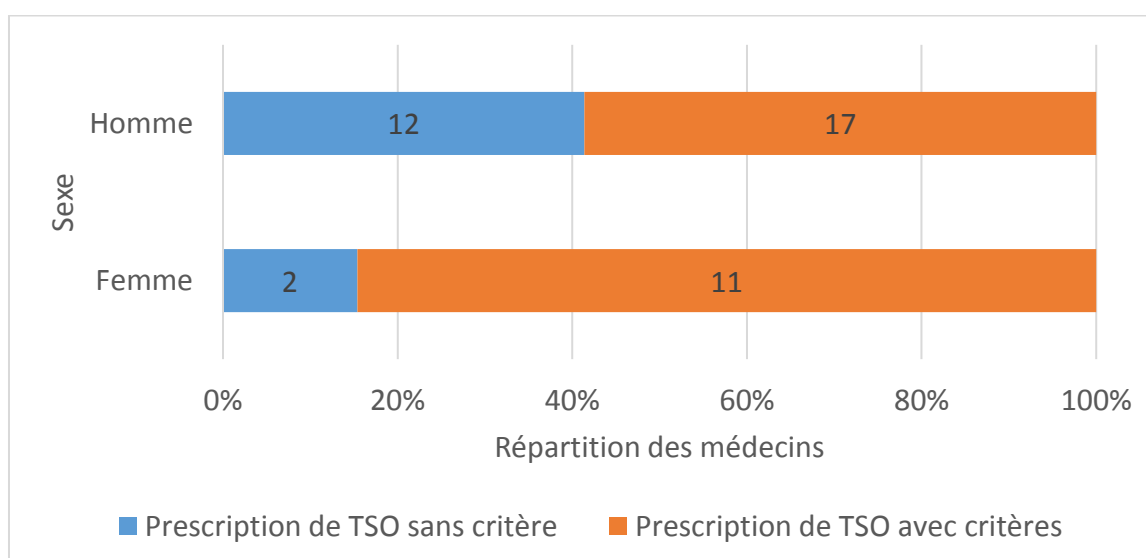


Figure 11 : Répartition de la prescription de TSO avec et sans critère en fonction du sexe des médecins

Il n'y a pas de relation significative entre la prescription avec ou sans critère et l'âge des médecins ($Ic\ 95\% = 0.92 < 7.815 - Chi\ 2$), ni entre la prescription avec ou sans critère et le sexe des médecins ($Ic\ 95\% = 2.729 < 3.841 - Chi\ 2$).

Les critères de prescription ont été classés en grandes catégories et nous reviendrons en détails sur la composition de ces catégories dans la discussion.

Parmi ces 28 médecins, 7 médecins (25%) acceptent de prescrire si le patient est pleinement d'accord avec le contrat de soin et de suivi établi à l'avance et exposé par le médecin lors de la première consultation. 4 médecins (14.3%) établissent leur décision en fonction du profil du patient, 6 (21.4%) en fonction du profil de la demande et 5 (17.9%) en fonction du profil de la toxicomanie. 7 médecins (25%) choisissent de prescrire exclusivement ces traitements aux patients faisant déjà parti de leur patientèle. 2 médecins (7.1%) se basent sur l'observance du traitement et arrêtent d'en prescrire en cas de mauvaise observance. 4 médecins (14.3%) choisissent de prescrire en fonction de la motivation qu'il perçoit chez son patient.

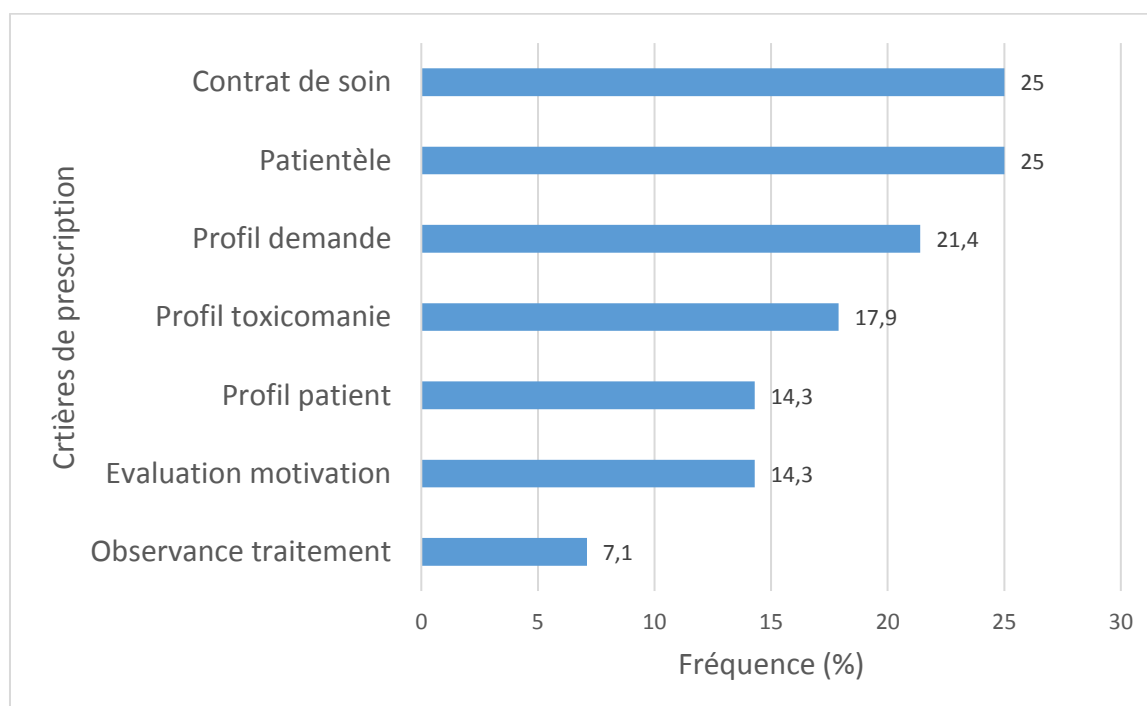


Figure 12 : Critères de prescription des TSO

L'importance de ces critères de prescription des TSO a ensuite été calculée en fonction de l'âge des médecins prescripteurs.

Les critères cités chez les médecins de moins de 40 ans sont l'adhésion au contrat de soin pour 2 médecins (33.3%), l'observance du traitement pour 1 médecin (16.7%), le profil de la toxicomanie pour 1 médecin (16.7%), le profil de la demande pour 2 médecins (33.3%) et le traitement de la patientèle exclusivement pour 1 médecin (16.7%).

Chez les médecins âgés de 40 à 49 ans, 2 citent l'adhésion au contrat de soin (40%), 1 le profil de la toxicomanie (20%), et 2 l'évaluation de la motivation du patient (40%).

Chez les médecins âgés de 50 à 59 ans, 2 citent l'adhésion au contrat de soin (20%), 4 le profil du patient (40%), 2 le profil de la toxicomanie (20%), 3 le profil de la demande (30%), 1 l'évaluation de la motivation du patient (10%), 1 le traitement de la patientèle exclusivement (10%) et 1 médecin cite l'observance au traitement (10%).

Enfin, 5 médecins de plus de 60 ans traitent leur patientèle exclusivement (71.4%), 1 cite le profil de la toxicomanie (14.3%), 1 le profil de la demande (14.3%) et 1 l'évaluation de la motivation du patient (14.3%).

Ces données sont réparties dans la figure ci-dessous.

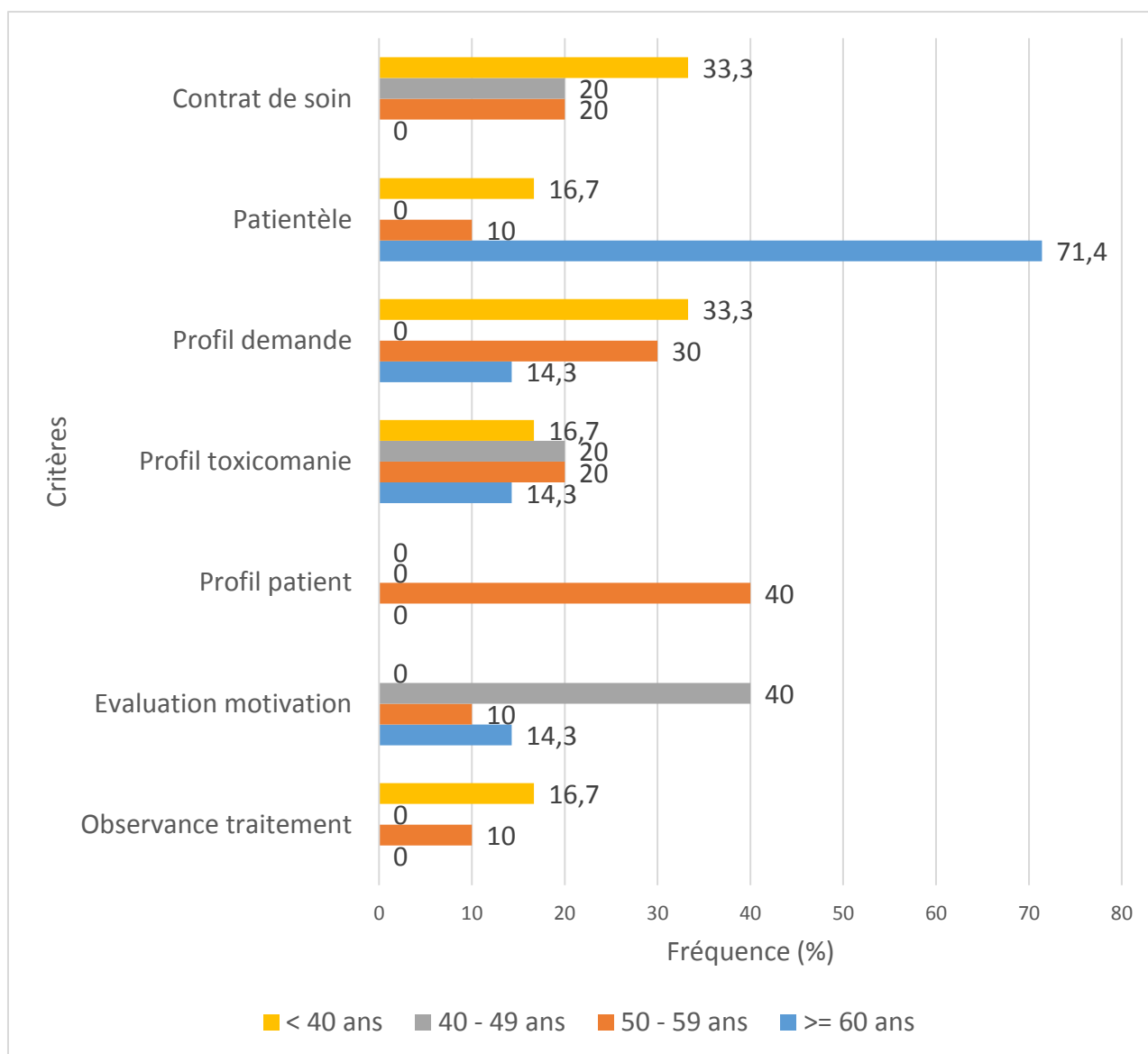


Figure 13 : Répartition des critères de prescription des TSO en fonction de l'âge des médecins

L'importance de ces critères de prescription a également été calculée en fonction du sexe.

6 hommes (35.3%) et 1 femme (9.1%) citent le contrat de soin. 3 hommes (17.6%) et 1 femme (9.1%) citent le profil du patient. 2 hommes (11.8%) et 5 femmes (45.5%) ne traitent que leur patientèle. 1 homme (5.9%) et 1 femme (9.1%) citent l'observance du traitement. 3 hommes (17.6%) et 2 femmes (18.2%) citent le profil de la toxicomanie. 4 hommes (23.6%) et 2 femmes (18.2%) citent le profil de la demande. 2 hommes (11.8%) et 2 femmes (18.2%) citent l'évaluation de la motivation.

Ces données sont réparties dans la figure ci-dessous.

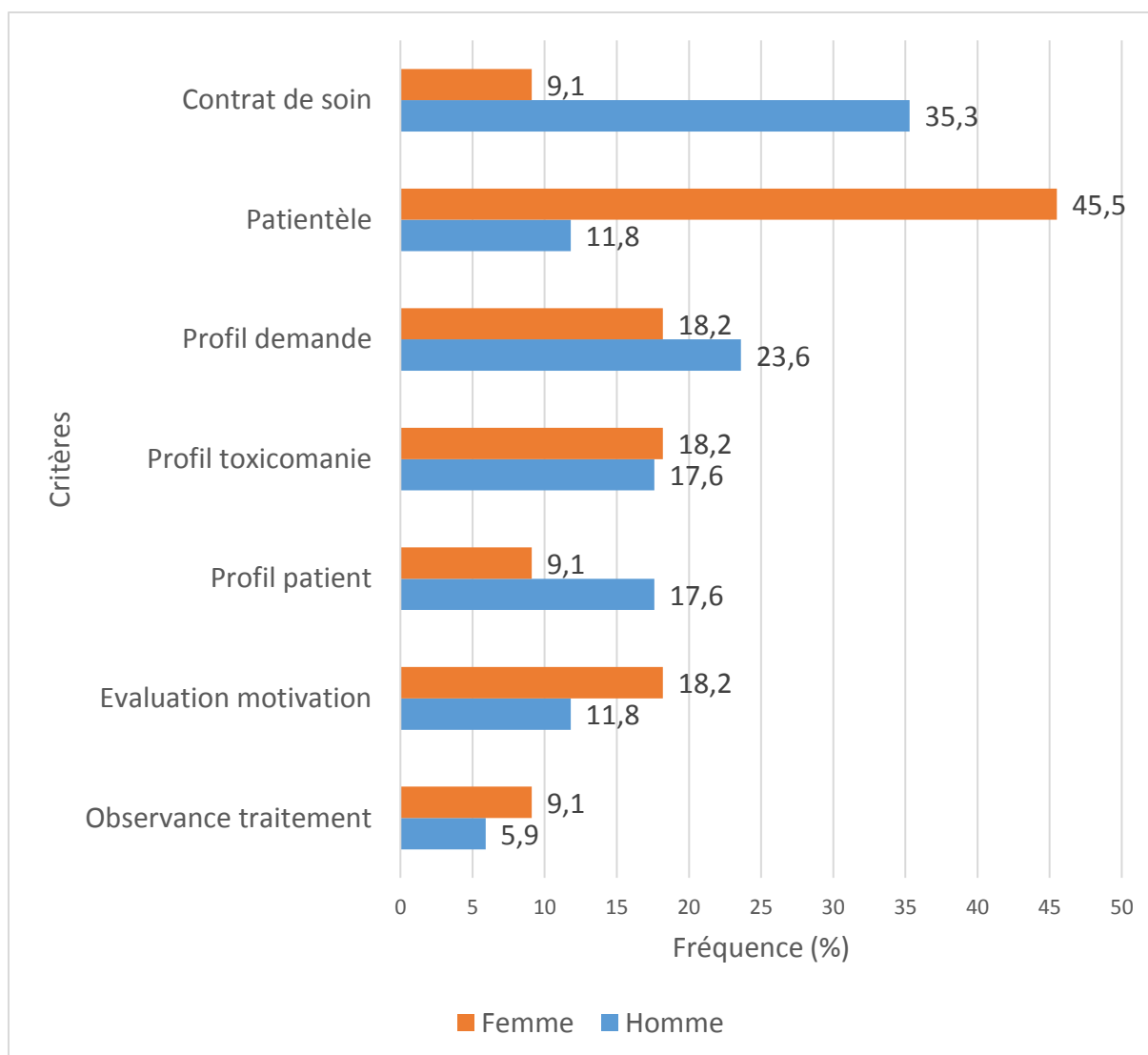


Figure 14 : Répartition des critères de prescription des TSO en fonction du sexe des médecins

4. Profil des non-prescripteurs de TSO

Sur les 40 médecins non-prescripteurs de TSO, 18 ont déjà prescrit ces traitements par le passé soit 45% des médecins généralistes interrogés.

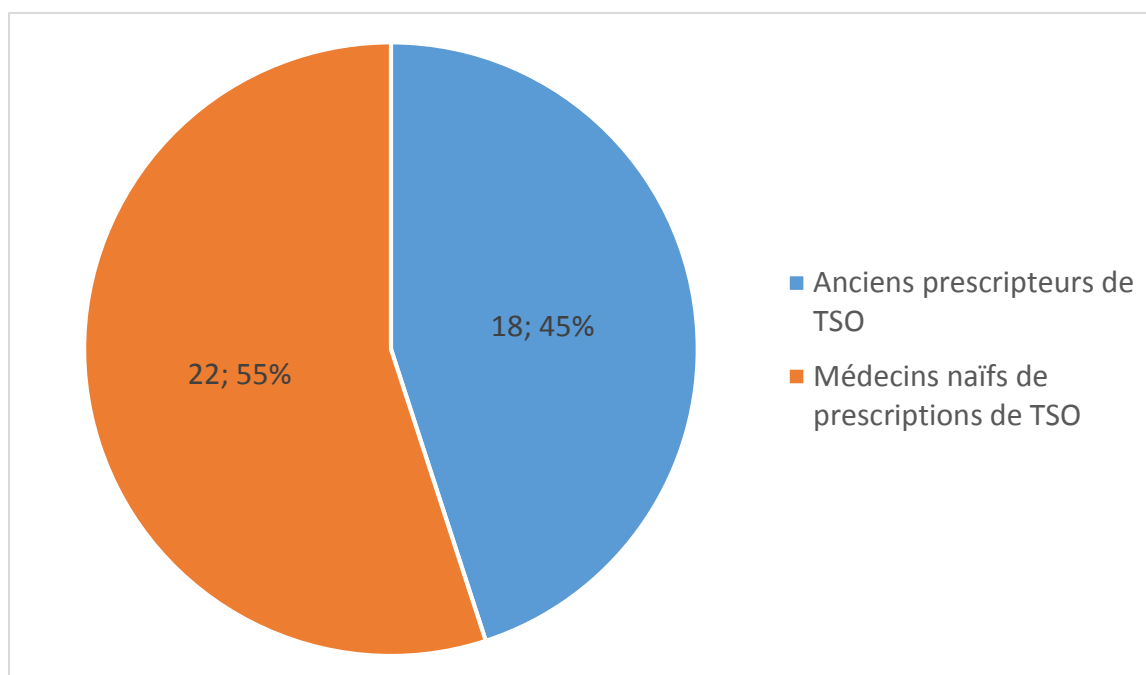


Figure 15 : Répartition des médecins non-prescripteurs de TSO

Nous avons demandé aux anciens prescripteurs quel était le motif de leur arrêt de prise en charge des patients toxicomanes. 11 de ces 18 médecins ont mis en avant de mauvaises expériences passées (61%) que ce soit une perte de confiance envers ces patients ou des comportements trop difficiles à recadrer, 4 expliquent que ces prises en charge sont trop compliquées à réaliser au cabinet de médecine générale (22%), 4 ont simplement arrêté car ils n'ont plus de patients toxicomanes dans leur patientèle (22%) et enfin 1 médecin explique n'en avoir prescrit qu'une seule fois uniquement pour dépanner un patient (6%).

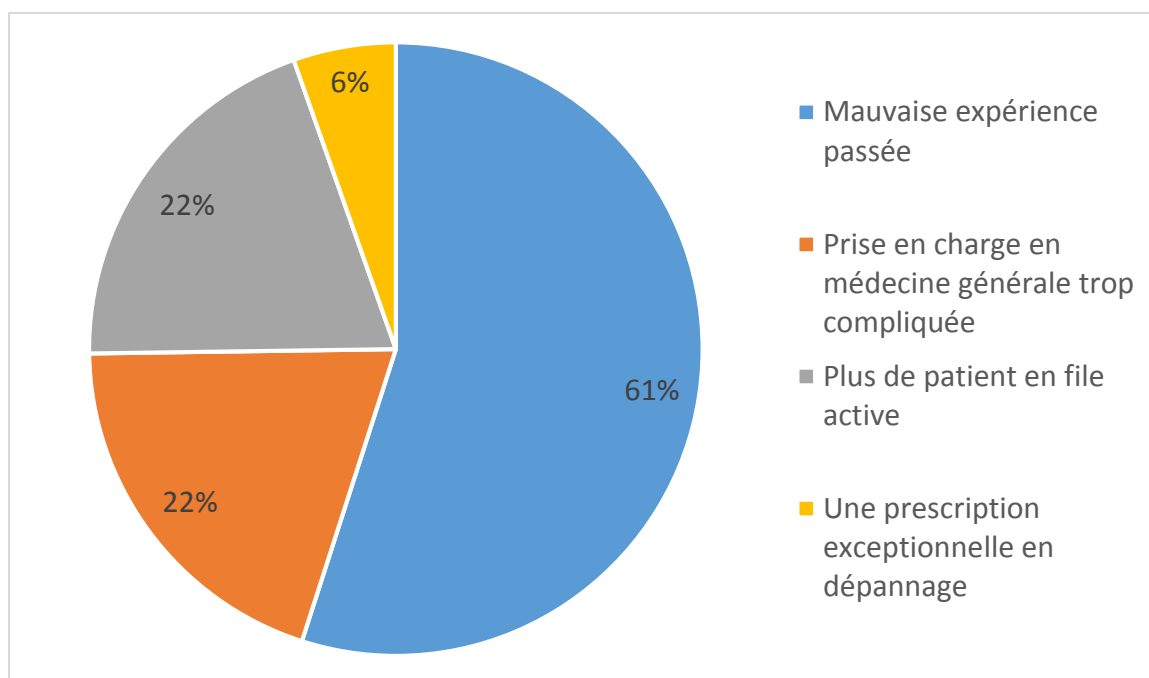


Figure 16 : Motifs d'arrêt de prescription des TSO

Il est à noter que 13 des médecins naïfs de prescription ont exprimé d'eux même une raison pour expliquer leur absence de prescription. 7 ont mis en avant une prise en charge seul au cabinet de médecine générale trop compliquée à réaliser (54%), 4 se sont plutôt exprimés sur les patients en eux-mêmes (31%) : sur leur agressivité et le risque de manipulation, et enfin 2 concèdent n'avoir jamais eu l'occasion de réaliser de telles prises en charge (15%).

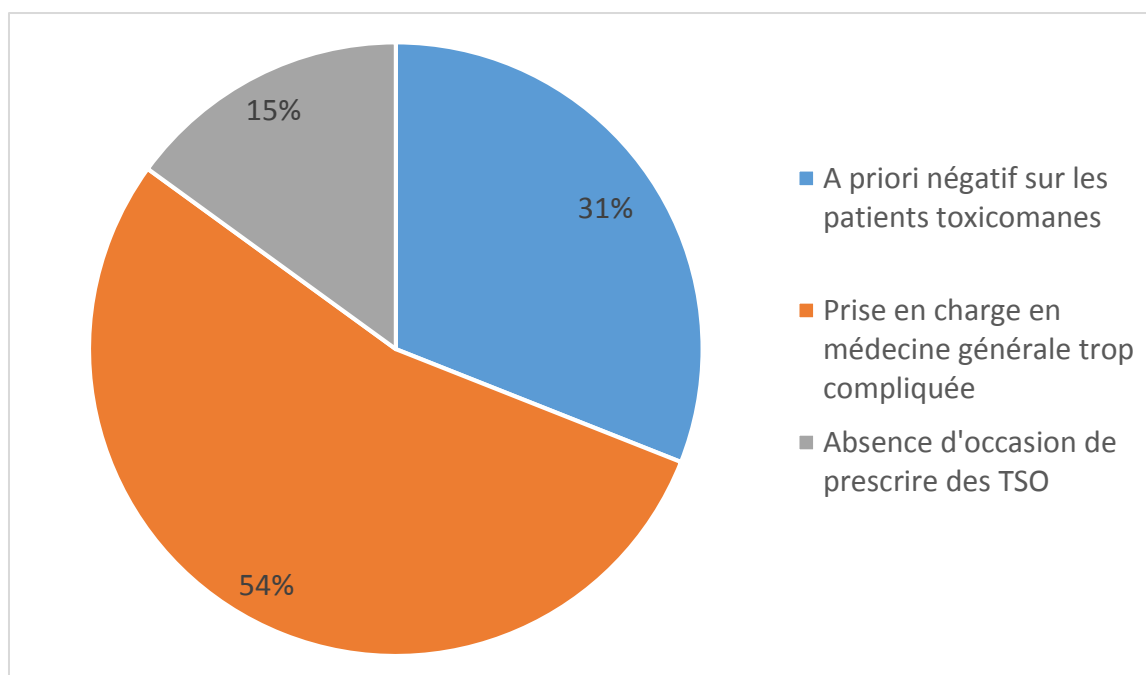


Figure 17 : Raisons spontanément évoquées par 13 médecins généralistes concernant leur non-prescription de TSO

5. Les formations initiales et complémentaires spécifiques des médecins interrogés

Sur les 82 médecins de l'étude, 37 affirment n'avoir eu aucune formation initiale spécifique à la prise en charge des patients toxicomanes (45%), 40 une formation initiale insuffisante (49%) et 5 une formation initiale adaptée (6%).

Nous avons ensuite examiné ces données en fonction de l'âge des médecins interrogés, car il paraît naturel que, les TSO étant maintenant connus depuis une vingtaine d'années, les plus jeunes générations aient une formation initiale plus solide.

Parmi les médecins de moins de 40 ans, 7% affirment n'avoir eu aucune formation initiale (1), 86% qu'elle était insuffisante (13) et 7% qu'elle était totalement adaptée (1).

Parmi les médecins de 40 à 49 ans, 27% affirment n'avoir eu aucune formation initiale (4), 66% qu'elle était insuffisante (10) et 7% qu'elle était totalement adaptée (1).

Parmi les médecins de 50 à 59 ans, 65% affirment n'avoir eu aucune formation initiale (20), 32% qu'elle était insuffisante (10) et 3% qu'elle était totalement adaptée (1).

Enfin, parmi les médecins de plus de 60 ans, 57% affirment n'avoir eu aucune formation initiale (12), 33% qu'elle était insuffisante (7) et 10% qu'elle était totalement adaptée (2).

Il existe une relation significative entre l'âge du médecin et la qualité de sa formation initiale ($\chi^2 = 18.304 > 12.592$ – Chi 2).

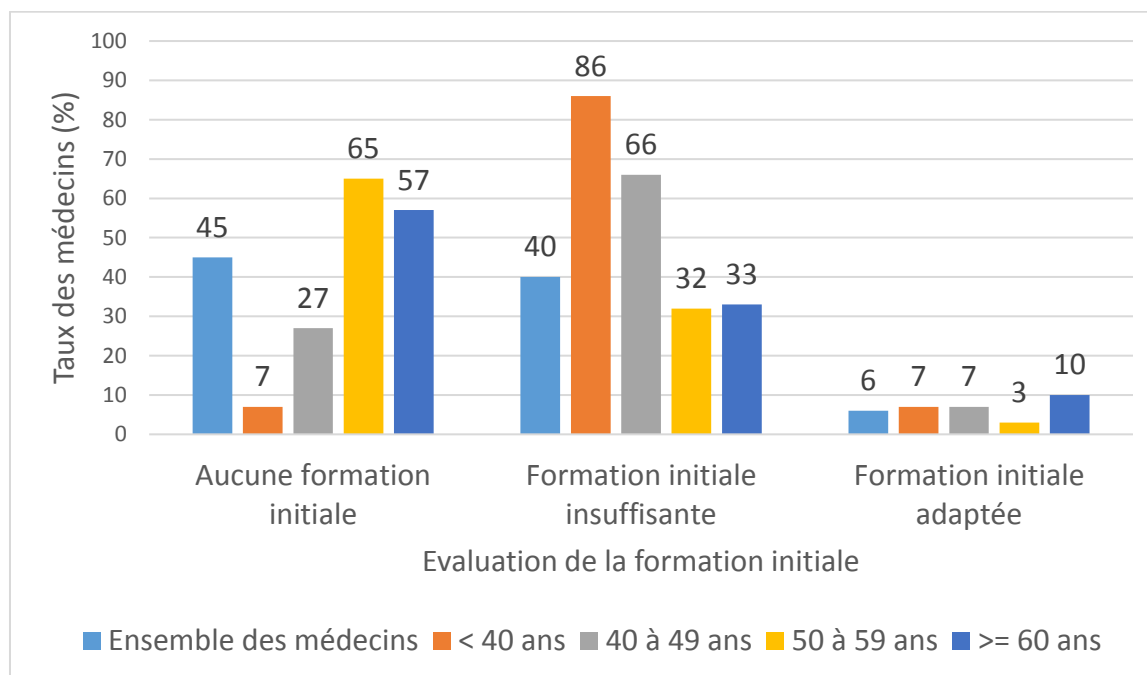


Figure 18 : Auto-évaluation de la formation initiale des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients toxicomanes

Nous avons ensuite évalué le retentissement de la qualité de la formation initiale des médecins généralistes sur leur profil de prescription de TSO.

50% des médecins ne prescrivant pas de TSO affirment n'avoir eu aucune formation initiale adaptée (20), 45% une formation initiale insuffisante (18) et 5% une formation initiale adaptée (2).

40% des médecins prescrivant des TSO affirment n'avoir eu aucune formation initiale adaptée (17), 52% une formation initiale insuffisante (22) et 7% une formation initiale adaptée (3).

Parmi les 26 médecins instaurant des TSO, 54% affirment n'avoir eu aucune formation initiale adaptée (14), 42% une formation initiale insuffisante (11) et 4% une formation initiale adaptée (1).

Enfin, parmi les 16 médecins prescrivant mais n'instaurant pas de TSO, 19% affirment n'avoir eu aucune formation initiale adaptée (3), 69% une formation initiale insuffisante (11) et 12% une formation initiale adaptée (2).

Il n'y a pas de relation significative entre la qualité jugée de la formation initiale des médecins et leur profil de prescription (Ic 95% = 6.135 < 9.488 – Chi 2).

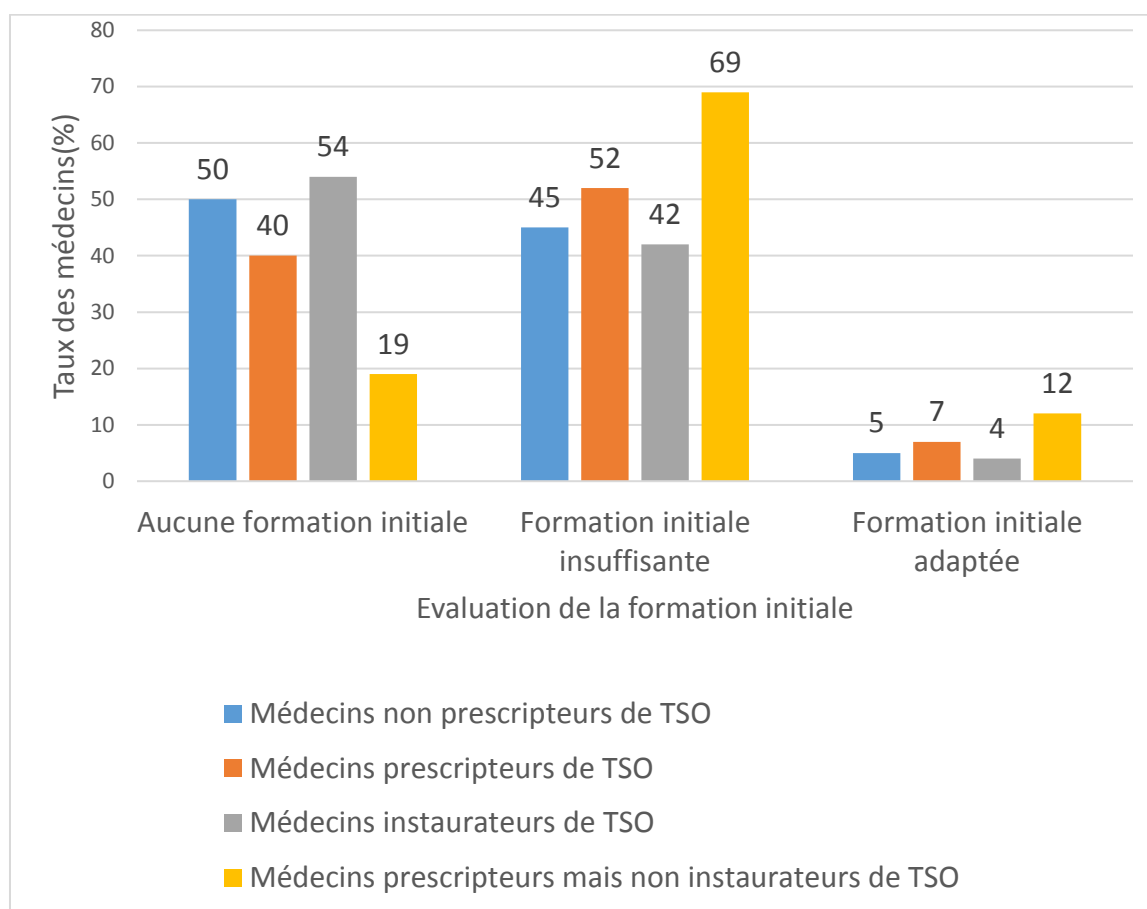


Figure 19 : Evaluation de la formation initiale des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients toxicomanes en fonction du profil de prescription des TSO

Nous nous sommes ensuite intéressés à la réalisation ou non de formations spécialisées complémentaires centrées sur la prise en charge des patients toxicomanes.

55 des médecins n'ont réalisé aucune formation complémentaire (67%) et seulement 27 en ont réalisé une (33%).

Ont réalisé une formation complémentaire, 9 des 37 médecins n'ayant jamais eu de formation initiale (24%), 16 des 40 médecins ayant eu une formation initiale insuffisante (40%) et 2 des 5 médecins ayant eu une formation initiale adaptée (40%).

Il n'y a pas de relation significative entre la réalisation d'une FMC et la qualité de la formation initiale (Ic 95% = 2.259 < 5.991 – Chi 2).

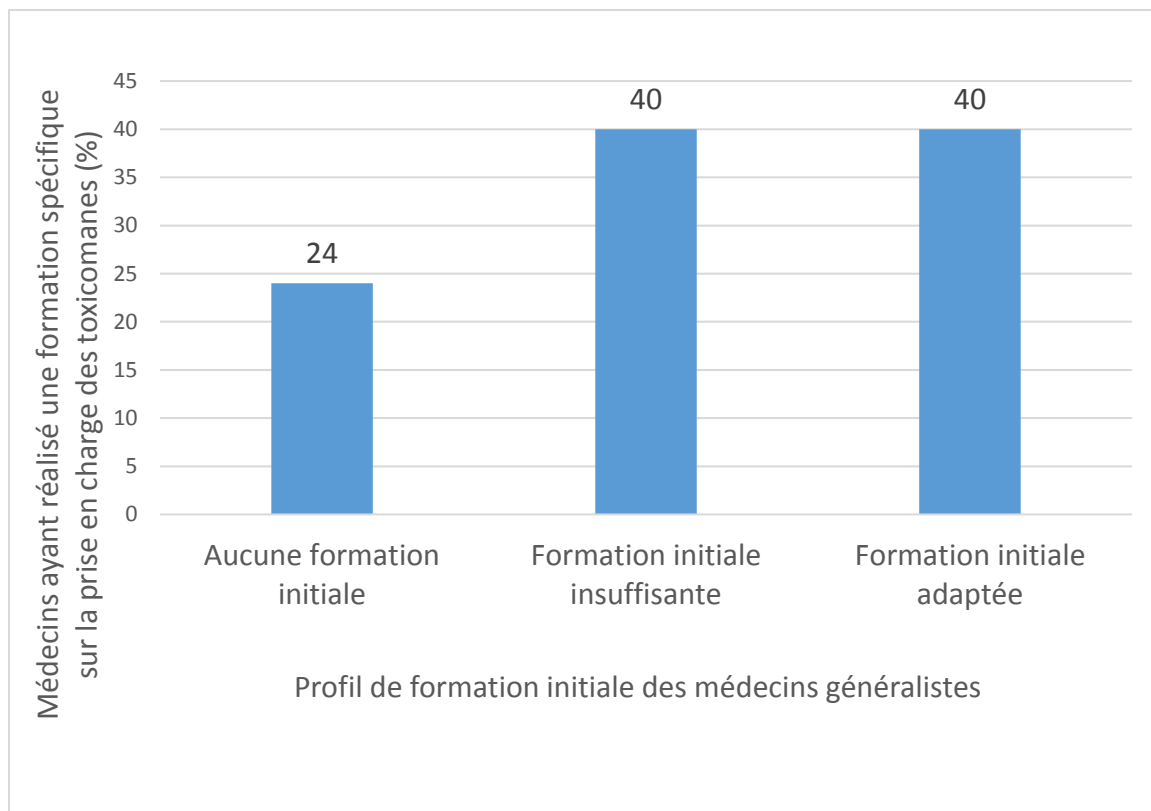


Figure 20 : Evaluation du pourcentage de médecins ayant réalisé une formation spécifique sur la prise en charge des patients toxicomanes en fonction de leur profil de formation initiale.

Ont également réalisé une formation complémentaire, 18 des 42 médecins prescripteurs de TSO (43%), dont 15 des 26 médecins instaurant des TSO (58%) et 3 des 16 médecins prescrivant mais n'instaurant pas de TSO (19%), et 9 des 40 médecins non-prescripteurs (22%).

Il existe une relation significative entre le profil de prescription des médecins et la réalisation d'une FMC (Ic 95% = 3.845 > 3.841 – Chi 2).

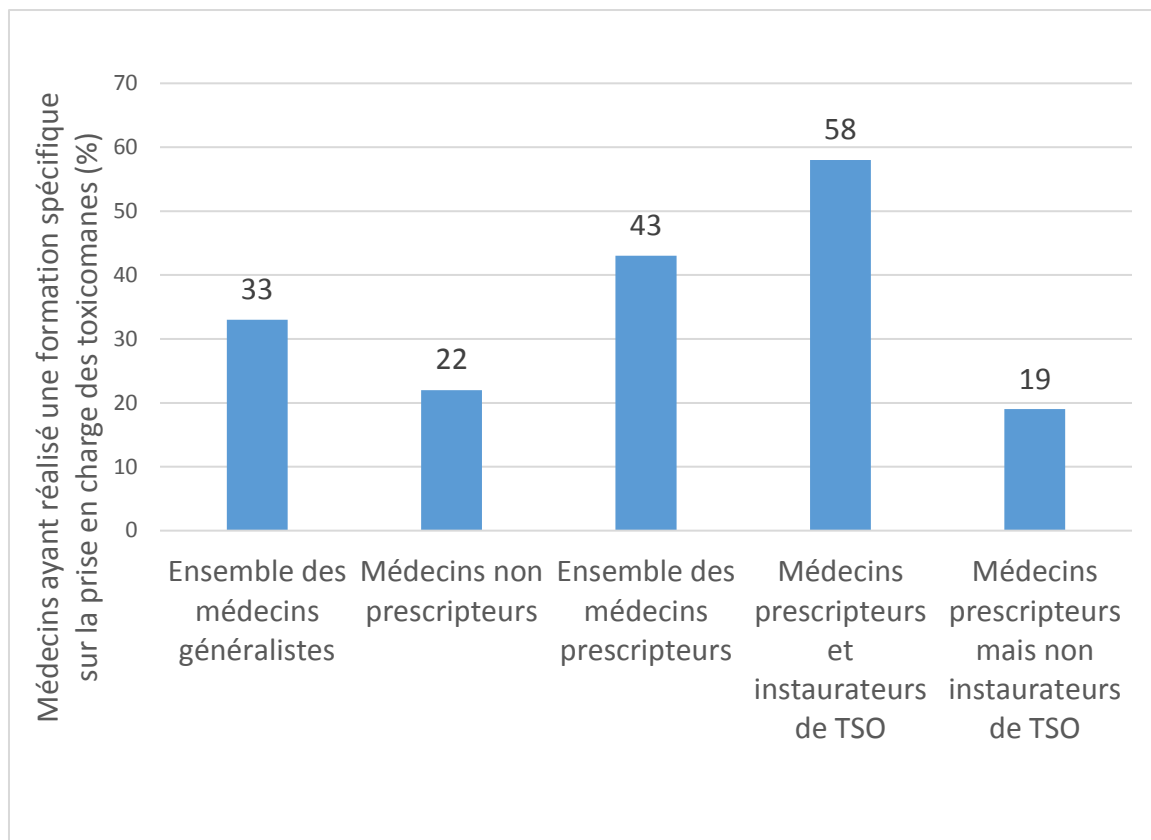


Figure 21 : Evaluation du taux de médecins ayant réalisé une formation spécifique sur la prise en charge des patients toxicomanes en fonction de leur profil de prescription de TSO

Enfin, nous avons essayé de mesurer le nombre de médecins qui ont une formation adaptée, comprenant les médecins considérant leur formation initiale adaptée à la prise en charge des toxicomanes et les médecins n'ayant pas eu de formation initiale ou une formation insuffisante mais qui ont complété leur formation par une formation spécifique.

30 des 82 médecins remplissaient ces critères (37%) : 10 des 40 médecins non-prescripteurs (25%), 20 des 42 médecins prescripteurs (48%), 16 des 26 médecins instaurateurs de TSO (61%) et 4 des 16 médecins prescripteurs mais non instaurateurs de TSO (25%).

Il existe une relation significative entre une formation jugée adaptée et la prescription ou non de TSO (IC 95% = 4.517 > 3.841 – Chi 2).

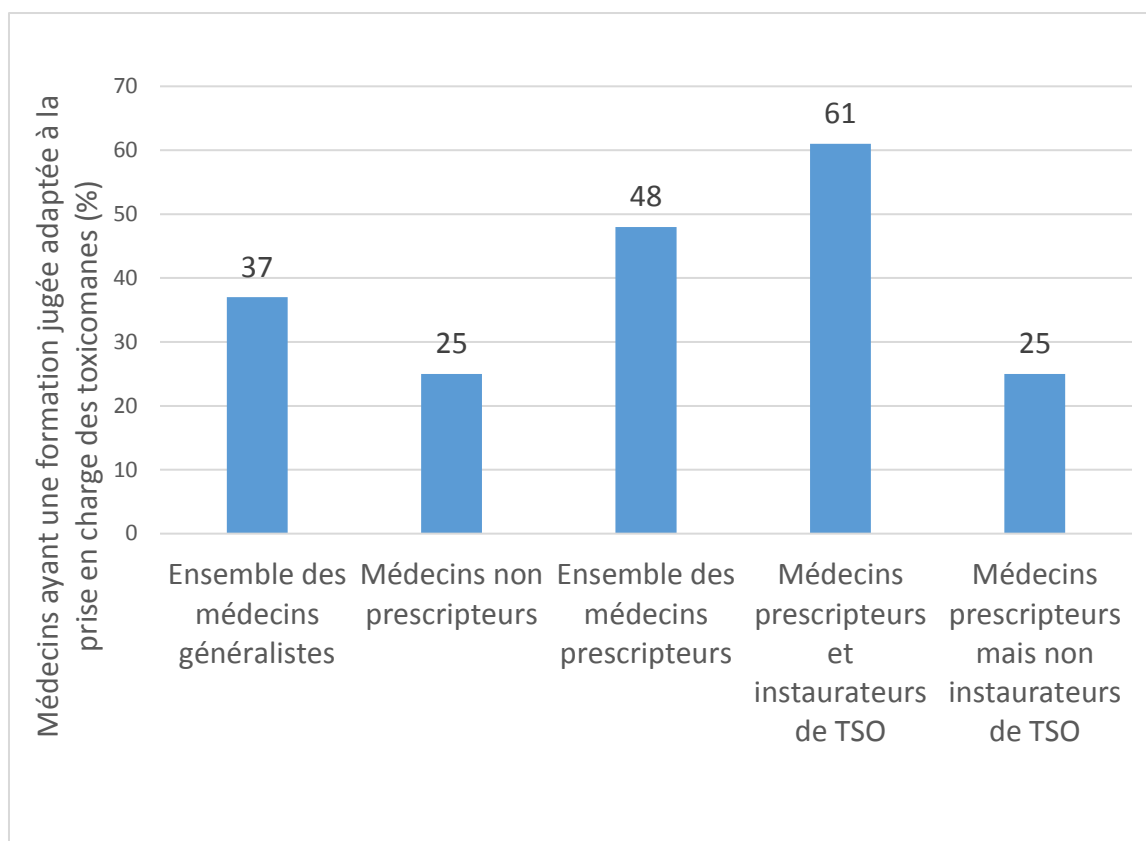


Figure 22 : Evaluation du pourcentage de médecins ayant une formation jugée adaptée à la prise en charge des patients toxicomanes en fonction de leur profil de prescription de TSO

6. Connaissances sur les molécules

6.1 L'instauration des TSO

Nous avons évalué les connaissances des médecins généralistes concernant la possibilité d'instaurer des Traitements de Substitution, sachant qu'un médecin généraliste a uniquement le droit d'introduire de la Buprénorphine Haut Dosage.

70 médecins sur les 82 savaient qu'ils pouvaient introduire de la Buprénorphine Haut Dosage, soit 85% des généralistes interrogés. 15 des médecins (18%) pensaient pouvoir instaurer de la Méthadone® sous forme sirop et 11 (13%) sous forme gélule. Au total, 59 médecins (72%) avaient toutes les bonnes réponses concernant l'instauration.

Nous avons ensuite essayé de comparer ces connaissances entre les médecins prescripteurs et les médecins non prescripteurs.

40 médecins sur les 42 prescripteurs savaient qu'ils pouvaient introduire de la Buprénorphine Haut Dosage, soit 95%, contre 30 des 40 non prescripteurs (75%). Concernant la Méthadone sous forme sirop, 7 des 42 médecins prescripteurs (17%) pensaient pouvoir l'introduire contre 8 des 40 non prescripteurs (20%). Enfin, 3 des 42 prescripteurs (7%) pensaient pouvoir instaurer de la Méthadone sous forme gélule contre 8 des 40 non prescripteurs (20%). Au total, 35 des 42 prescripteurs (83%) avaient tout juste contre 24 des 40 non prescripteurs (60%).

Il existe une relation significative entre les connaissances concernant l'instauration de BHD du groupe et le profil de prescription des médecins ($Ic\ 95\% = 6.717 > 3.845 - Chi\ 2$). Il n'y a par contre pas de relation significative en ce qui concerne la méthadone sous forme sirop ($Ic\ 95\% = 0.153 < 3.845 - Chi\ 2$), ni la forme gélule ($Ic\ 95\% = 2.915 < 3.845 - Chi\ 2$).

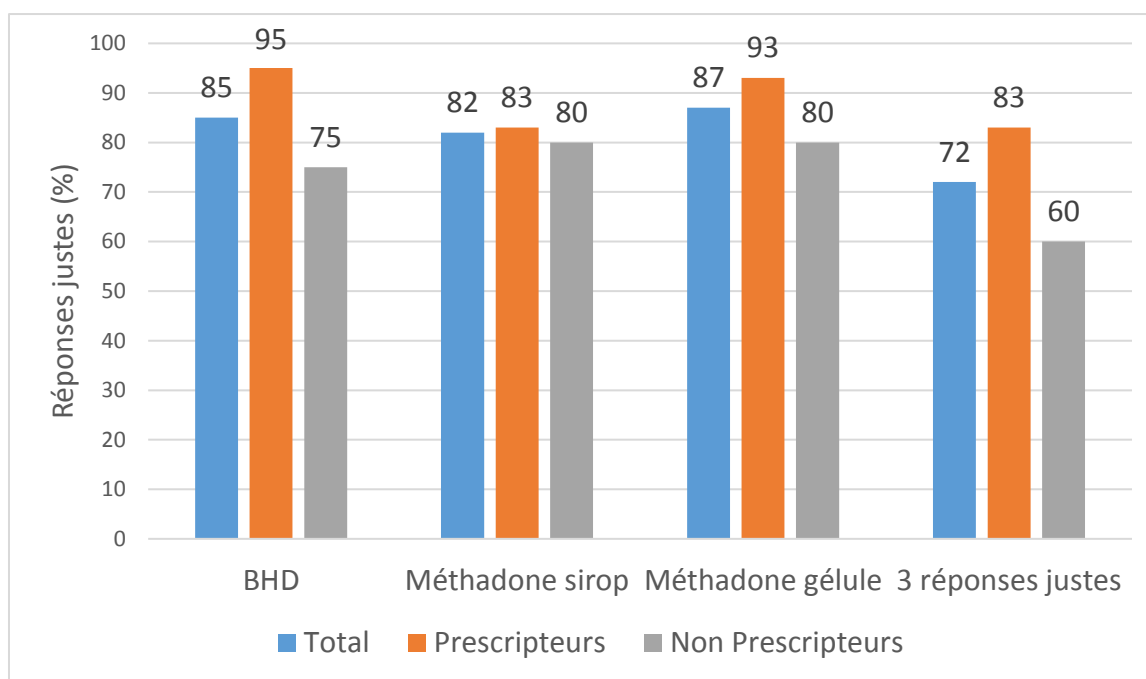


Figure 23 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes concernant l'instauration des TSO.

Nous avons également décidé d'évaluer ce facteur en fonction de l'âge des médecins généralistes interrogés. Nous avons réparti les données dans les figures suivantes.

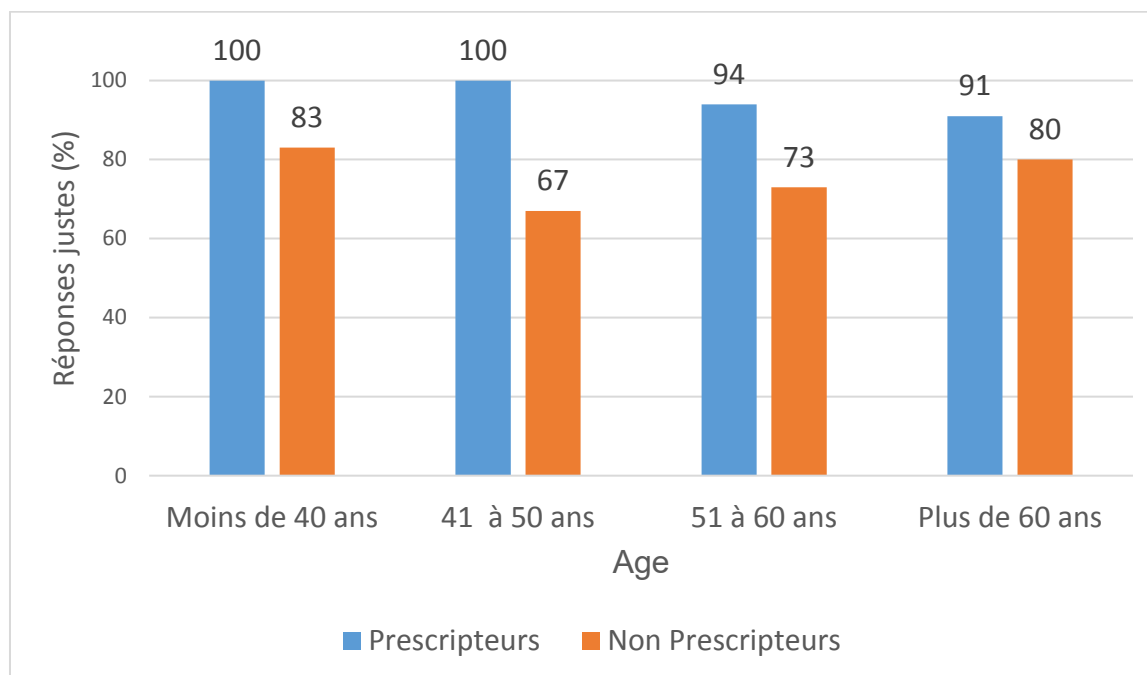


Figure 24 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes interrogés concernant la Buprénorphine Haut Dosage en fonction de leur âge.

La différence de connaissances de l'instauration de la BDH entre les groupes de médecins généralistes prescripteurs des différentes classes d'âge n'est pas significative ($Ic\ 95\ \% = 1.283 < 3.845 - Chi\ 2$), et il en va de même pour les médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 0.712 < 3.845 - Chi\ 2$).

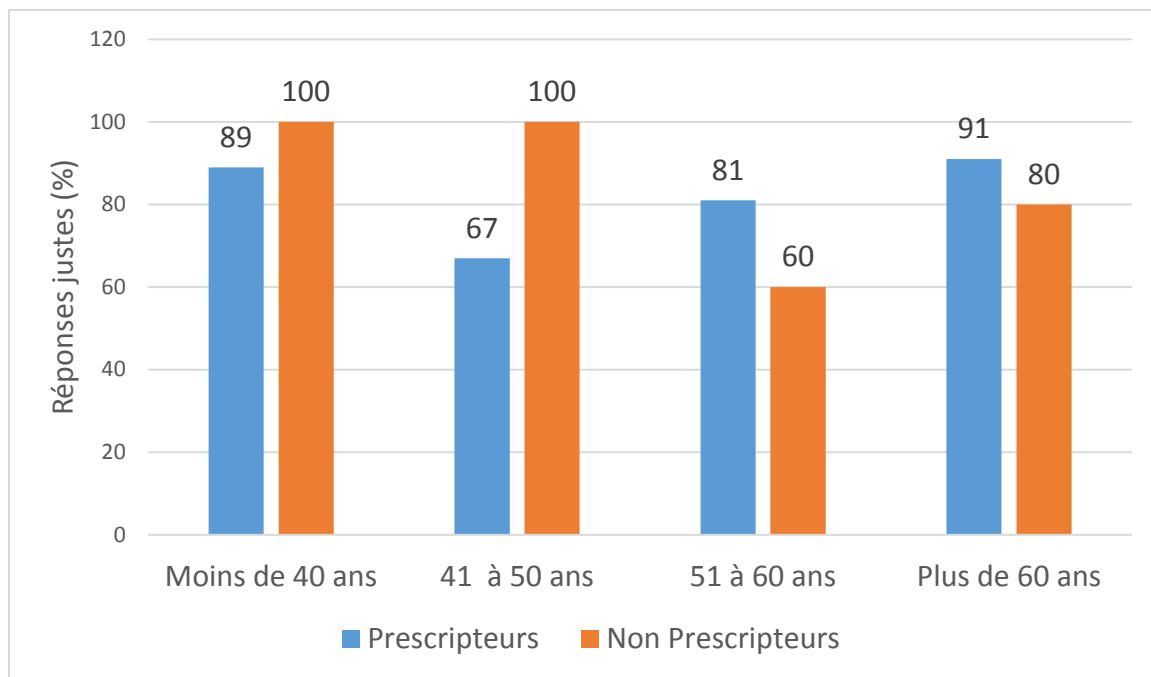


Figure 25 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes concernant la méthadone sirop en fonction de l'âge.

Il n'y a pas de relation significative entre les connaissances sur l'instauration de la méthadone sirop chez les médecins prescripteurs et leur âge ($Ic\ 95\ \% = 1.905 < 3.845 - Chi\ 2$), il en existe par contre une pour les médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 7.5 > 3.845 - Chi\ 2$).

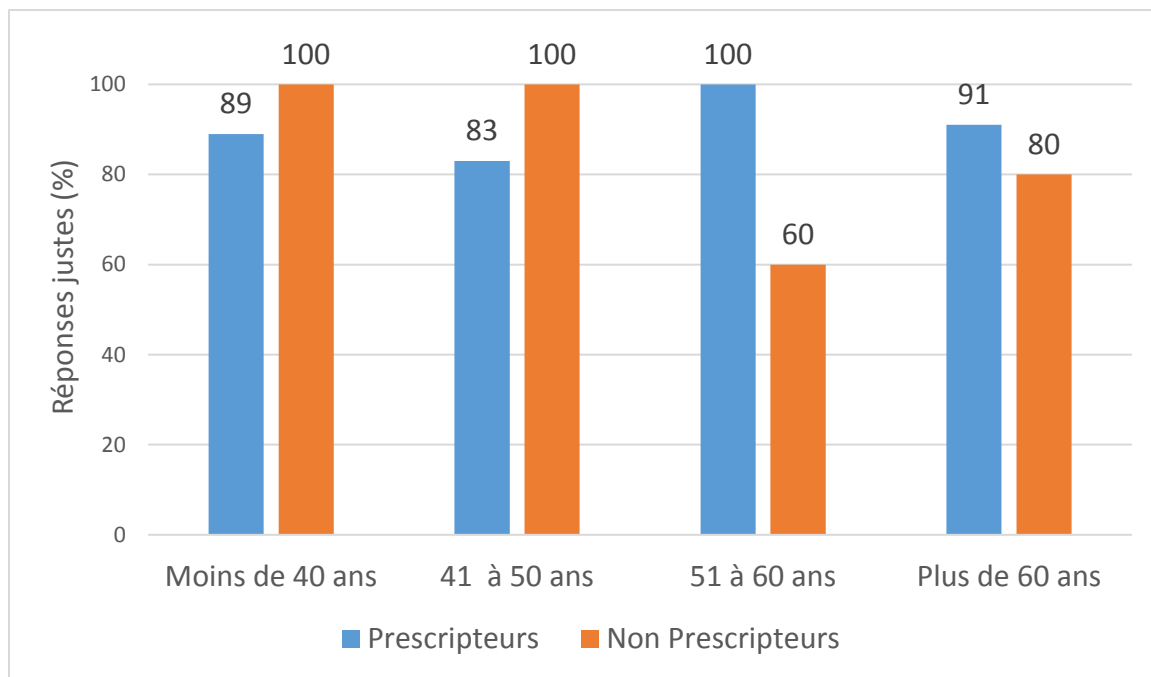


Figure 26 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes interrogés concernant la méthadone gélule en fonction de leur âge

Il n'y a pas de relation significative entre les connaissances sur l'instauration de la méthadone gélule et de l'âge des médecins dans le groupe prescripteur ($Ic\ 95\ \% = 2.327 < 3.845 - Chi\ 2$), il en existe par contre une au sein du groupe des médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 7.5 > 3.845 - Chi\ 2$).

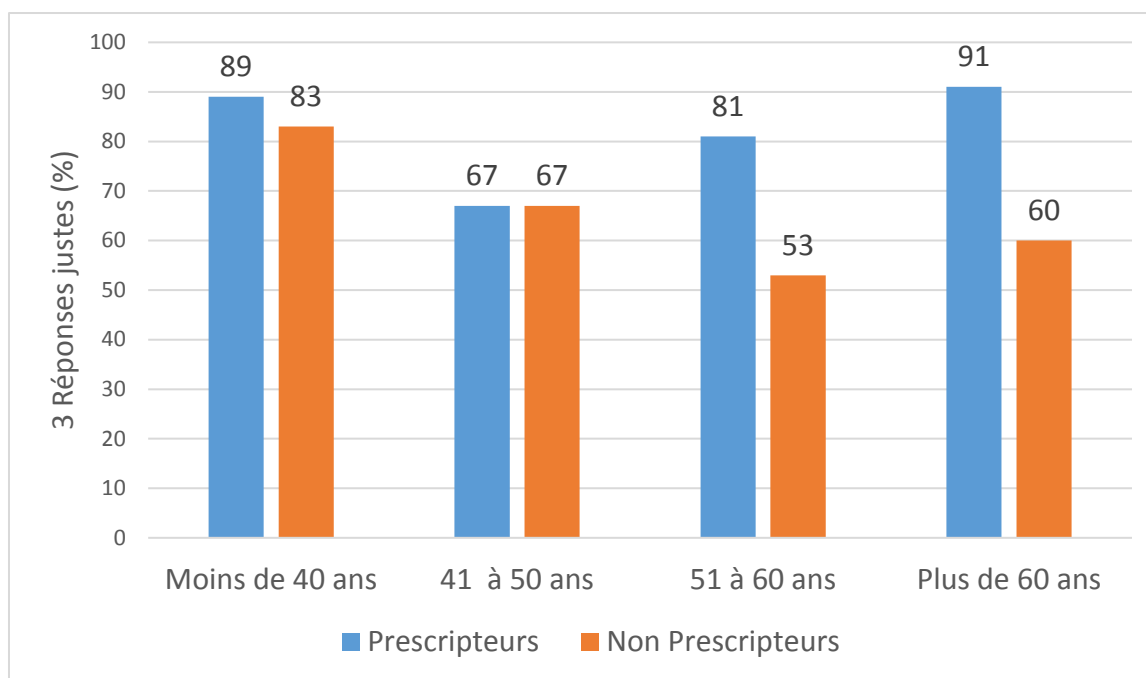


Figure 27 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes en fonction de leur âge

6.2 Le renouvellement des TSO

Nous avons ensuite réalisé les mêmes statistiques mais concernant la question du renouvellement des TSO, sachant qu'un médecin généraliste peut renouveler indéfiniment les 3 TSO.

64 médecins sur les 82 avaient juste concernant la Buprénorphine Haut Dosage, soit 78% des généralistes interrogés. 47 (57%) avaient juste concernant la méthadone sous forme sirop et 31 (38%) pour la forme gélule. Au total, 26 médecins (32%) avaient toutes les bonnes réponses concernant le renouvellement.

Nous avons ensuite essayé de comparer ces connaissances entre les médecins prescripteurs et les médecins non-prescripteurs.

40 médecins sur les 42 prescripteurs avaient juste concernant la Buprénorphine Haut Dosage, soit 95%, contre 24 des 40 non prescripteurs (60%). Concernant la méthadone sous forme sirop, 30 des 42 médecins prescripteurs (71%) avaient la bonne réponse contre 17 des 40 non prescripteurs (43%). Enfin, 17 des 42 prescripteurs (40%) ont répondu juste concernant la méthadone sous forme gélule contre 14 des 40 non-prescripteurs (35%). Au total, 15 des 42 prescripteurs (36%) avaient tout juste contre 11 des 40 non-prescripteurs (28%).

Il existe une relation significative entre les connaissances concernant le renouvellement de BHD (Ic 95% = 14.851 > 3.845 – Chi 2) et de la méthadone sirop (Ic 95% = 7.009 > 3.845 – Chi 2) et le profil de prescription des médecins. Il n'y a par contre pas de relation significative en ce qui concerne la méthadone sous forme gélule (Ic 95% = 0.261 < 3.845 – Chi 2).

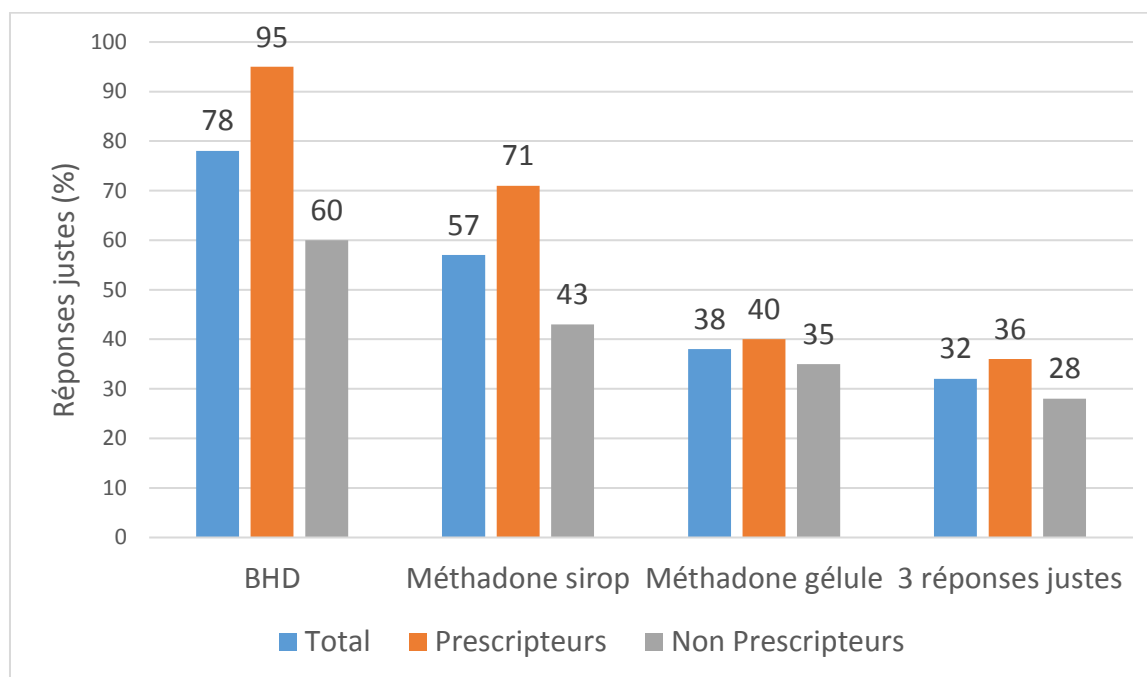


Figure 28 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes interrogés concernant le renouvellement des TSO

Nous avons également, tout comme pour l'instauration, décidé d'évaluer ce facteur en fonction de l'âge des médecins généralistes. Nous avons réparti les données dans les figures suivantes.

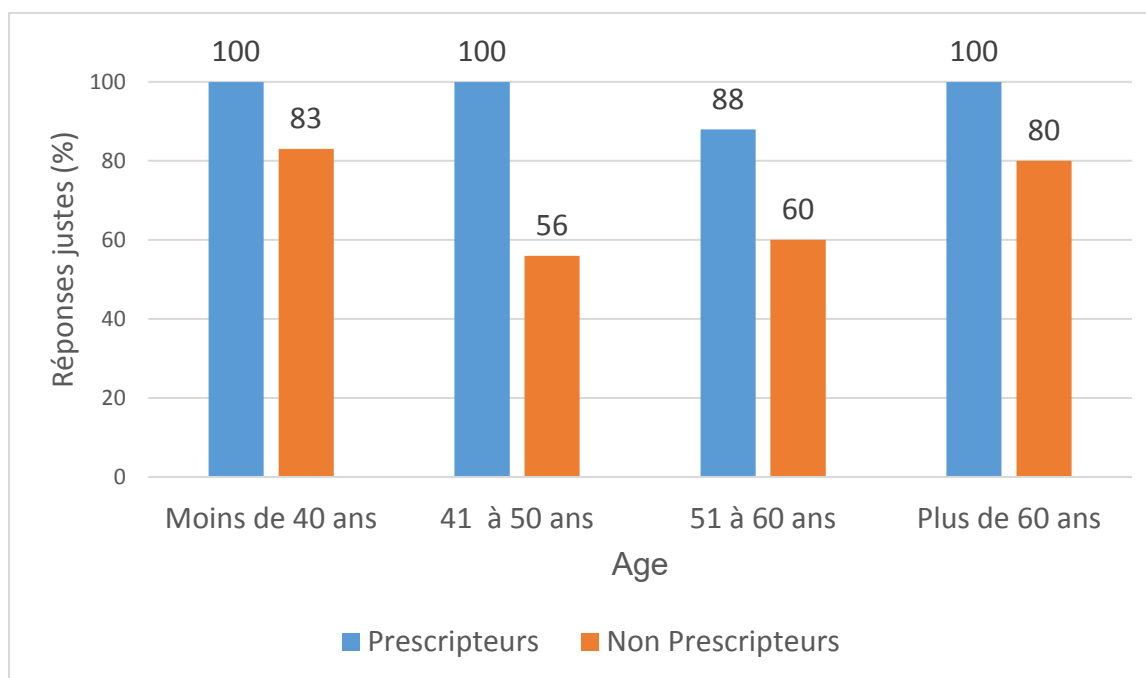


Figure 29 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes concernant le renouvellement de la Buprénorphine Haut Dosage en fonction de leur âge

Il n'y a pas de relation significative entre les connaissances sur le renouvellement de la BHD et l'âge des médecins prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 3.413 < 3.845 - Chi\ 2$), ni au sein du groupe des médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 3.637 < 3.845 - Chi\ 2$).

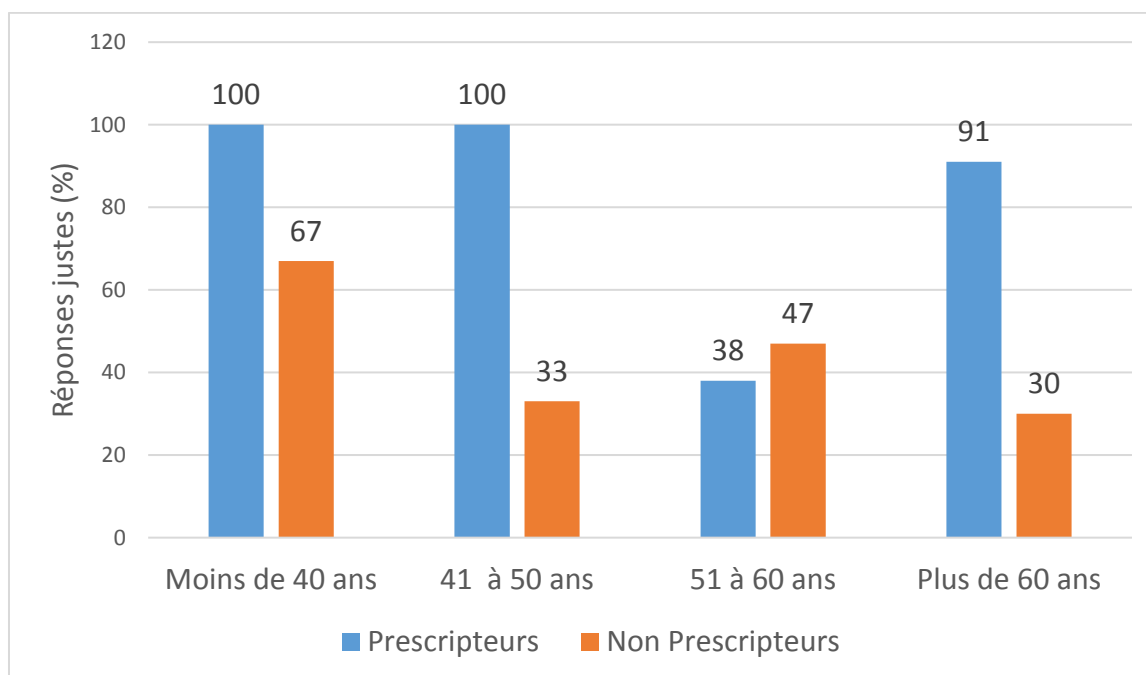


Figure 30 : Evaluation des connaissances de la méthadone des Médecins Généralistes interrogés en fonction de leur âge

Il existe une relation significative entre les connaissances sur le renouvellement de la méthadone sirop et l'âge des médecins prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 15.607 > 7.815 - Chi\ 2$), il n'en existe par contre pas pour les médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 2.49 < 3.845 - Chi\ 2$).

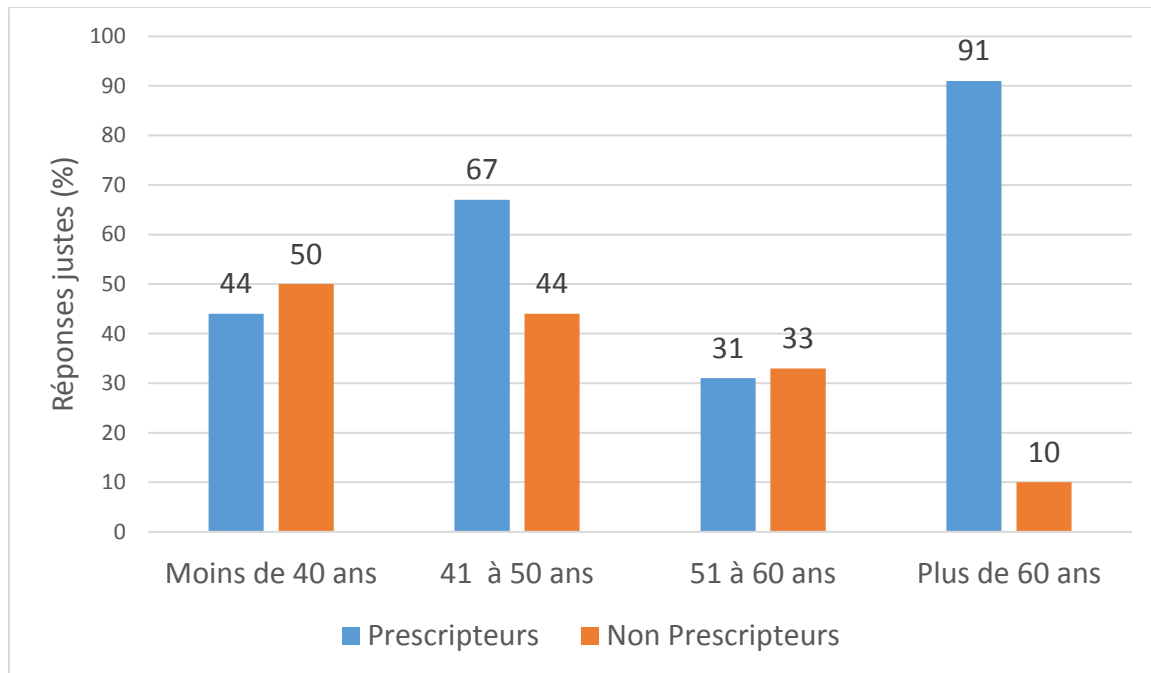


Figure 31 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes concernant la méthadone gélule en fonction de leur âge.

Il n'y a pas de relation significative entre les connaissances sur le renouvellement de la méthadone gélule et l'âge des médecins prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 2.409 < 3.845 - Chi\ 2$), ni pour les médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 3.735 < 3.845 - Chi\ 2$).

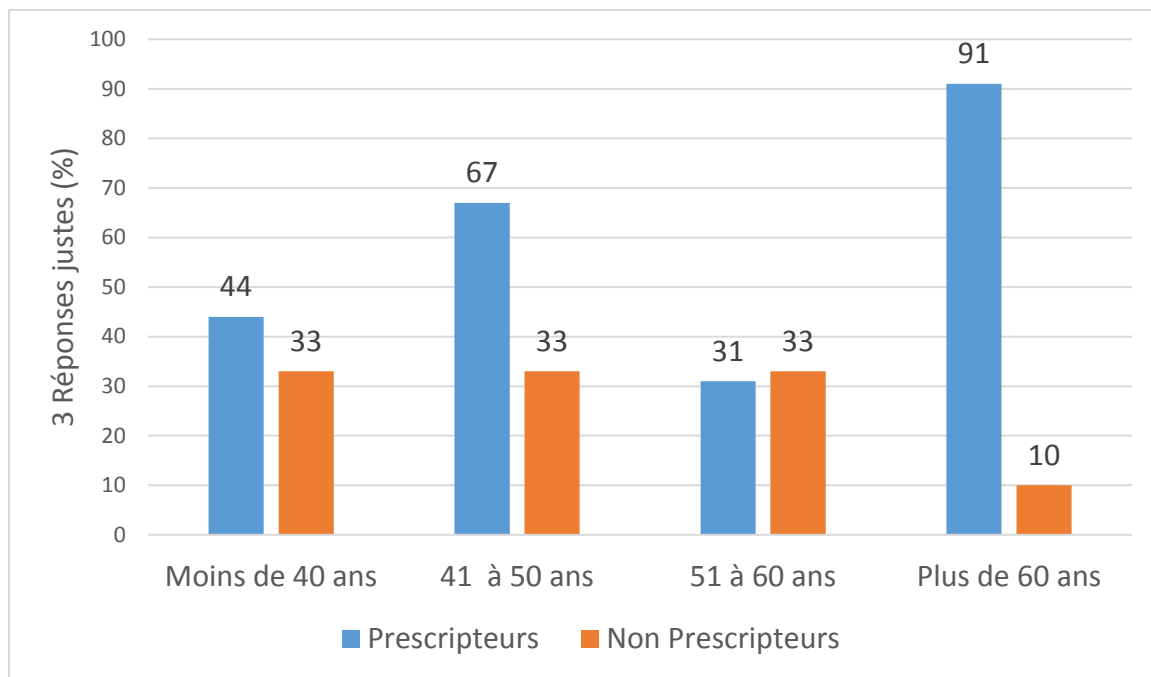


Figure 32 : Evaluation des connaissances des Médecins Généralistes interrogés en fonction de leur âge

Enfin, il n'y a pas de relation significative entre les connaissances sur le renouvellement de la méthadone sirop et l'âge des médecins prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 4.415 < 3.845 - Chi\ 2$), ni pour les médecins non-prescripteurs ($Ic\ 95\ \% = 2.047 < 3.845 - Chi\ 2$).

7. Instauration des TSO et orientation des patients

Afin de parfaire le profil de nos médecins inclus, nous leur avons demandé s'ils instaurent eux-mêmes ces TSO et, si la réponse était négative, vers qui ils adressaient leurs patients.

26 médecins sur les 42 prescripteurs instaurent eux-mêmes un traitement par Buprénorphine Haut Dosage, soit 62%.

Nous avons ensuite évalué cette donnée en fonction de l'âge et du sexe du médecin généraliste.

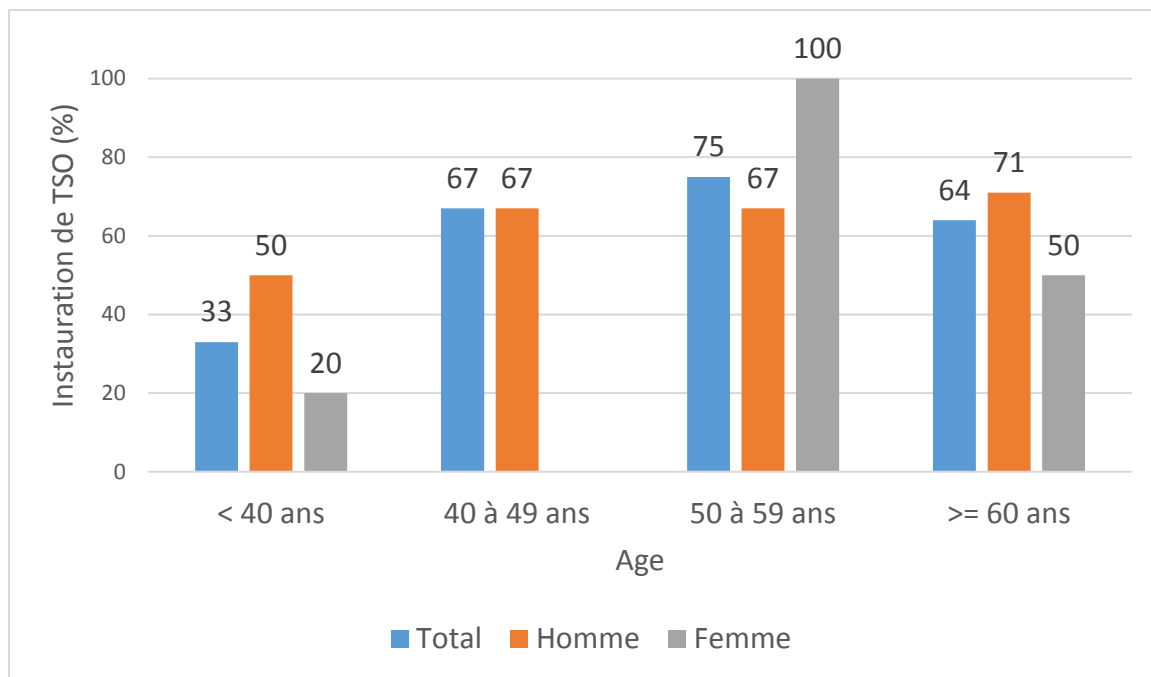


Figure 33 : Profil des médecins instaurateurs de TSO en fonction de leur âge et de leur sexe

Il n'y a pas de relation significative entre l'âge des médecins et leur propension à instaurer des TSO ($Ic\ 95\% = 4.35 < 7.815 - \text{Chi } 2$), ni entre le sexe et l'instauration ou non de TSO ($Ic\ 95\% = 0.518 < 3.841 - \text{Chi } 2$).

16 des prescripteurs n'instaurent donc pas de TSO, 14 d'entre eux (88%) orientent leurs patients vers le CSAPA le plus proche, 1 (6%) vers un confrère généraliste et 1 (6%) vers un psychiatre.

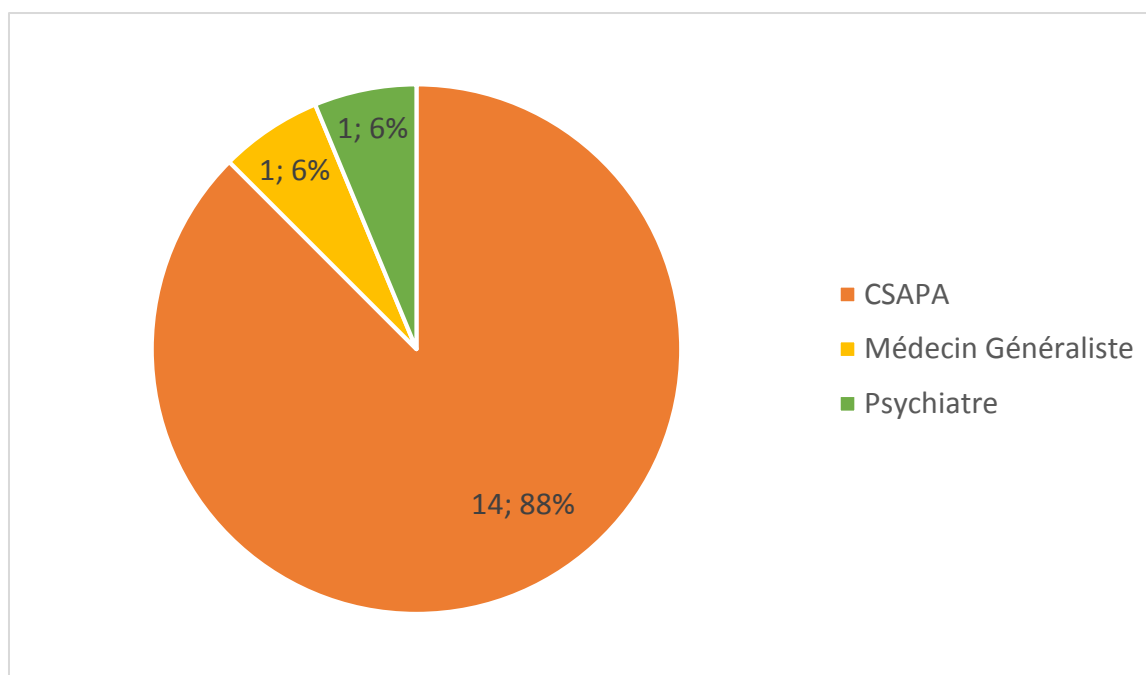


Figure 34 : Répartition de l'orientation des patients par les médecins généralistes prescripteurs mais non-instaurateurs de TSO

Pour les médecins non-prescripteurs, les orientations sont plus variées. 21 médecins orientent vers le CSAPA le plus proche (52%), 8 vers un service d'addictologie hospitalier (20%), 5 vers un confrère généraliste (13%), 2 vers un psychiatre (5%) et 4 vers un addictologue libéral (10%).

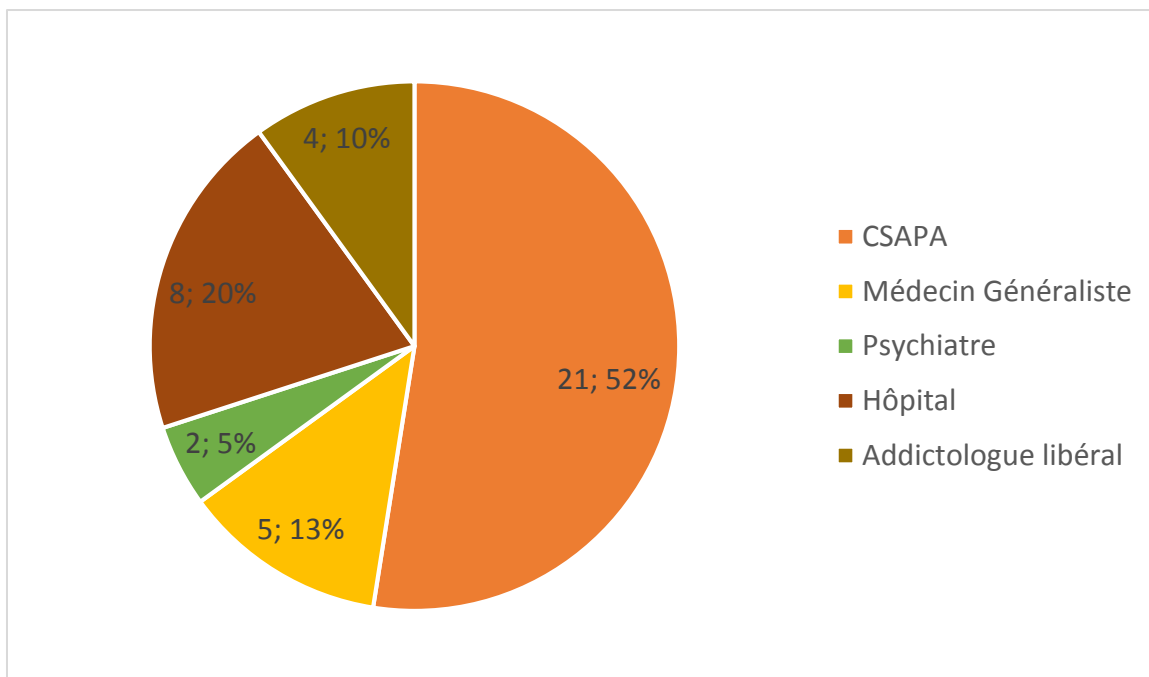


Figure 35 : Répartition de l'orientation des patients par les médecins généralistes non-prescripteurs de TSO

Au total, 35 médecins sur les 56 orientent vers le CSAPA le plus proche (63%), 8 vers un service d'addictologie hospitalier (14%), 6 vers un confrère généraliste (11%), 3 vers un psychiatre (5%) et 4 vers un addictologue libéral (7%).

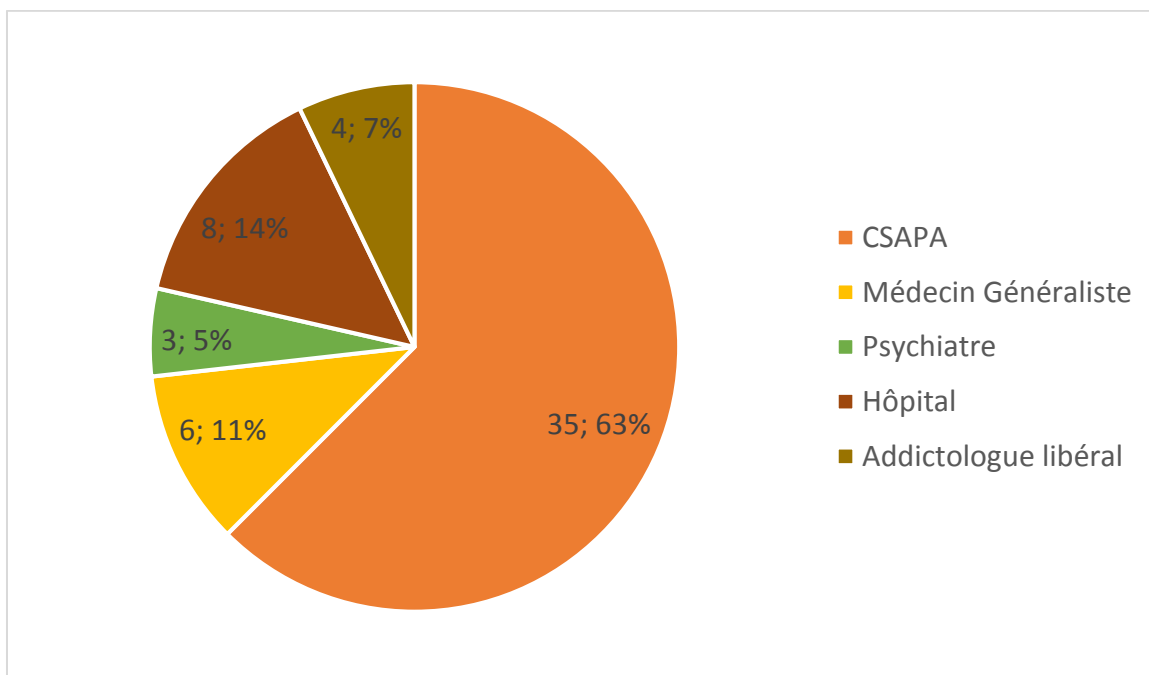


Figure 36 : Répartition de l'orientation des patients par les médecins généralistes non-instaurateurs de TSO

8. Taille des patientèles des médecins généralistes prescripteurs de TSO

Nous avons aussi demandé aux médecins généralistes prescripteurs de TSO combien de patients ils prenaient en charge et nous avons réalisé des groupes de médecins en fonction de la taille de cette patientèle.

Ainsi, 13 des 42 médecins possèdent une patientèle de 0 à 2 patients sous TSO (31%), 15 une patientèle de 3 à 5 patients sous TSO (36%), 11 une patientèle de 6 à 10 patients sous TSO (26%) et 3 une patientèle d'au moins 11 patients sous TSO (7%).

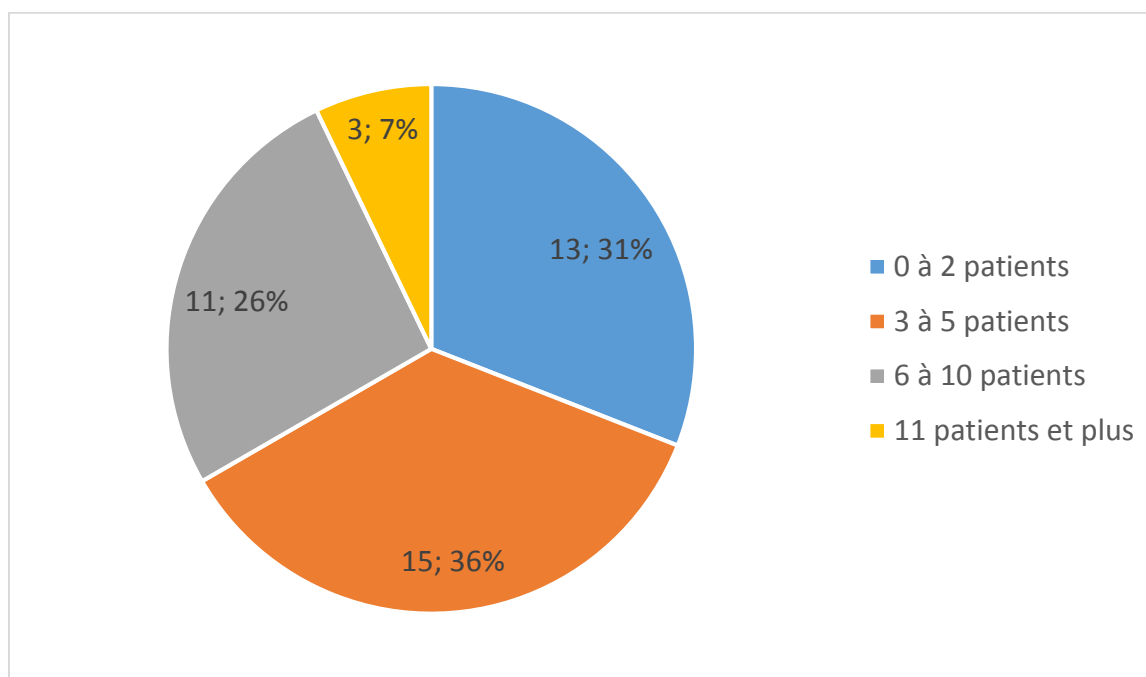


Figure 37 : Répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de la taille de leur patientèle

Au total, toutes patientèles réunies, nous comptons 212 patients sous TSO, soit une moyenne de 5 patients et une médiane de 3 patients par médecin prescripteur.

Parmi ces patients, 132 sont traités par Buprénorphine Haut Dosage (63%), soit une moyenne de 3.1 et une médiane de 2 patients par médecin prescripteur. 68 sont traités par Méthadone (32%), soit une moyenne de 1.6 et une médiane de 1 patient par médecin prescripteur. Enfin, 11 patients sont traités par Suboxone® (5%), soit une moyenne de 0.3 et une médiane de 0 patients par médecin prescripteur.

Il est à noter que 7 médecins m'ont précisé qu'ils avaient également des patients toxicomanes identifiés mais non substitués dans leur patientèle allant de 1 jusqu'à 6 patients

9. Estimation de l'effet des TSO sur la consommation d'opiacés

Chaque médecin a été interrogé, qu'il prescrive ou non, afin d'estimer le ressenti des médecins généralistes par rapport à l'effet des TSO sur la consommation des opiacés, et donc leur efficacité.

Au total, les médecins généralistes pensent qu'en moyenne 41% des patients arrêtent totalement de consommer des opiacés sous TSO (médiane de 40%), que 38% diminuent leur consommation sans l'arrêter totalement (médiane de 40%) et que 21% des patients ne modifient pas leur consommation (médiane de 10%).

Nous avons également étudié les réponses des médecins prescripteurs et des médecins non-prescripteurs séparément.

Les médecins généralistes prescripteurs estiment qu'en moyenne 48% des patients arrêtent totalement de consommer des opiacés sous TSO (médiane de 50%), que 39% diminuent leur consommation sans l'arrêter totalement (médiane de 40%) et que 13% des patients ne modifient pas leur consommation (médiane de 5%).

Enfin, les médecins généralistes non-prescripteurs pensent qu'en moyenne 32% des patients arrêtent totalement de consommer des opiacés sous TSO (médiane de 31.5%), que 38% diminuent leur consommation sans l'arrêter totalement (médiane de 37.5%) et que 30% des patients ne modifient pas leur consommation (médiane de 20%).

Il est à noter que 16 médecins étaient sans avis, soit 20% des médecins interrogés, dont 5 prescripteurs (12% des prescripteurs) et 11 non-prescripteurs (28% des non prescripteurs).

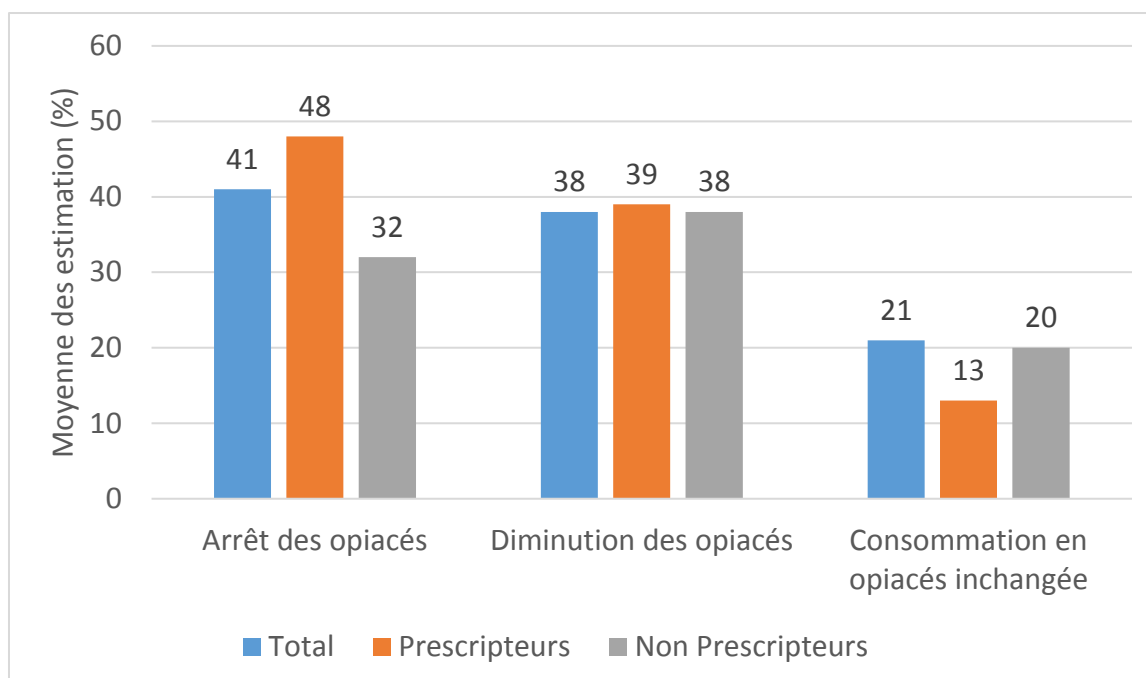


Figure 38 : Effets estimés par les médecins généralistes interrogés des TSO sur la consommation des opiacés

Il existe une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'arrêt des opiacés (Ic = 95% [6.3334 ; 28.3486], $p = 0.002515$ – T de Student). Il n'existe par contre pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la diminution des opiacés (Ic = 95% [-7.9 ; -10.174], $p = 0.80251$ – T de Student), ni l'absence de modification des consommations (Ic = 95% [-25 ; -5], $p = 0.00038$ – T de Student).

10. Les avantages des molécules ressentis par les médecins

A cette question 5 médecins ont été sans avis (soit 6%) : 2 médecins instaurateurs de TSO (8%) et 3 non-prescripteurs (8%). Les statistiques ont été réalisées sur les 77 médecins s'étant prononcés, soit 24 médecins instaurateurs, 16 prescripteurs mais non-instaurateurs et 37 non-prescripteurs.

2 des 24 médecins instaurateurs de TSO voient plus d'avantages à prescrire du Subutex® (8%), 4 de la Méthadone® (17%), 1 du Suboxone® (4%), 4 estiment que cela dépend du profil du patient (17%) et 13 ne voient pas plus d'avantage à l'une de ces molécules plutôt qu'à l'autre (54%).

Pour les médecins prescripteurs de TSO mais non-instaurateurs, 3 sur 16 voient plus d'avantages à prescrire du Subutex® (19%), 2 de la Méthadone® (12%), 2 du

Suboxone® (12%), 3 estiment que cela dépend du profil du patient (19%) et 6 ne voient pas plus d'avantage à l'une de ces molécules plutôt qu'une autre (38%).

Pour les médecins non-prescripteurs de TSO, 6 sur 37 voient plus d'avantage à prescrire de la Méthadone® (16%), 1 du Suboxone® (3%), 1 estime que cela dépend du profil du patient (3%) et 29 ne voient pas plus d'avantage à l'une de ces molécules plutôt qu'une autre (78%). A noter qu'aucun ne voit plus d'avantage à utiliser le Subutex®.

Au total, 5 des 77 médecins voient plus d'avantages à prescrire du Subutex® (6%), 12 de la Méthadone® (16%), 4 du Suboxone® (5%), 8 estiment que cela dépend du profil du patient (10%) et 63 ne voient pas plus d'avantage à l'une de ces molécules plutôt qu'une autre (63%).

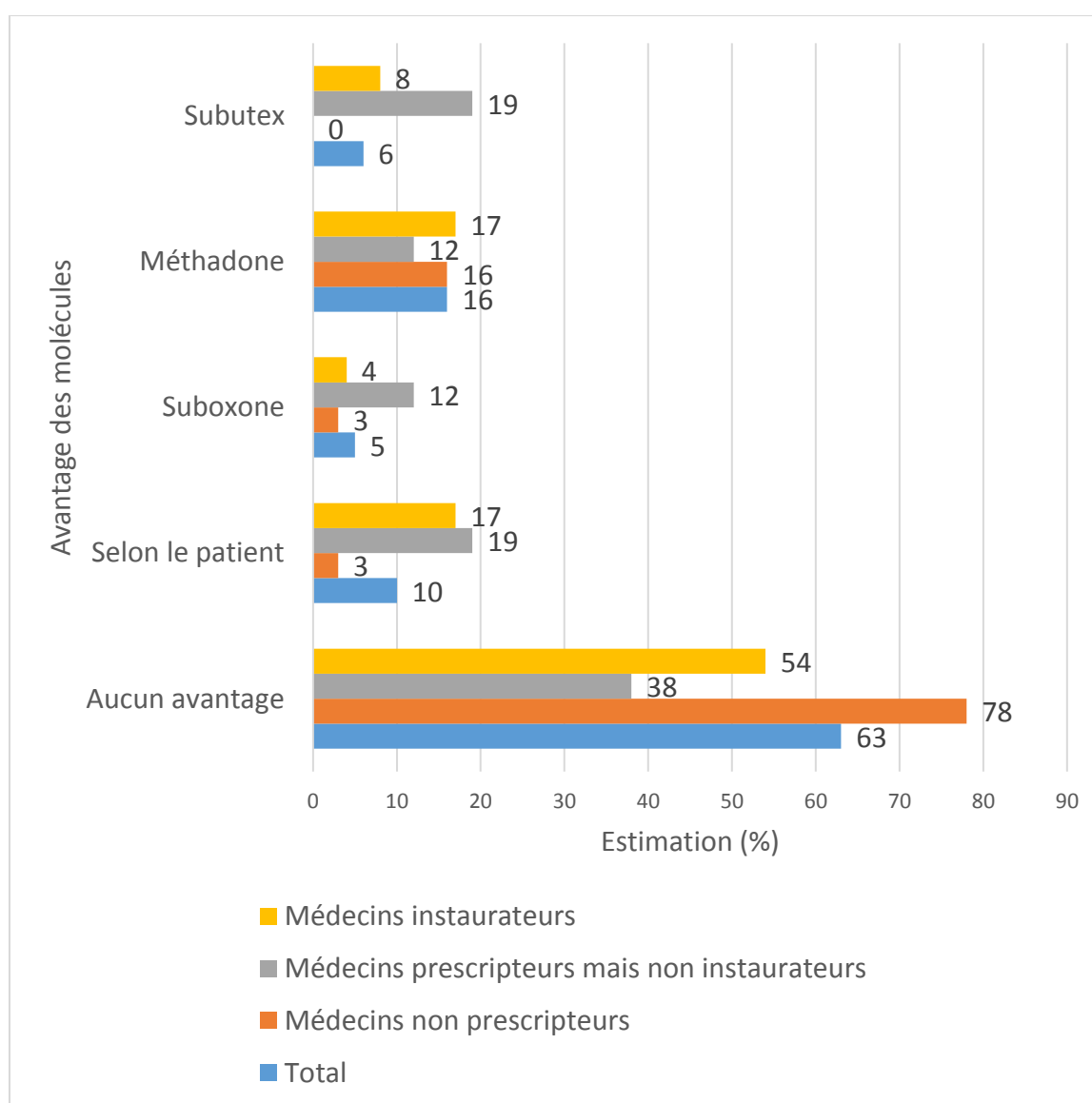


Figure 39 : Avantages de l'utilisation d'un TSO plutôt qu'un autre selon les médecins interrogés

11. Aisance des médecins interrogés dans la prescription des TSO

15 des 26 médecins qui instaurent des TSO ont dit être à l'aise avec la prescription (58%), 10 être peu à l'aise (38%) et 1 ne pas du tout l'être (4%).

6 des 16 médecins qui prescrivent mais n'instaurent pas des TSO ont dit être à l'aise avec la prescription (37%), 7 être peu à l'aise (44%) et 3 ne pas du tout l'être (19%).

Au total, 21 des 42 médecins qui instaurent des TSO ont dit être à l'aise avec la prescription (50%), 17 être peu à l'aise (40%) et ne pas du tout l'être (10%).

Il n'y a pas relation significative entre l'aisance dans la prescription et le fait d'instaurer ou non des traitements de substitution aux opiacés ($Ic\ 95\% = 3.186 < 5.991 - \text{Chi } 2$).

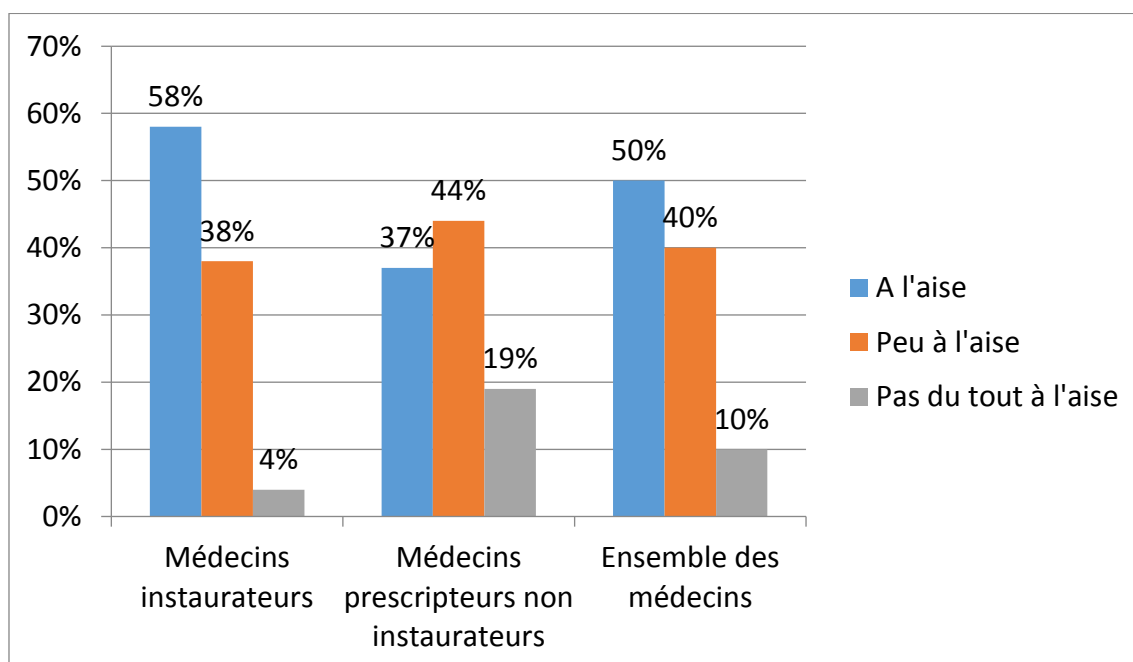


Figure 40 : Aisance dans la prescription des TSO

Nous avons ensuite étudié ces chiffres en fonction de la qualité autoévaluée de la formation initiale de ces médecins (aucune, insuffisante, adaptée) et de leurs formations complémentaires.

Les données recueillies ont été reportées dans le tableau ci-dessous.

	A l'aise	Peu à l'aise	Pas du tout à l'aise	Total
Aucune Formation Initiale, Pas de formation spécifique	8	1	2	11
Aucune Formation Initiale, Participation à une formation spécifique	3	3	0	6
Formation Initiale Insuffisante, Pas de formation spécifique	4	5	2	11
Formation Initiale Insuffisante, Participation à une formation spécifique	4	7	0	11
Formation Initiale adaptée, Pas de formation spécifique	1	1	0	1
Formation Initiale adaptée, Participation à une formation spécifique	1	0	0	1
Total	21	17	4	42

Tableau 1 : Aisance dans la prescription en fonction de la qualité de la formation à la prescription de TSO

Ainsi, malgré l'absence de Formation Initiale, 65% des médecins généralistes se sentent à l'aise avec la prescription, 23 % peu à l'aise et 12% pas du tout à l'aise.

36% des médecins généralistes avec une Formation Initiale insuffisante se sentent à l'aise avec la prescription, 55% peu à l'aise et 9% pas du tout à l'aise.

Enfin, 67% des médecins ayant une Formation Initiale adaptée se sentent à l'aise avec la prescription et 33% peu à l'aise.

44 % des médecins ayant bénéficié d'une formation spécifique se sentent à l'aise avec la prescription, contre 54% des médecins sans formation spécifique, 56% se sentent peu à l'aise contre 29% et aucun médecin ayant bénéficié d'une formation spécifique ne se sent pas du tout à l'aise avec la prescription contre 17% des médecins sans formation spécifique.

Il n'y a pas de relation significative entre l'aisance des médecins à la prescription de TSO et la qualité de leur formation initiale ($Ic\ 95\% = 4.42 < 9.488 - Chi\ 2$), ni en ce qui concerne la réalisation de FMC ($Ic\ 95\% = 4.962 < 5.991 - Chi\ 2$).

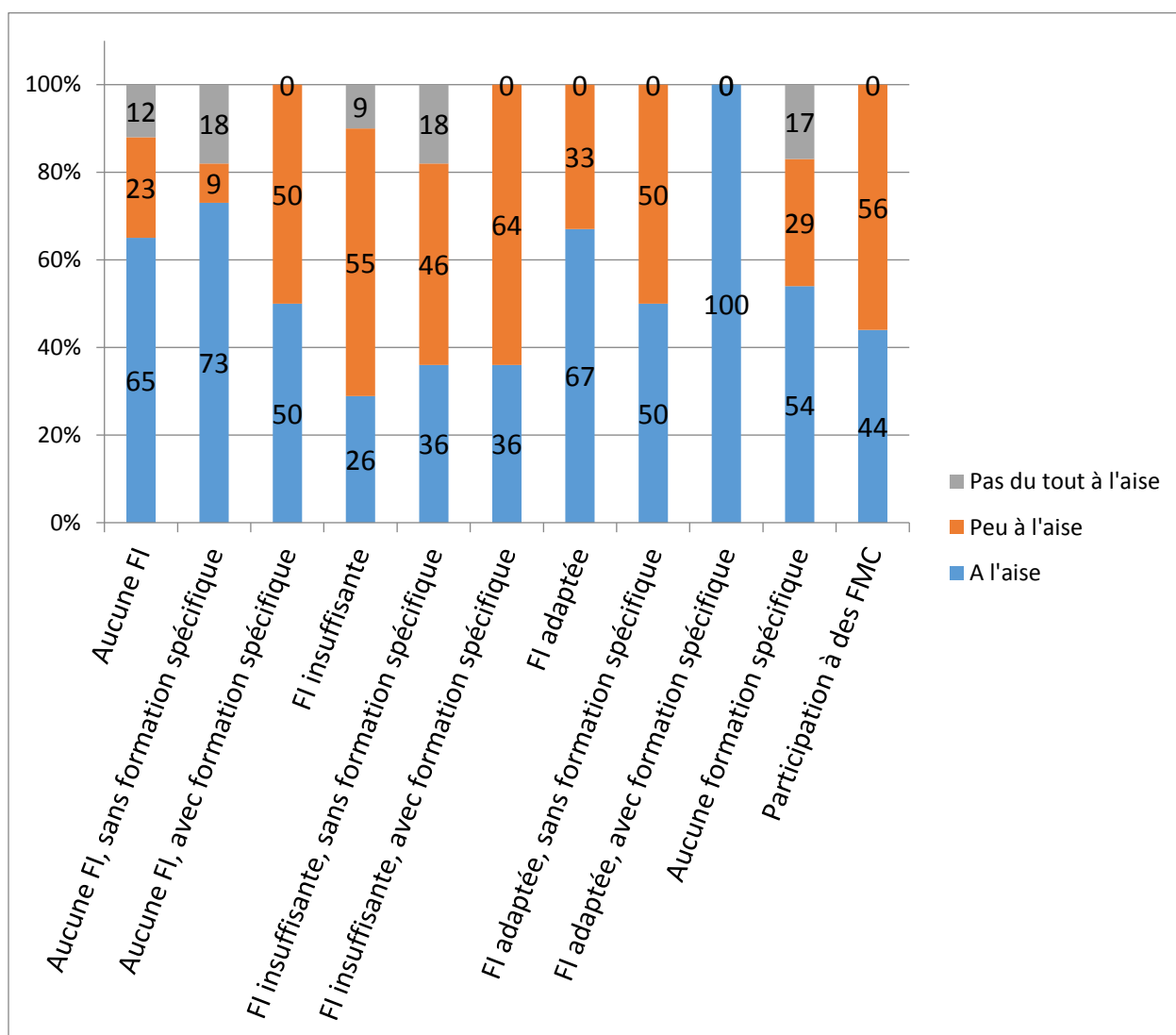


Figure 41 : Aisance dans la prescription en fonction de la Formation Initiale et des formation spécifique

12. Réglementation sur les TSO

Au total, 55 des 82 médecins de l'étude trouvent la réglementation adaptée (67%), 22 la trouvent trop laxiste (27%) et 5 trop sévère (6%).

32 des 42 médecins prescripteurs de TSO ont dit trouver la réglementation adaptée (76%), 5 trop laxiste (12%) et 5 trop sévère (12%). 81% des médecins instaurateurs la trouvent adaptée (21 médecins), 4% trop laxiste (1 médecin) et 15% trop sévère (4). 69% des médecins prescripteurs mais qui n'instaurent pas de TSO (11 médecins) la trouvent adaptée, 25% trop laxiste (4 médecins) et 6% trop sévère (1 médecin).

Concernant les médecins non-prescripteurs, 57.5% la trouvent adaptée (23 médecins), 42.5% trop laxiste (17 médecins) et aucun trop sévère.

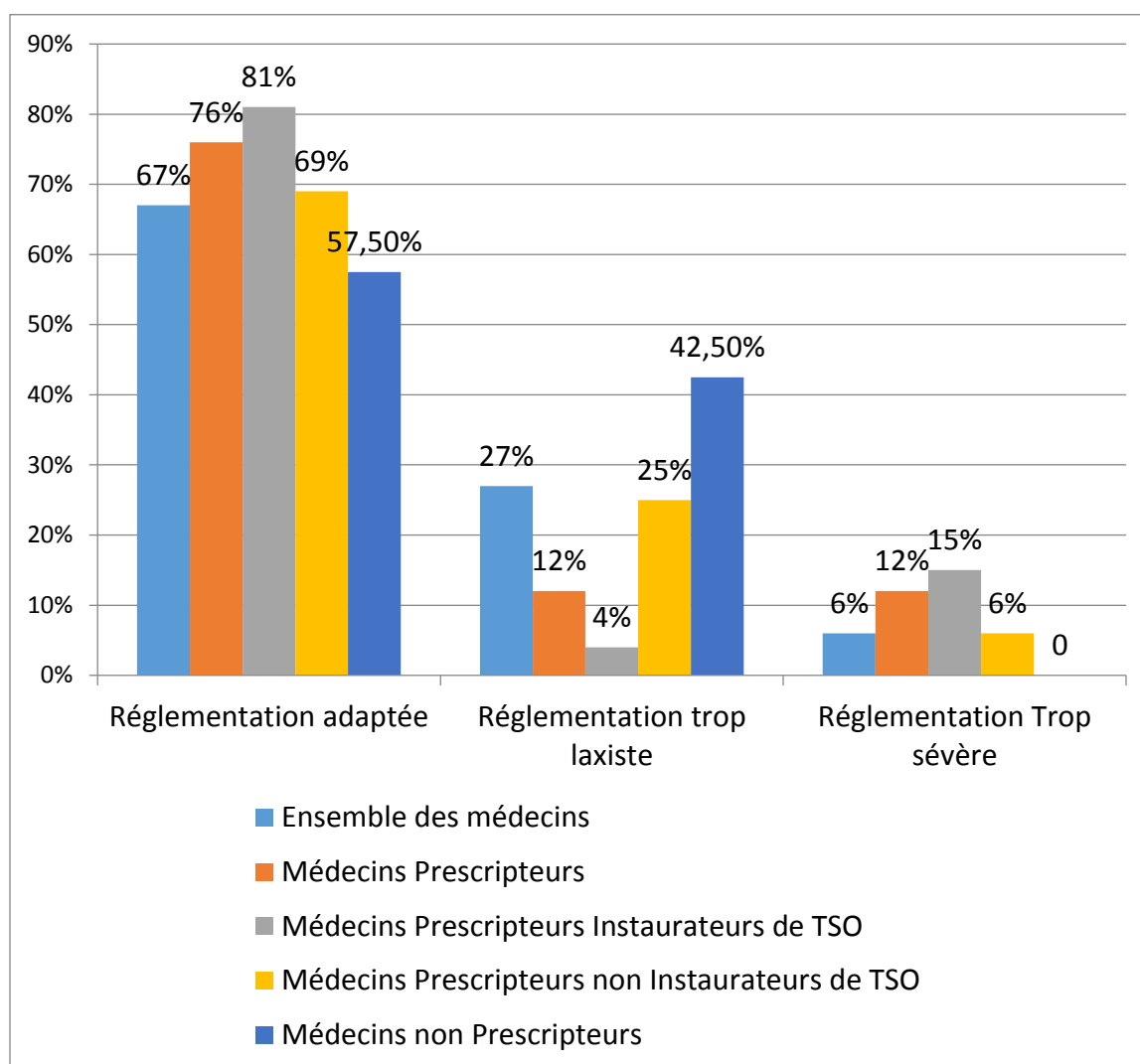


Figure 42 : Appréciation de la réglementation de la prescription de TSO en fonction de leur profil de prescription

Il existe une relation significative entre l'appréciation de la réglementation de la prescription de TSO et le fait de prescrire ou non un TSO ($Ic\ 95\% = 12.976 > 5.991 - Chi\ 2$), il n'en existe cependant pas en ce qui concerne les médecins instaurateurs et prescripteurs mais non-instaurateurs ($Ic\ 95\% = 4.6 < 5.991 - Chi\ 2$).

13. Efficacité de la prise en charge globale des patients toxicomanes

Sur une échelle de 0 à 10, en moyenne (tout médecin confondu) l'efficacité globale de la prise en charge des patients toxicomanes a été évaluée à 4.9 pour une médiane à 5. A noter que 6 médecins non-prescripteurs ne se sont pas prononcés.

Les médecins prescripteurs et instaurateurs de TSO mettent une note moyenne de 6.1 pour une médiane de 6.5, les médecins prescripteurs mais non-instaurateurs de TSO une note moyenne de 6.1 pour une médiane à 6 et les médecins non-prescripteurs de TSO une note moyenne de 3.4 pour une médiane à 4.

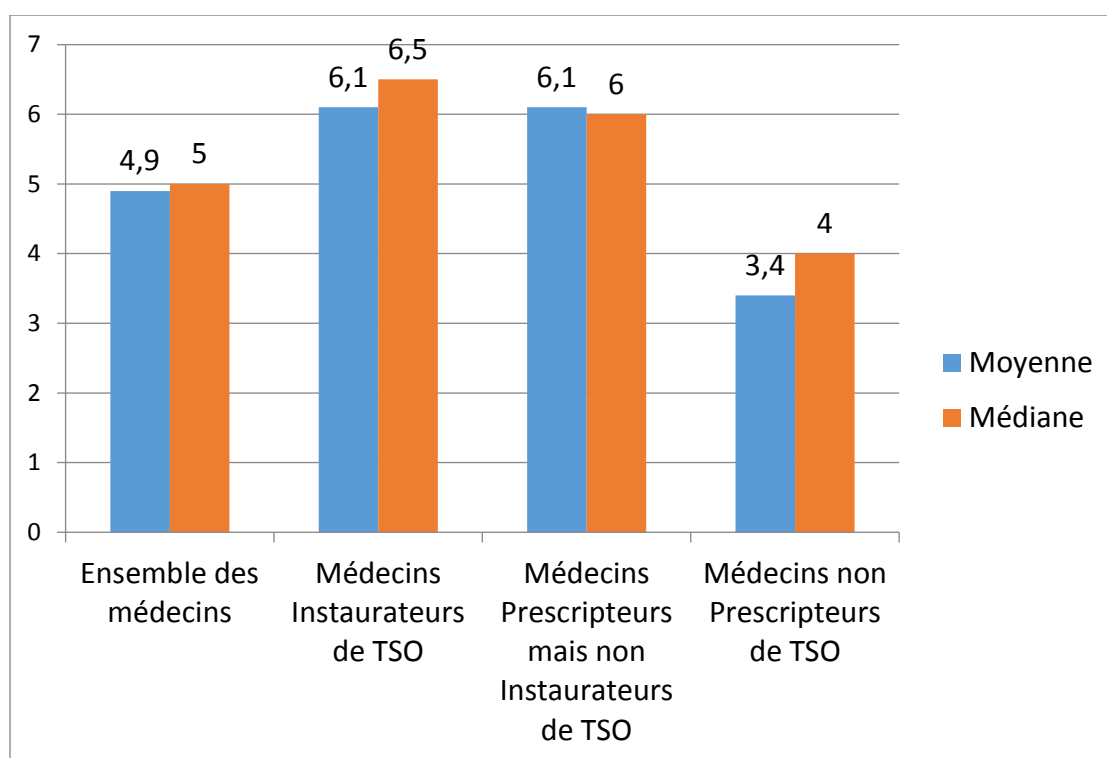


Figure 43 : Efficacité de la prise en charge globale des patients toxicomanes évaluée sur une échelle de 0 à 10 par les médecins généralistes en fonction de leur profil de prescription de TSO

Nous avons également évalué l'efficacité ressentie de la prise en charge en fonction des tailles des patientèles. Les médecins ayant une patientèle de 0 à 2 patients mettent une note moyenne de 5.9 pour une médiane de 6 à la prise en charge globale, les médecins ayant une patientèle de 3 à 5 patients une note moyenne de 6.1 pour une médiane de 6, les médecins ayant une patientèle de 6 à 10 patients une note moyenne de 6.4 pour une médiane de 7 et les médecins ayant une patientèle de plus de 10 patients une note moyenne de 6.3 pour une médiane de 7.

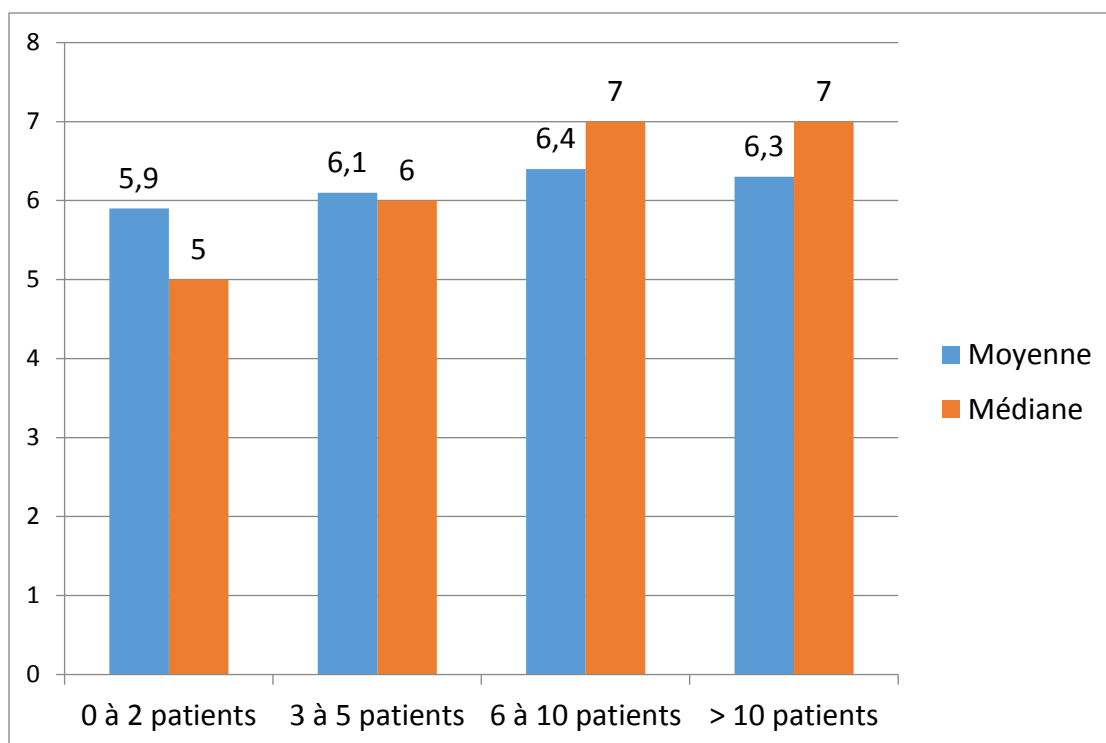


Figure 44 : Efficacité de la prise en charge globale des patients toxicomanes évaluée sur une échelle de 0 à 10 par les médecins généralistes prescripteurs de TSO en fonction de l'importance de leur patientèle

Puis nous avons compilé les données en fonction de l'effet ressenti par les médecins généralistes des TSO sur l'arrêt total de consommation d'opiacés. Les médecins estimant que plus de 80% des patients arrêtent totalement leur consommation d'opiacés sous TSO mettent une note moyenne de 5.9 pour une médiane de 6 à la prise en charge globale des patients, les médecins estimant que 50 à 79% des patients arrêtent leur consommation mettent une note moyenne de 6 pour une médiane de 6, ceux qui estiment que 30 à 49% des patients arrêtent leur consommation mettent une note moyenne de 3.9 pour une médiane de 4 et enfin ceux qui estiment que moins de 30% des patients arrêtent leur consommation mettent une note moyenne de 4.25 pour une médiane de 4.

Il est à noter que ces données ont été calculées pour 63 médecins car 19 questionnaires comportaient un sans avis sur une des 2 questions.

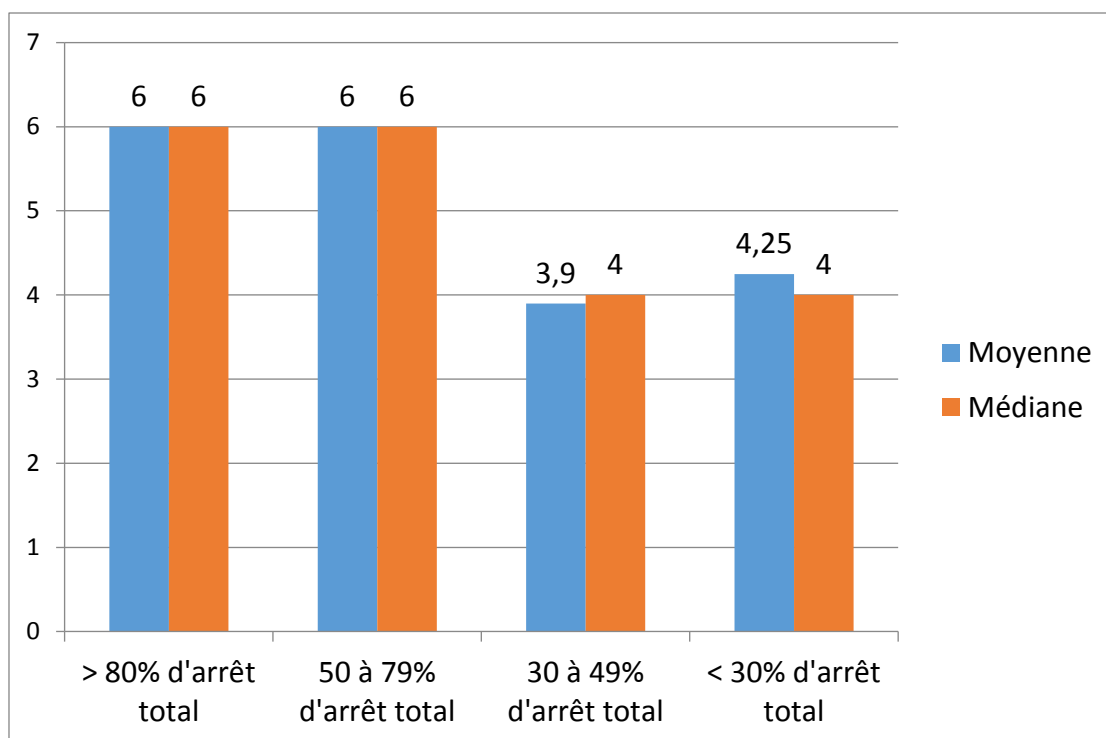


Figure 45 : Efficacité de la prise en charge globale des patients toxicomanes évaluée sur une échelle de 0 à 10 par les médecins généralistes en fonction de leur ressenti sur l'effet des TSO sur l'arrêt total de la consommation d'opiacés

Afin de compléter ces informations, nous avons demandé aux médecins ce qu'il manque, selon eux, pour que la prise en charge de ces patients soit optimale. Nous avons résumé ces données dans le tableau ci-dessous.

Améliorations proposées		Prescripteurs	Non-prescripteurs
Prise en charge pluridisciplinaire globale	Développement des structures de soins spécialisées	6	7
	Amélioration de la PEC sociale	5	7
	Amélioration de la PEC psychiatrique	5	6
	Amélioration de la coordination interdisciplinaire	4	0
	Suivi spécialisé	4	1
	Total	24	21
Cadre plus strict	Intensification des contrôles biologiques	1	7
	Suivi clinique plus régulier	0	4
	Obligation d'une injonction thérapeutique	1	0
	Retours sur le nomadisme médical	1	0
	Total	3	11
Développement de la formation		0	2
Aménagement/optimisation du temps consacré à la PEC		5	0
Sans avis		10	7
TOTAL		42	40

Tableau 2 : Propositions des médecins prescripteurs et des médecins non prescripteurs pour améliorer la prise en charge des patients toxicomanes

14. Présence de structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes (CSAPA, service d'Addictologie) dans un rayon de 50 km par rapport aux médecins de l'étude

100% des médecins interrogés ont indiqué avoir une structure spécialisée dans un rayon de 50 km.

15. Demande d'avis spécialisés d'un praticien d'une structure spécialisée dans la prise en charge de patients toxicomanes

Parmi les 42 médecins prescripteurs, 35 ont déjà demandé un avis spécialisé (83%), soit 78% des médecins de moins de 40 ans (7), 100% des médecins de 40 à 49 ans (6), 94% des médecins de 50 à 59 ans (15) et 64% des médecins de plus de 60 ans (7).

Les médecins instaurant des TSO ont pris l'avis d'un praticien spécialiste dans 81% des cas (21) contre 88% des médecins prescrivant mais n'instaurant pas de TSO (14).

76% des médecins à l'aise avec cette prescription ont déjà sollicité un avis (16), 88% des médecins peu à l'aise avec la prescription (15) et 100% des médecins qui ne sont pas à l'aise avec la prescription (4).

16. Opinion des médecins concernant la réinsertion des patients sous TSO

62 des 82 médecins (76%) estiment que les TSO permettent la réinsertion des patients. Lorsqu'on leur demande leurs raisons, les réponses sont assez variées. Les motifs et les effectifs sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Motif de réinsertion	Effectifs	Pourcentage des médecins
Baisse de la délinquance	4	6%
Reprise possible d'un travail	9	15%
Diminution du manque et de la dépendance	9	15%
Retour à une vie normale	5	8%
Début d'un lien social à travers la relation médecin-patient	7	11%
Gain économique	4	6%
Légalisation de l'addiction	7	11%
Gain de temps	6	10%
Resocialisation	9	15%
Réinsertion observée par expérience personnelle	2	3%

Tableau 3 : Motifs de réinsertion des patients sous TSO selon les médecins généralistes interrogés

A contrario nous avons demandé aux 20 médecins les raisons pour lesquelles ils considèrent que les TSO ne participent pas à la réinsertion des patients. Ces raisons sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Raisons de non-réinsertion	Effectifs	Pourcentage des médecins
Manque de motivation du patient	1	5%
Revente des TSO	2	10%
Poursuite de la consommation	3	15%
Manque de surveillance des patients	2	10%
Manque de régularité dans la prise des TSO	1	5%
Le TSO n'a aucun effet sans une prise en charge globale	6	30%
Prise en charge inadaptée à la médecine générale	1	5%
Maintien d'une addiction	1	20%
Avis personnel	1	5%
Patients stigmatisés avec des difficultés d'embauche	1	5%

Tableau 4 : Raisons de la non-réinsertion des patients sous TSO selon les médecins généralistes interrogés

17. Craintes des médecins concernant la prise en charge des patients toxicomanes

La question étant ouverte, nous avons résumé les réponses en grandes catégories. Les réponses ainsi que leur nombre de récurrences ont été résumées dans le tableau ci-dessous.

Craintes	Effectifs	Pourcentage des médecins
Impossibilité de sevrer le Subutex®	4	5%
Demandes abusives des patients	2	2%
Prise en charge chronophage	11	13%
Comportement des patients	9	11%
Manipulation	21	26%
Multiplication de la patientèle toxicomane	4	5%
Echec de la prise en charge	8	10%
Mésusage des traitements	5	6%
Revente des TSO	15	18%
Difficultés à instaurer une relation de confiance	9	11%
Manque de compétences dans la prise en charge	8	10%
Sentiment de solitude dans la prise en charge	4	5%
Aucune crainte	6	7%

Tableau 5 : Craintes des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients toxicomanes

18. Opinion des médecins interrogés sur les patients toxicomanes

Comme pour les précédentes questions ouvertes nous avons synthétisé les réponses en différentes catégories.

Pour explication, les avis pessimistes centrés sur le patient correspondent à l'ensemble des réponses ayant un avis négatif sur les patients toxicomanes, les considérant comme des voyous, des manipulateurs, des personnes pas comme les autres ou encore manquant de motivation et difficiles de confiance.

Les réponses ainsi que leur nombre de récurrences ont été résumées dans les tableaux ci-dessous en fonction du profil de prescription.

Avis sur les patients toxicomanes	Effectifs	Pourcentage de médecins
Avis pessimiste centré sur le patient	47	57%
Patients considérés comme des personnes normales avec une pathologie	14	17%
Avis positif sur les patients	4	5%
Avis centré sur la prise en charge compliquée de ces patients	20	24%
Personnes fragiles ayant besoin d'aide et d'attention	13	16%
Sans avis	2	2%

Tableau 6 : Opinion de l'ensemble des médecins interrogés sur les patients toxicomanes

Avis sur les patients toxicomanes	Effectifs	Pourcentage de médecins
Avis pessimiste centré sur le patient	30	75,0%
Patients considérés comme des personnes normales avec une pathologie	2	5,0%
Avis positif sur les patients	0	0,0%
Avis centré sur la prise en charge compliquée de ces patients	10	25,0%
Personnes fragiles ayant besoin d'aide et d'attention	1	2,5%
Sans avis	1	2,5%

Tableau 7 : Opinion des médecins non prescripteurs sur les patients toxicomanes

Avis sur les patients toxicomanes	Effectifs	Pourcentage de médecins
Avis pessimiste centré sur le patient	17	40%
Patients considérés comme des personnes normales avec une pathologie	12	29%
Avis positif sur les patients	4	10%
Avis centré sur la prise en charge compliquée de ces patients	10	24%
Personnes fragiles ayant besoin d'aide et d'attention	12	29%
Sans avis	1	2%

Tableau 8 : Opinion de l'ensemble des médecins prescripteurs sur les patients toxicomanes

Avis sur les patients toxicomanes	Effectifs	Pourcentage de médecins
Avis pessimiste centré sur le patient	10	38%
Patients considérés comme des personnes normales avec une pathologie	8	31%
Avis positif sur les patients	2	8%
Avis centré sur la prise en charge compliquée de ces patients	2	8%
Personnes fragiles ayant besoin d'aide et d'attention	8	31%
Sans avis	1	4%

Tableau 9 : Opinion des médecins prescripteurs instaurateurs de TSO sur les patients toxicomanes

Avis sur les patients toxicomanes	Effectifs	Pourcentage de médecins
Avis pessimiste centré sur le patient	7	44,0%
Patients considérés comme des personnes normales avec une pathologie	4	25,0%
Avis positif sur les patients	2	12,5%
Avis centré sur la prise en charge compliquée de ces patients	8	50,0%
Personnes fragiles ayant besoin d'aide et d'attention	4	25,0%
Sans avis	0	0,0%

Tableau 10 : Opinion des médecins prescripteurs mais non instaurateurs de TSO sur les patients toxicomanes

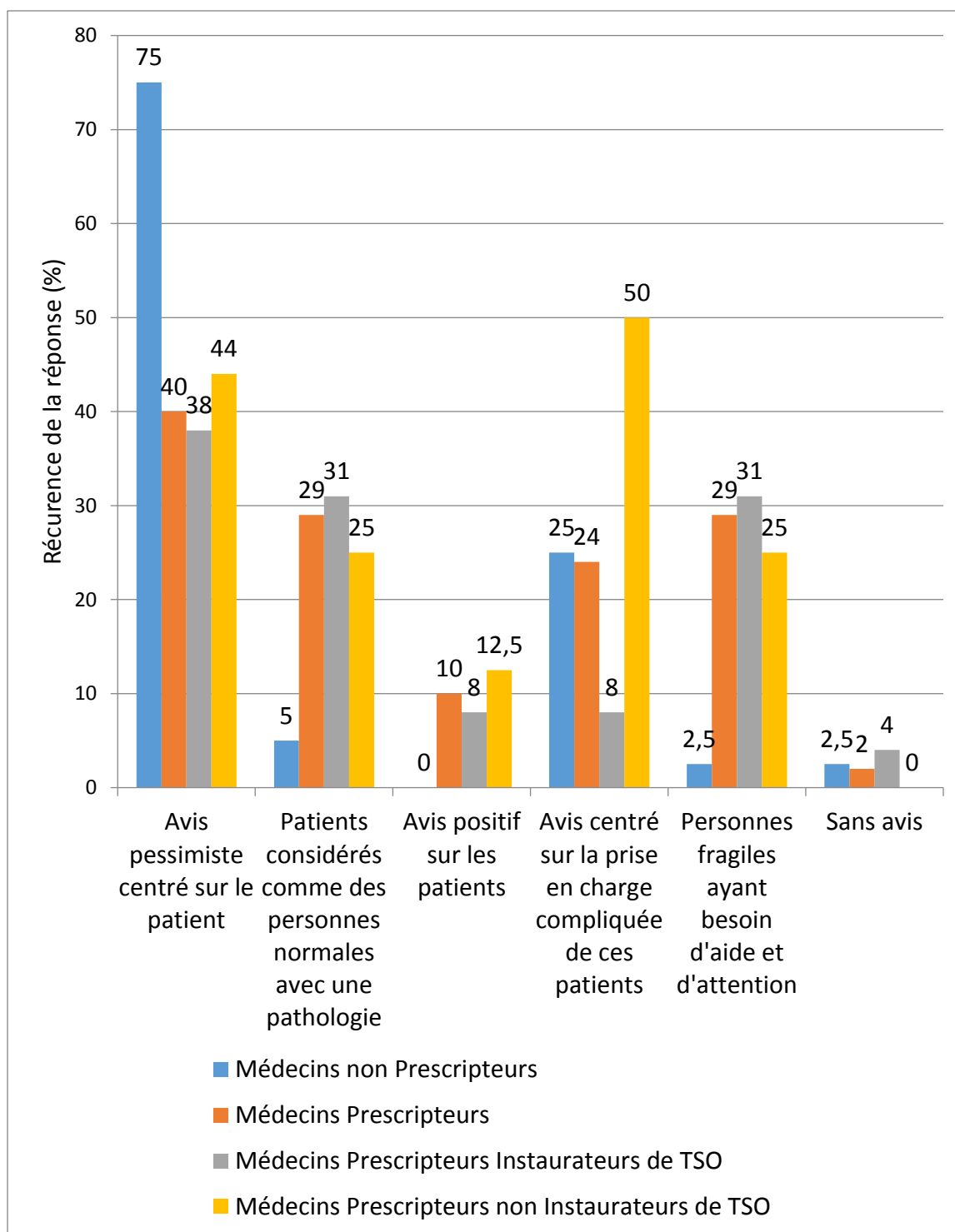


Figure 46 : Récapitulatif de l'opinion des médecins généralistes interrogés sur les patients toxicomanes en fonction de leur profil de prescription de TSO

III. Discussion

1. Limites et biais de la méthode

1.1 Biais liés au taux de participation des médecins

Afin d'obtenir un nombre de médecins participants supérieur à 80, 117 médecins généralistes ont été contactés, soit un taux de participation de 68%.

Si ce chiffre est plus que satisfaisant, il aurait été intéressant de connaître le motif réel du refus des médecins. Si la raison principalement évoquée lors du refus de participation est le manque de disponibilité des médecins généralistes présentant des emplois du temps surchargés en médecine libérale entre l'activité clinique et les tâches administratives de plus en plus lourdes, il est probable que cette seule raison n'explique pas tout.

Bien que le titre de l'étude ainsi que sa présentation aux médecins généralistes se veut le plus neutre possible, il est probable que certains médecins, moins à l'aise dans ces prises en charges, aient craint un éventuel jugement au détour des questions, et une confrontation à une sensation d'échec, d'incompétence. Pourtant l'avis de ces médecins éprouvant des difficultés à prendre en charge les patients toxicomanes est sûrement l'avis le plus intéressant et le plus pertinent dans le cadre de cette thèse.

De plus, la participation étant basée sur le volontariat, il est fort probable que les réponses obtenues soient celles de médecins qui avaient des choses à dire sur le sujet, soit parce qu'ils défendent corps et âmes cette prise en charge, soit au contraire parce qu'ils ont un point de vue plus négatif sur cette discipline. Comme dans tout domaine, la masse globale générale est plus passive, plus silencieuse et pourtant plus représentative de la réalité.

Enfin, il est également fort probable qu'il existe un manque d'intérêt pour le thème de l'addiction. En effet, on peut le constater à travers certaines réponses des médecins interrogés, mais également en étudiant le taux de participation d'autres études ou audits en addictologie.

Cependant, ces facteurs sont tout de même à minorer ; nous avons pu constater que se présenter en tant qu'interne thésard apporte une certaine sympathie auprès des médecins, qui sont plus enclins à contribuer à un travail d'étudiant en médecine qu'à participer à des études réalisées par des organismes tiers.

Par contre, a posteriori, il aurait été intéressant d'inclure plus de médecins. On effect de nombreux résultats se sont avérés non significatifs alors que certaines tendances semblaient se dessiner.

1.2 Biais liés au questionnaire

Le questionnaire a lui aussi posé quelques difficultés. Afin de faciliter le travail de synthèse des données et de rendre le questionnaire le plus bref possible pour les médecins généralistes, nous avons essayé d'introduire le plus de questions fermées possibles. Malheureusement, il nous semblait essentiel, afin de ne pas orienter la réponse des médecins, de laisser quelques questions ouvertes.

Ainsi sur ces questions (à savoir la question sur ce qu'il manque pour que la prise en charge globale des patients sous TSO soit optimale et la question sur l'avis des médecins sur les patients toxicomanes), le taux de réponse est plus faible que sur les autres questions.

De plus, bien que ces questions soient faites pour ouvrir la discussion auprès du médecin, il est arrivé très souvent que la réponse soit brève, composée d'un ou deux groupes de mots, probablement dans un souci d'économie de temps du médecin interrogé, mais nous empêchant d'obtenir le ressenti réel et profond de la personne interrogée.

1.3 Biais liés à l'interviewer

Enfin, l'interviewer n'étant pas habitué à réaliser ce genre d'entretien et d'analyses, il est possible qu'il y ait eu une perte d'informations au moment de la synthèse et de la compilation des données tirées des questions ouvertes.

2. Résultats

2.1 Les TSO : une évaluation de leur efficacité globalement positive

Que les médecins soient prescripteurs ou non, ils semblent tous être d'accord sur l'effet positif des TSO sur les consommations. En effet, 80% des médecins non-prescripteurs et 87% des prescripteurs sont d'accord pour dire que les TSO entraînent une diminution de la consommation des opiacés. Si ce résultat est attendu du fait que plusieurs méta-analyses confirment l'efficacité clinique de la buprénorphine et de la méthadone versus placebo [17], il était quand même important de vérifier qu'il n'y avait pas d'*a priori* négatif sur les molécules. Ces molécules sont d'ailleurs globalement bien acceptées partout puisque sur une échelle de 1 (pas du tout favorable) à 5 (très favorable), la buprénorphine haut dosage obtient un score de 4.3/5, et 92% des médecins américains interrogés la recommanderaient pour la prise en charge de patients toxicomanes [18].

Il faut d'ailleurs rappeler avant toute chose que les objectifs premiers lors de la prise en charge des patients toxicomanes est bien sûr la diminution de la consommation, voire l'arrêt, mais surtout la réduction des conduites à risques infectieux associées, avec en premier lieu la contamination par le virus du SIDA et les hépatites virales. C'est pourquoi une réduction de la consommation d'héroïne sous TSO est un premier succès de la prise en charge de la toxicomanie.

Concernant l'arrêt total des opiacés, le taux estimé est différent dans le groupe prescripteur et dans le groupe non-prescripteur. En effet, seulement 32% des patients arrêteraient totalement l'héroïne sous TSO selon les médecins non-prescripteurs, contre 48% selon les médecins prescripteurs. Il est assez difficile de trancher et de savoir quel groupe de médecin est le plus proche de la réalité. En effet, les médecins non-prescripteurs n'ont, pour la plupart, aucune expérience dans le domaine, et s'appuient sur un ressenti sans fondement. D'un autre côté, les médecins prescripteurs, s'appuyant probablement d'avantage sur une réelle expérience clinique, peuvent très probablement surévaluer ce score, ne connaissant pas forcément les réelles consommations de leurs patients, les tests biologiques n'étant que peu ou pas utilisés actuellement. Par ailleurs, il n'y a que peu d'études qui évaluent objectivement et biologiquement l'arrêt total des consommations sous TSO. Quelques études, tout de même, évaluent le ressenti des médecins, comme nous l'avons fait. L'étude américaine de DeFlavio et al. de 2015 révèle que seulement 41% des médecins pensent que leurs patients sont motivés à arrêter totalement leur consommation [19].

Pour en revenir à notre étude, ce que l'on peut affirmer, c'est que la différence entre les deux groupes est significative et que les médecins non-prescripteurs ont peut-être un avis plus négatif sur l'efficacité de ces traitements qu'ils ne le devraient. Il serait tout à fait intéressant de réaliser une étude permettant de connaître plus précisément le taux de sevrage en opiacés sous TSO en réalisant régulièrement des tests biologiques validés afin de connaître réellement le profil de consommation des patients.

Enfin, les TSO semblent, pour les médecins interrogés, avoir un rôle dans la réinsertion des patients puisque 76% des médecins leur accordent un rôle dans celle-ci. L'argument le plus fréquent est la diminution du manque et de la dépendance, réduisant drastiquement les moments où les patients étaient à la recherche du produit pour réduire leur souffrance, leur permettant d'avoir plus de temps pour eux, pour reprendre un travail, pour avoir une vie sociale, pour réinvestir leur vie. Par ailleurs, le fait de venir consulter un médecin crée un premier lien social à travers la relation médecin-patient et un réapprentissage des schémas normaux de fonctionnement, en devant programmer des rendez-vous et s'y tenir.

Les 24% restant, ne considérant pas que les TSO jouent un rôle dans la réinsertion des patients, mettent surtout en avant l'impact de la prise en charge globale des patients plutôt que du traitement seul. D'autres expliquent qu'il ne peut y avoir de réinsertion tant qu'il persiste une consommation d'opiacés qu'elle soit licite ou illicite, et qu'il existe un risque de revente des traitements, prolongeant l'illégalité des patients.

2.2 Les critères de prescription

Si les médecins ont un avis globalement positif sur les TSO et qu'ils choisissent la molécule en fonction de certains critères propres aux patients, ils décident également de leur prescrire ou non ces traitements en fonction de certains critères.

Comme nous l'avons vu dans les résultats, seulement 1/3 des médecins prescrit sans condition particulière.

Pour les autres, les 3 critères principaux sont l'acceptation d'un contrat de soin (25%), le traitement exclusif de leur patientèle sans prise en charge de patients externes (25%) et une demande globale du patient qui leur semble acceptable (17%).

Le contrat de soin incluait un suivi très régulier obligatoire, la nécessité d'être ponctuel aux rendez-vous, un arrêt obligatoire de la consommation des opiacés avec un contrôle par d'éventuelles analyses biologiques et enfin un suivi spécialisé obligatoire : addictologique ou psychosocial. Ces données sont également retrouvées dans une étude française de 2014 [22]. En effet, les règles les plus importantes que doivent appliquer les patients, selon les médecins de l'étude, sont un arrêt total de la consommation des drogues illégales pour 60% des médecins et assister à tous les rendez-vous, sans absence, pour également 60% des médecins. Pour finir sur le contrat de soin, il semblerait que les jeunes médecins aient plus tendance à imposer un contrat de soins que leurs aînés, probable reflet de leur manque d'expérience dans le domaine.

Un point intéressant est l'analyse de la demande du patient. On pourrait croire que les médecins ont des critères bien ciblés avec un contrat de soin prêt à l'emploi et que le patient doit rentrer dans le moule du médecin, mais il semble qu'ils prennent en compte la demande du patient, l'étudient et que si celle-ci leur semble acceptable et bien construite, accepte de prescrire un traitement de substitution. Bien sûr la sensibilité à la demande du patient est variable en fonction des médecins, mais il semblerait que le souhait d'arrêter par la suite le TSO plutôt que de le maintenir à dose constante durant toute la vie du patient soit une demande émergente des médecins.

La prise en charge exclusive de la toxicomanie des patients faisant déjà parti de la patientèle lors de la demande de prise en charge, semble très fortement liée à l'âge des médecins. En effet, plus de 70% des médecins ayant cité ce critère sont âgés de plus de 60 ans. L'explication n'est pas très claire. Elle peut évidemment être en lien avec un manque de formation, les médecins de cet âge ayant commencé à exercer avant l'arrivée des TSO et donc n'ayant pas ou peu eu de formation initiale. Mais elle peut également être en lien avec la future retraite de ces médecins, qui limitent donc l'arrivée de nouveaux patients, d'autant plus que la prise en charge se fait sur le long terme.

2.3 Les TSO : un choix selon le profil du patient

Cette question a posé pas mal de difficultés aux médecins généralistes. 63% des médecins interrogés ont répondu ne voir aucun avantage à l'une des molécules plutôt qu'une l'autre, mais j'ai pu ressentir assez fréquemment une hésitation dans leur voix ou leur réponse, la sensation qu'ils ne s'étaient en fait jamais posé la question. D'ailleurs les 5 médecins ayant préféré ne pas se prononcer sur la question m'ont avoué n'avoir au final que trop peu de recul sur la prescription de méthadone pour vraiment pouvoir déterminer si l'une des molécules était plus avantageuse que les autres.

Les médecins non-prescripteurs ont surtout vu des avantages dans la méthadone qui, selon leurs réponses, nécessite un suivi beaucoup plus régulier puisque les consultations sont bimensuelles et que l'instauration est plus rigoureuse que pour la buprénorphine avec un médecin référent en CSAPA. Ces réponses sont des premières pistes mettant en évidence que les médecins, en tout cas les non-prescripteurs, ne se sentent pas à l'aise avec une éventuelle prescription et la peur de participer à la revente des TSO.

Les médecins prescripteurs ont, eux, été plus mitigés, évoquant plus des avantages en fonction des profils de patients. La méthadone a également eu plus de succès que la buprénorphine mais pour des raisons plus pharmacologiques que législatives. En effet certains médecins semblent trouver que la méthadone est mieux tolérée que la buprénorphine et qu'elle permet également une meilleure stabilisation. Le risque de mésusage serait également moins important.

Le SUBUTEX® et le SUBOXONE® ont surtout été cités dans le groupe des médecins prescrivant des TSO mais n'en instaurant pas. Les raisons citées sont à l'opposé de celles des médecins non-prescripteurs. Certains médecins trouvent ces molécules, de par leurs règles de prescription, moins contraignantes et donc plus pratiques à l'usage, pour le patient mais surtout pour le médecin qui se voit confier une prise en charge moins chronophage. Cet avantage ressenti par ces médecins permet encore une fois de souligner le contraste entre les médecins prescripteurs, plus entraînés, probablement plus formés, et donc plus à l'aise avec la prise en charge de ces patients, recherchant une simplification relative de la prise en charge et de la prescription et les médecins non-prescripteurs, désirant au contraire une prise en charge plus réglementée afin de sentir plus à l'aise.

Par ailleurs, d'autres médecins trouvent la décroissance des posologies et le sevrage plus aisé et plus facile pour le patient avec la buprénorphine qu'avec la méthadone.

Enfin, les médecins voyant un avantage au SUBOXONE® mettent en avant un risque de mésusage plus faible et donc une revente plus faible. A noter tout de même que cette molécule a été la moins citée des trois, reflète son très faible taux de prescription.

Une étude américaine de 2005 propose elle un autre point de vue. Dans cette étude, plus de la moitié des médecins estiment que la méthadone maintient la dépendance

aux opiacés des patients et que le traitement doit être poursuivi bien trop longtemps. Ces médecins préfèrent donc, pour cette raison, prescrire plutôt de la BHD [20].

Au final, il faut surtout retenir que les médecins, en majorité, ne trouvent pas plus d'avantage à l'une de ces molécules plutôt qu'aux autres. Les témoignages en faveur d'un traitement sont peu nombreux et ne permettent pas de mettre en évidence de réels faits, mais permettent d'établir certains profils de médecins, et certaines barrières.

Enfin, il faut noter qu'en France les médecins généralistes n'ont un choix que partiel pour les TSO, les médecins non-instaurateurs dépendant de la décision prise par le CSAPA de proximité pour la prescription de la molécule.

2.4 Un manque de connaissances de la prise en charge des patients toxicomanes

Le premier constat assez parlant, mettant en évidence ce manque de connaissances concernant la prise en charge des patients toxicomanes, porte sur les modalités de prescription. S'il est parfaitement logique que les médecins prescripteurs de TSO aient significativement un meilleur taux de bonnes réponses que les médecins non-prescripteurs concernant leur possibilité d'instaurer de la BHD et celle de renouveler la BHD et les deux formes de méthadone puisqu'ils sont régulièrement au cœur de ces prises en charges, les valeurs absolues des deux groupes sont riches en enseignements.

17% des médecins non-prescripteurs ne savent pas qu'ils ont parfaitement le droit d'inclure de la BHD ; c'est donc autant de prises en charge qu'ils ne réalisent pas. Si ce nombre peut sembler raisonnable, c'est probablement l'un des rares traitements avec un taux si important plus de 20 ans après son AMM. C'est d'autant plus parlant quand il s'agit du renouvellement, 40% des médecins non-prescripteurs ne savent pas que la BHD peut être renouvelée indéfiniment.

La méthadone semble assez méconnue par tous les profils de médecins, surtout sa forme gélule, puisque 60% des prescripteurs et 65% des non-prescripteurs ignorent qu'elle peut être renouvelée indéfiniment. En effet si à l'origine, en 2008, la forme gélule était soumise à une prescription semestrielle réservée aux médecins exerçant en CSAPA ou dans des services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes, cette barrière a été levée en juin 2011. La délégation est donc permanente. D'après les résultats de l'étude, il semblerait que la promotion de cette modification n'ait pas été totale.

Ceci dit, nous n'avons pas besoin d'analyser ces chiffres pour savoir que les médecins manquent de formation, ceux-ci l'avouent d'eux-mêmes. En effet, 54% des médecins n'ont jamais prescrit de TSO car la prise en charge leur semble trop compliquée en médecine générale. De plus, seulement 58% des médecins instaurateurs de TSO se sentent à l'aise avec leur prescription, et 37% des médecins prescripteurs mais non-instaurateurs, mettant en avant une véritable carence de connaissances.

Pourtant, et logiquement, la qualité de la formation en addictologie des médecins et la prescription de TSO sont en relation directe.

Si la formation initiale n'a pas relation significative sur la prescription de TSO dans notre étude, il est certain qu'elle a tout de même une place centrale dans le bagage du médecin. Celle-ci s'est d'ailleurs améliorée au cours des dernières années puisque 65% des médecins de 50 à 59 ans et 57% des médecins de plus de 60 ans disent n'avoir pas eu de formation initiale alors que seulement 7% des médecins de moins de 40 ans n'en ont pas bénéficié. Cependant, même si cette formation est de plus en plus présente, la majorité consent à dire qu'elle est insuffisante (86% des moins de 40 ans).

Les Formations Médicales Continues ont, elles, un lien significatif avec la prescription de TSO. Les médecins ayant réalisé une FMC sont plus souvent prescripteurs que les autres et les médecins ayant une formation adaptée (FI adaptée ou participations à des FMC) aussi. Résultat lui aussi logique, la formation continue et régulière, d'ailleurs obligatoire, permet de mettre régulièrement à jour ses connaissances et de renforcer celles acquises.

Cependant, ce résultat doit être légèrement nuancé : une meilleure connaissance donne-t-elle envie aux médecins de s'y essayer, ou les médecins participant à ces FMC sont-ils ceux qui prescrivent déjà et qui viennent pour se mettre à jour ? La question est entière lorsque l'on voit le profil des participants aux FMC, les médecins n'ayant aucune formation initiale semblent moins participer aux FMC que les autres médecins (résultats non significatifs).

A noter que dans tous ces résultats l'âge et le sexe n'ont pas d'impact significatif sur les données.

Ce problème de formation semble commun aux diverses études. Le manque de connaissances sort en tête de la quasi-totalité des études de la littérature. Selon une étude française de 2004, seulement 33% des médecins prescripteurs de TSO seraient formés à une telle prise en charge [21]. Dans une autre étude française de 2014, lorsqu'il est demandé aux médecins quelle est la modification la plus urgente pour encourager la prescription de TSO, 29% des médecins répondent qu'il faut améliorer la formation des médecins [22].

72% des médecins américains interrogés en 2006 avouent être prêts à prescrire des TSO s'ils sont formés, et la raison principale pour ne pas prescrire est un manque de connaissances dans 47.5% des cas [23], voire même 88% [19]. Enfin, dans une

dernière étude, le facteur ayant le plus d'influence sur la prescription des jeunes médecins est la formation, et si l'impact de celle-ci est moins important pour les médecins expérimentés dans la prise en charge des patients toxicomanes, elle a encore un rôle prépondérant [24].

Bien que le manque de formation soit un élément capital, et semble un frein important à la prescription de TSO, nous sommes finalement assez étonnés du faible taux de participation des médecins non formés à des FMC. Ces résultats posent donc la question de la motivation des médecins généralistes et de la manière de les inciter à se former.

Actuellement, chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de Développement Professionnel Continu (DPC). Ce DPC est une démarche active tout au long de l'exercice professionnel qui permet aux professionnels de santé d'être acteurs de leur formation. Il a pour objectif l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences et la prise en compte des priorités de santé publique.

Dans ce cadre, chaque médecin, qu'il soit libéral ou hospitalier, a pour obligation de réaliser, tous les trois ans, au moins une action de formation cognitive (soit un approfondissement des connaissances) et une action d'analyse des pratiques professionnelles (audit clinique, test de concordance de script).

Le système actuel est assez ouvert puisque c'est le médecin généraliste qui va choisir ses formations, en fonction de ses lacunes, de ses goûts, ou encore de son emploi du temps. Il n'y a pas, au jour d'aujourd'hui, d'obligation de se former dans les domaines où les médecins sont les moins à l'aise. D'ailleurs, les médecins, et cela s'observe dès la formation initiale des internes, ont plus tendance à aller vers les thèmes qui leur sont chers, afin d'en ressortir avec un sentiment positif de compétence, plutôt qu'un séminaire leur faisant prendre conscience de leur faillibilité.

Par ailleurs, ce DPC, bien qu'obligatoire, n'est pas encore véritablement contrôlé. La procédure de traçabilité par le conseil de l'Ordre des Médecins n'est pas finalisée et les sanctions ne sont pas connues.

Ainsi on pourrait imaginer quelques ajustements qui favoriseraient la formation des médecins en addictologie qui, rappelons-le, est un enjeu de santé publique.

Une première idée, plus globale, serait que les médecins réalisent régulièrement un test de connaissances, afin de mettre en évidence leurs points faibles. Le médecin aurait alors l'obligation de réaliser des formations dans ces domaines et ne se cantonnerait donc plus seulement à ses sujets de prédilection.

On pourrait également imaginer que tous les 3 ans, le Conseil de l'Ordre établisse un ou deux thèmes de formation obligatoires pour tous les médecins en s'appuyant sur les besoins de santé publique.

Mais ces premières propositions, à caractère obligatoire, ne peuvent avoir un impact que si des sanctions sont présentes et connues de tous.

Bien sûr les moyens incitatifs étant bien mieux reçus et acceptés que ceux à caractère punitif, on pourrait imaginer plusieurs autres pistes.

Une cotation des consultations d'addictologie supérieure autorisée aux professionnels ayant rempli des obligations de formation sur le thème, ou l'ajout d'un nouvel indicateur dans les ROSP concernant la formation et la prise en charge de patients dépendants sont deux axes de réflexion.

D'ailleurs, même si dans notre étude un seul médecin propose comme axe d'amélioration de la prise en charge globale des patients toxicomanes une reconnaissance de cet acte spécifique, plusieurs études mettent en évidence ce besoin des médecins compte tenu d'une prise en charge qualifiée de chronophage.

Une étude américaine publiée en 2015 retrouve que 52% des 108 médecins généralistes interrogés pensent qu'il devrait y avoir une rémunération spéciale pour la prescription de TSO. La majorité précise ne pas être sûre de la valeur de cette rémunération mais qu'elle permettrait de rembourser les formations, le temps pris dans les consultations et le coût des infirmières pour les analyses d'urine et la distribution des traitements [18]. Bien que le taux soit bien moins important, une seconde étude américaine, publiée en 2014, met en évidence la question financière puisque 28% des 78 médecins l'évoquent dans leurs barrières à la prescription des TSO [17].

2.5 La peur de la surconsommation et du marché noir

Nous l'avons vu un peu plus tôt dans le cadre des avantages de la méthadone. Certains médecins non-prescripteurs préfèrent cette molécule car le cadre légal associé est beaucoup plus strict. Cette information, nous la retrouvons pleinement dans les réponses sur la réglementation des TSO.

42.5% des médecins non-prescripteurs trouvent la réglementation trop laxiste contre 12% des médecins prescripteurs. Cette différence est statistiquement significative. La différence entre les médecins instaurateurs (4%) et prescripteurs mais non-instaurateurs (25%) est, elle, non significative.

Ce sentiment est directement en lien avec les 2 craintes les plus fréquemment citées par les médecins : la manipulation du médecin par le patient (26%) et la revente des TSO (18%).

La revente au marché noir et la consommation de rue est un fait. Selon les données de l'OFDT de 2015, la buprénorphine serait très disponible en milieu urbain depuis de nombreuses années, se revendant entre 3 et 5 euros la dose de 8 mg contre un prix officiel de 13.58 euros pour une plaquette de 7 comprimés à 8 mg, soit un prix légèrement inférieur à 2 euros par comprimé [25]. Contrairement à d'autres

stupéfiants, il n'existe pas de réseau de revente de buprénorphine haut dosage à grande échelle, il s'agit essentiellement d'une revente de proximité d'une fraction de traitement non-consommée par le revendeur.

Cependant, cette revente semble bien moins importante qu'estimée par les médecins généralistes. Bien qu'elle soit difficilement objectivable, il semblerait, toujours selon le rapport de l'OFDT, que les chiffres soient en baisse. En effet, en 2015, 2.4 % des bénéficiaires d'un remboursement de buprénorphine recevaient une dose quotidienne moyenne supérieure à 32 mg, indicateur d'un possible usage non-conforme, ce qui est 3 fois moins élevé qu'en 2002 [26]. De plus, seulement 3% des bénéficiaires avaient 5 prescripteurs ou plus en 2013 et 3% également avaient 5 pharmaciens ou plus cette même année. Ces chiffres sont 2 à 3 fois inférieurs aux valeurs retrouvées quelques années plus tôt en 2006 [27]. Si ces valeurs rendent, bien évidemment, mal compte du trafic réel, il semblerait qu'il existe une baisse des comportements destinés à augmenter les doses reçues de la part des usagers.

S'il serait intéressant de pouvoir proposer aux médecins des chiffres validés afin de pouvoir les rassurer concernant cette part moins symbolique qu'elle n'y paraît de revente, cette crainte, bien plus marquée chez les médecins non-prescripteurs que chez les prescripteurs, est surtout le reflet d'une opinion publique dégradante vis-à-vis de ces patients.

Quel que soit le profil de prescription des médecins, qu'ils prennent en charge ou non ces patients, le point de vue le plus fréquent est un point de vue négatif sur ces patients. En effet, 57% des médecins ont des *a priori* ou des préjugés négatifs. Bien sûr, plus le médecin s'implique dans la prise en charge et est à l'origine de celle-ci (et donc instaure le TSO), moins cet avis est dur. C'est pourquoi 75% des médecins non-prescripteurs ont un avis négatif, contre 38% des médecins instaurateurs, taux tout de même assez important.

Les termes usités sont d'ailleurs souvent forts ; si quelques médecins sont plus politiquement corrects en disant « avoir du mal à leur faire confiance », ou que ces patients ne sont « pas faciles », 7 médecins prescripteurs et 16 non-prescripteurs utilisent les termes de « menteurs » ou de « manipulateurs », un médecin prescripteur utilise même l'expression de « patients pas comme les autres prêts à tout pour vous faire dévier ». Dans une étude, un médecin australien les qualifie de chaotiques, ayant un comportement déplacé en salle d'attente, irréguliers aux rendez-vous [28]

Si seulement 3 médecins non-prescripteurs de notre étude estiment que les patients toxicomanes sont des patients normaux mais malades ou des personnes fragiles ayant besoin d'aide, ces façons de penser sont à égalité avec les avis négatifs chez les prescripteurs. On peut donc se poser la question de ce qui peut faire pencher la balance d'un côté comme de l'autre.

Nous le savons grâce à la littérature [29] et à l'étude, 61% des médecins ayant arrêté de prescrire l'ont fait suite à de mauvaises expériences. Il est assez facile de penser qu'un médecin, après avoir eu l'impression de s'être fait « berner », est plus enclin à arrêter de prescrire. Pourtant, la surconsommation, les mensonges, voire la revente fait partie intégrante de la prise en charge au stade initial. Ce sont des patients,

souvent en souffrance, avec des situations complexes et des histoires de vie difficiles, qui ont désappris les règles sociales. La consultation chez le médecin pour « avoir un traitement » est le premier pas vers la resocialisation, le réapprentissage des règles sociales et du réinvestissement de leur propre vie : avoir un rendez-vous, être à l'heure, être régulier, devoir parler. La prise en charge est forcément plus compliquée au départ, le temps d'initier le retour vers la « normalité ».

Par ailleurs, un certain nombre de médecins craignent la surconsommation ou les demandes abusives des patients telles que l'avance de traitement. Celle-ci ne doit pas être prise comme un frein, mais comme le signe que le patient n'est pas stabilisé, qu'il a probablement besoin d'une posologie plus importante en buprénorphine ou méthadone.

Si toutes ces craintes sont au final fondées, et normales lors des débuts de prise en charge, toutes celles-ci sont majorées par les médias. Un médecin le résume très bien : « J'ai peu d'expérience, mais c'est sûr que ces patients ne donnent pas envie, de base il y a un mauvais avis général relayé par la télé, les séries, etc ». Comment avoir envie de s'investir si, de base, tout est fait pour nous en dissuader. Des séries comme *The Corner*, ou la bien plus célèbre *Breaking Bad*, nous décrivent des histoires où l'on peut voir « des drogués prêts à tout pour obtenir l'argent nécessaire à une dose, quitte à délaisser leur enfant en bas âge voire à s'entretuer entre mari et femme ». Si ce n'est que de la fiction et que l'on est censé pouvoir faire la part des choses, il est difficile, pour l'opinion générale, d'avoir une autre façon de penser, d'autant plus que rien n'est fait pour la casser. Un médecin a dit « rien que dire « ces patients » est déjà leur mettre une étiquette, et une étiquette est difficile à soigner ». La prise en charge de ces patients étant un enjeu de santé publique, il serait bénéfique avant toute chose d'essayer de promouvoir des campagnes visant à briser les clichés colportés par la télévision.

2.6 Une prise en charge difficile

24% de la globalité des médecins généralistes interrogés, quand on leur demande de dire ce qu'ils pensent des patients toxicomanes, nous parlent de la prise en charge qui est compliquée (jusqu'à 94% dans une étude américaine [19]). C'est autant le cas dans les deux groupes de médecins prescripteurs (24%) et non prescripteurs (25%) et c'est même prédominant chez les médecins qui prescrivent mais n'instaurent pas de TSO (50%). De plus, cette difficulté est la cause de 22% des abandons des médecins anciennement prescripteurs, et la raison principale évoquée spontanément chez les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de traitement de substitution.

Si une adaptation de la formation des médecins généralistes pourrait modifier ce score, comme nous l'avons expliqué précédemment, les médecins se sentent globalement seuls dans leur cabinet ; c'est d'ailleurs cette peur que certains ont mis en avant.

Par ailleurs, la note globale donnée à la qualité de la prise en charge des patients toxicomanes est assez faible, témoin des faiblesses et des difficultés rencontrées par

les médecins ; On arrive ainsi à une moyenne de 6.1/10 pour les médecins prescripteurs et de 3.4/10 pour les médecins non-prescripteurs.

A noter, que l'on retrouve un score global de 6.9/10 pour les médecins prescripteurs dans une étude française réalisée en Bouches-du-Rhône en 2014 [22].

2.7 Un besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire

45 des 82 médecins généralistes, soit 55%, évoquent la nécessité d'une amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients (57% des prescripteurs et 53% des non-prescripteurs). Ils l'évoquent soit par la nécessité de développer la présence de structures de soins pluridisciplinaires (16%), d'améliorer la prise en charge sociale (15%), la prise en charge psychiatrique (13%), par la nécessité d'un suivi spécialisé plutôt que par celui du généraliste (6%), ou par le besoin d'amélioration de la coordination entre tous les intervenants suscités (5%) à l'instar de la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes, ces derniers se plaignant d'un manque de retours des consultations par courrier. Toutes ces propositions conduisent à la même constatation : le médecin généraliste ne peut pas y arriver seul.

Comme certains médecins l'ont dit durant les interviews, le patient est un ensemble, pas seulement une pathologie. Si les médecins ont la formation, ou du moins pourraient avoir la formation pour prendre en charge l'addiction d'un point de vue purement technique, l'addiction n'est pas qu'un besoin en produit. Au fur et à mesure de sa dépendance, le patient se forme une psyché, une personnalité et des réactions de défense inconscientes qui nécessitent une prise en charge psychologique et psychiatrique spécialisée, fruit d'une formation qu'un médecin généraliste ne possède pas de base dans ses bagages.

La prise en charge sociale est en effet, elle aussi, déterminante et ne semble une fois encore pas relever du domaine de compétence du médecin généraliste.

Ce besoin des médecins généralistes d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients peut se faire actuellement de deux façons : les CSAPA, ou Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, et les microstructures.

En 2010, selon les données de l'OFDT [30], il existait 190 CSAPA drogue illicite et chaque structure avait en moyenne 574 patients. Ces données masquent cependant une grande diversité dans la taille des files actives qui varient de 88 à 2119 pour la prise en charge des drogues illicites. Toujours en 2010, ces 419 CSAPA ont reçu un nombre estimé de 268 000 patients. Il est à noter qu'un patient sur cinq n'a été vu qu'une fois dans ces structures.

Si ce taux de patients vus peut sembler important, il existe un véritable trouble de la répartition de ces centres. En effet, ils tous situés dans les principales villes des départements, entraînant parfois une grande disparité de répartition et des difficultés d'accès pour les patients qui, souvent, n'ont pas de moyen de locomotion. Par

exemple, en 2010, il n'existait que 7 CSAPA en Lorraine : Metz (2), Thionville, Nancy, Bar-le-Duc, Epinal et Longwy.

De plus, même si l'objectif de ces centres est de pouvoir proposer une première consultation aux patients dans un délai d'une semaine, en pratique ce n'est pas forcément le cas. En effet, d'expérience, le CSAPA de Thionville propose un délai de rendez-vous d'un mois.

Devant les difficultés d'accès aux structures spécialisées et la demande des patients d'une prise en charge de proximité, ce sont développées depuis le début des années 2010 des microstructures. Une microstructure est une équipe pluri-professionnelle constituée d'un psychologue et d'un travailleur social autour d'un médecin généraliste, dans son cabinet. Les trois intervenants forment une équipe thérapeutique qui délibère sur chaque cas, à l'occasion de réunion de synthèses, similaires à celles qui pourraient avoir lieu dans une structure spécialisée.

Ce besoin de pluridisciplinarité et de se sentir encadrer n'est pas nouveau, ni un mal français. Tout comme le problème de formation, cette notion ressort de la quasi-totalité des études.

L'étude américaine de 2009 utilisant une échelle de 1 à 5 pour coter l'importance des barrières à la prescription de TSO (1 signifiant « n'influence pas » et 5 « influence énormément ») met en avant l'importance de l'accessibilité aux services de psychiatrie (note de 3.43/5), aux services spécialisés (3.48/5), ainsi qu'aux autres services de soutien (3.31/5) [24]. Une seconde étude de 2014, réalisée dans l'état de Washington, retrouve que le manque de prise en charge psycho-sociale adaptée est un frein pour 64% des médecins et le manque d'accessibilité à un spécialiste pour conseil est un frein pour 45% des médecins [18]. Enfin une étude allemande de 2009 met en avant le manque de coopération interdisciplinaire pour la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques des patients toxicomanes [31].

Ces études proposent d'éventuelles solutions. Un suivi partagé des patients sous traitements de substitution entre le médecin généraliste et un médecin spécialisé, comme on peut le faire avec n'importe quelle pathologie cardiovasculaire ou pulmonaire, semble convaincre les médecins [20]. D'autres études proposent d'utiliser la télémédecine, une sorte de numéro vert, une ligne directe et accessible à tout moment pour contacter au besoin un médecin spécialisé pour conseiller les médecins sur la prise en charge [20] [32] [18].

2.8 Un besoin de se sentir en règle

Un autre point assez marquant est le besoin des médecins généralistes d'être sûrs de la rigueur de leurs patients et de l'absence de revente des traitements. On en parlait précédemment : il existe une peur de cette illégalité dans laquelle le médecin a l'impression de mettre un pied en prescrivant ces produits. C'est une peur qui touche davantage les médecins ne prescrivant pas, puisque 11 des 40 médecins non-prescripteurs interrogés (28%) proposent de renforcer le cadre de la prescription et du suivi contre seulement 3 des 42 prescripteurs (7%).

Les diverses propositions concernent majoritairement le suivi biologique. En effet, il n'existe actuellement aucun test biologique obligatoire en médecine générale à l'instauration, à l'inverse de l'introduction de la méthadone en CSAPA, ni lors du suivi. De plus, bien que les médecins puissent prescrire des tests urinaires à réaliser en laboratoire d'analyses médicales, il peut toujours y avoir un doute sur la provenance des urines.

C'est d'ailleurs dans ce contexte que se pose un PHRC, dirigé par le CHU de Toulouse, ESUB-MG, qui vise à évaluer l'impact de la réalisation de tests urinaires à réaliser au cabinet du médecin généraliste, sur le maintien des traitements de substitution et leur acceptabilité auprès des patients. Si les résultats de cette étude, qui ne seront pas disponibles avant quelques années, s'avèrent positifs, ils pourraient avoir un fort impact sur ce frein dans la prescription.

Les autres propositions sont d'essayer de limiter le nomadisme médical et donc la pluri-prescription, en prenant des mesures d'injonction thérapeutique afin qu'un médecin et un seul ait l'autorisation de prescrire des TSO à un patient.

2.9 Les autres freins que l'on ne retrouve pas dans l'étude

Les difficultés à trouver des médecins prescrivant des TSO ne sont pas l'apanage de la France ; ainsi, comme on a pu le voir au travers de la discussion, il existe des études américaines, australiennes ou encore allemandes qui se sont penchées sur le sujet. Celles-ci ont pu établir de nombreux freins communs à ceux retrouvés dans notre étude, mais certains n'ont pas été retrouvés dans nos résultats.

Nous l'avons abordé rapidement lorsque nous essayions de trouver des solutions pour inciter les médecins généralistes à se former dans le domaine de l'addictologie, mais la dimension financière, bien qu'elle ne ressorte pas de notre étude, est une question fondamentale.

Ce point s'explique très facilement et est relativement biaisé. En effet, la plupart des études sont réalisées aux États-Unis, où le système de santé est très différent du système français [33]. Le système américain est un système pluraliste et décentralisé, sans système de couverture automatique et obligatoire. La logique de ce système repose sur une industrie d'assurances privées, financées sur la base de primes

actuarielles. L'Etat fédéral ne couvre que les gros risques : les personnes âgées, les personnes handicapées sévères et les personnes vivant sous un seuil de pauvreté. Cependant, le système Medicaid, qui couvre donc les personnes pauvres, paie très mal les médecins. Par exemple, si un médecin soigne une personne âgée (et donc bénéficiaire de la couverture fournie par l'Etat « Medicare ») il percevra 100 dollars alors que la même consultation Medicaid ne lui en donnera que 20. Cette forte inégalité de rémunération explique la réticence des médecins à prendre en charge les patients toxicomanes, souvent sans travail et donc sans ressource, alors que cette prise en charge est plus chronophage que d'autres.

A noter qu'une étude allemande [31] met aussi cette notion de rémunération en avant, mais celle-ci n'est pas due à l'organisation du système de santé mais aux obligations administratives inhérentes à la prescription de TSO [34].

En effet, les médecins allemands ont plusieurs obligations. Tout d'abord, celle d'enregistrer tous leurs patients sous substitution au Bundesopiumstelle, l'agence fédérale des narcotiques, afin d'empêcher qu'ils puissent se faire prescrire un traitement de substitution par un autre médecin. De plus, ils sont obligés de mettre à jour en temps réel ces dossiers avec toutes les données pertinentes sur le patient et son traitement, soit les antécédents, les diagnostics, les résultats des examens cliniques et complémentaires. Ils ont également l'obligation d'une notification anonyme des patients au registre central de la substitution en précisant la fréquence des tests biologiques de surveillance, leurs résultats, l'utilisation concomitante de psychotropes, la forme, la posologie et les modalités de la dispensation du traitement. Chaque année, la sécurité sociale allemande sélectionne aléatoirement des médecins généralistes et vérifient l'intégralité de leurs dossiers et obligations administratives. Toujours selon l'étude allemande initiale [31], il existe une crainte de ces médecins des peines encourues.

Une étude australienne [28] réalisée sur un petit nombre de médecins retrouve qu'il existe une pression assez importante sur les médecins pour qu'ils prennent en charge toujours plus de patients toxicomanes. Certains médecins déclarent avoir voulu commencer ce style de prise en charge pour varier leur activité, mais qu'ils n'auraient plus fait que ça s'ils n'avaient pas dit « stop ». Cette pression n'a pas été mise en avant par les médecins prescripteurs dans notre étude, mais la peur de la « multiplication de patientèle » s'est en effet retrouvée dans quelques témoignages de médecins non-prescripteurs. Celle-ci semble néanmoins difficile à résoudre tant que la prescription de TSO ne sera pas plus démocratisée parmi les médecins généralistes. Le choix de prescripteurs étant assez faible, les patients vont nécessairement tous vers les mêmes professionnels.

Enfin, les autres difficultés rencontrées par les médecins sont d'ordre administratives et, cette fois encore, exclusives et propres au système américain. En effet, selon une étude de 2006 [35], il existe 3 barrières assez importantes pour les médecins.

La première est le DATA 2000, ou Drug Addiction Treatment act of 2000 [36]. Ce DATA 2000 régit les autorisations de prescription de TSO des médecins américains.

Contrairement aux médecins français qui ont la liberté d'introduire et de prescrire de la BHD, les médecins américains doivent obtenir un certificat. Pour l'obtenir, il faut posséder une licence médicale, un numéro d'enregistrement à la DEA, ou Drug Enforcement Administration (le service de police fédéral américain chargé de la mise en application de la loi sur les stupéfiants et de la lutte contre leur trafic), posséder un diplôme complémentaire en psychiatrie ou en addictologie et compléter une formation de 8 heures sur les TSO. Ces obligations, un peu contraignantes, font que beaucoup de médecins ne passent pas le cap.

Le second frein de cette étude est directement lié à ce DATA 2000 qui instaure la « 30 patient limit ». En effet, les médecins obtenant leur certificat n'ont pas le droit de prendre en charge plus de 30 patients venant pour prise en charge de leur toxicomanie la première année, ce qui pose un réel problème pour les médecins travaillant dans des structures spécialisées qui sont obligés de freiner leur activité.

Enfin le dernier frein retrouvé est l'implication de la DEA, dont nous parlions un peu plus tôt, dans la prise en charge des médecins. En effet, il y aurait une véritable pression des services fédéraux sur les médecins prescripteurs afin de réduire au possible la prescription de stupéfiants.

Conclusion

Ce travail a été réalisé pour mettre en avant la position des médecins généralistes par rapport aux traitements de substitution aux opiacés et les freins à leur prescription.

Cette étude a porté ses fruits puisque, malgré quelques biais et difficultés, notamment un nombre de patients finalement trop peu important pour avoir des différences significatives entre les groupes étudiés, elle a permis de soulever 4 points fondamentaux.

Tout d'abord, les TSO jouissent globalement d'une assez bonne réputation concernant leur effet sur la dépendance mais aussi sur la réinsertion des patients. Les médecins estimant qu'ils n'ont pas d'effet sur cette dernière considèrent que le TSO seul ne suffit pas sans une prise en charge globale pour aider à la réinsertion.

Par ailleurs, il existe un manque flagrant de formation. Celui-ci s'est fait ressentir via les réponses aux questions visant à évaluer purement les connaissances des médecins mais également lors de leur auto-évaluation de leur formation, leurs craintes ou leurs motifs de non prise en charge des patients toxicomanes. Un résultat plus surprenant a été le non-investissement des médecins ayant la formation la moins adéquate à participer à des formations complémentaires, probable témoin d'un manque d'intérêt envers la spécialité ou les formations continues de manière plus générales.

Un autre point clé est la sensation de solitude du médecin qui, face à son patient, doit gérer à la fois une prise en charge addictologique, psychiatrique et social. Il existe un fort désir des médecins généralistes d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des patients en développant les structures de prise en charge psychosociale et en améliorant l'accès à un spécialiste de la prise en charge.

Enfin, il existe un avis global plutôt négatif sur les patients toxicomanes, les médecins les considérant souvent comme des personnes malhonnêtes. Il existe une crainte assez significative de la revente des traitements au marché noir et des conséquences judiciaires pour le médecin. Une part assez importante des médecins a mis en avant un désir d'un suivi plus strict des patients, avec la mise en place d'un suivi plus régulier, de contrôles biologiques obligatoires voire d'injonctions thérapeutiques afin de se sentir plus en sécurité dans leurs prescriptions.

Toutes ces conclusions étaient relativement attendues car présentes dans la quasi-totalité de la littérature. Cependant, la question financière présente dans de

nombreuses études n'a pas été mise en avant dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par une organisation de système de soin et de rémunération des médecins généralistes français très différente du système américain, source de la plupart des études sur les barrières à la prescription de TSO.

Bien que cette étude n'ait pas mis en avant de nouveaux freins à la prescription des Traitements de Substitution aux Opiacés, elle a permis de consolider nos connaissances sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. MOLLIER P. Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés : prise en charge à l'officine. Thèse de Pharmacie. 2001. Lyon.
2. OFDT. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes ; Tendances n° 94, octobre 2014. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabua.pdf>.
3. DUPOUY Julie. On-Site Drugs of Abuse urinary Screening Tests for The Management of Opiate-Addicted Patients : A Survey among French General Practitioners. European Addiction Research. 2012. 18(4). p. 175-183.
4. Petit Larousse illustré 2012, Paris, Larousse, ISBN 978-2-03-584090-5, dépôt légal juin 2011, 1910 p.
5. GOODMAN Aviel. Addiction : definition and implications. British Journal of Addiction [en ligne]. 1990. 85(11). p. 1385-1543.
6. OMS. Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème revision. 1993. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ème édition. 2013.
8. NATIONS UNIES. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. 1972. Disponible sur https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_fr.pdf.
9. OFDT. Drogues, Chiffres clés. 2015. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>.
10. OFDT. Tableau de bord TSO. 2015. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO150625.pdf>.
11. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Survey on Drug Use and Health : National Findings. 2007. Disponible sur http://www.alcoholandcrime.org/images/uploads/pdf_research/nsduh_2007.pdf.
12. OEDT. Rapport européen sur les drogues. 2016. Disponible sur <http://www.emcdda.europa.eu/edr2016>.
13. Circulaire DGS/SP3/95 n°29 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés. 31 mars 1995. Disponible sur http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=20611.
14. Circulaire DGS n°72. 9 novembre 1993. Extrait disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000177.pdf>.
15. OFDT. Communiqué de presse, dernières données sur les traitements substitutifs aux opiacés : Une analyse portant sur des données de remboursement de plus de 4500 patients en 2006 et en 2007 permet de mieux

- connaître leur profil et d'évaluer les indicateurs de possibles détournements de la BHD. 3 juin 2009. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>.
16. SMIRNOV A. Use and misuse of opioid replacement therapies : a Queensland study. Avec sa traduction Subst Use Misuse. Janvier 2012, 47(1), p. 75-8.
 17. WEST Steven L. A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. Journal of Substance Abuse. 2000. 12. p. 405-414.
 18. HUTCHINSON Eliza. Barriers to primary Care Physicians Prescribing Buprenorphine. Annals of Family Medicine. 2014. 12 (2), p. 128-133.
 19. DEFLAVIO JR. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. Rural and Remote Health. 2015. 15:3019. [En ligne].
 20. TURNER Barbara. Barriers and Facilitators to Primary Care or Human Immunodeficiency Virus Clinics Providing Methadone or Buprenorphine for the Management of Opioid Dependence. Arch Intern Med. 2005. 165(15), p. 1769-1776.
 21. FERONI I. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. Revue Epidémiologique de Santé Publique. 2004. 52. p. 511-522.
 22. BENYAMINA Amine. The current status of opioid maintenance treatment in France : a survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users. International Journal of General Medicine. 2014. 7. p. 449-457.
 23. CUNNINGHAM CO. Attending physicians' and residents' attitudes and beliefs about prescribing buprenorphine at an urban teaching hospital. Fam Med. Mai 2006. 38(5). P. 336-340.
 24. NETHERLAND Julie. Factors affecting willingness to provide buprenorphine treatment. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009. 36. p. 244-251.
 25. OFDT. Usages de BHD non conformes au cadre médical. De la buprénorphine au *Subu* : observations récentes du dispositif TREND. Mai 2017. 30p.
 26. THIRION X. Quels sont les modes de recueil de données et les instruments actuels d'évaluation des résultats des traitements de substitution aux opiacés : sont-ils satisfaisants ? Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004. Lyon. Fédération Française d'Addictologie. Anaes. Alcoologie et Addictologie. 26(Suppl.4). p. 55S-60S.
 27. OFDT. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Décembre 2010. 146p.
 28. SCARBOROUGH. Opioid substitution therapy. A study of GP participation in prescribing. Australian Family Physician. Avril 2011. 40(4). p. 241-245.
 29. LONGMAN Christine. Reluctant to train, reluctant to prescribe : barriers to general practitioner prescribing of opioid substitution therapy. Australian Journal of Primary Health. 2012. 18(4). p. 346-351.
 30. OFDT. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. 2010. 89p.
 31. SCHULTE B. Structural Barriers in Substitution Treatment and in the Care of Infectious Diseases in Opioid Dependent Subjects. Suchttherapie. Août 2009. 10(3). p. 125-130.

32. CUNNINGHAM CO. Barriers to Obtaining Waivers to Prescribe Buprenorphine for Opioid Addiction treatment Among HIV Physicians. J Gen Intern Med. Septembre 2007. 22(9). p. 1325-1329.
33. CHAMBARETAUD Sandrine. Le système de santé américain. ADSP. Septembre 2001. 36. p. 14-17.
34. MICHELS Ingo Ilja. Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal. Février 2007. 4(5). 13p. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797169/pdf/1477-7517-4-5.pdf>.
35. KISSIN Wendy. Experiences of a national sample of qualified addiction specialists who have and have not prescribed buprenorphine for opioid dependence. Journal of Addictive Diseases. 2006. 25(4). p. 91-103.
36. DATA-2000. 2000. Disponible sur https://www.naabt.org/30_patient_limit.cfm.

RESUME DE LA THESE

Le point de départ de ce travail est le constat d'une discordance entre le nombre important de patients toxicomanes sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) et le faible taux de médecins prescripteurs.

L'objectif principal est de connaître la représentation qu'ont les médecins généralistes des médicaments de substitution aux opiacés (MSO). L'objectif secondaire est de mettre en évidence les freins à la prescription de ces traitements.

Les retombées de notre étude sont d'envisager des pistes afin d'améliorer l'investissement des médecins généralistes dans la prise en charge des patients toxicomanes.

Matériel et méthodes : Une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale a été menée auprès des médecins généralistes installés en secteur 1 dans les régions Lorraine, Alsace et Franche-Comté. Cette enquête a été réalisée par téléphone d'août 2016 à mars 2017.

Résultats : 82 entretiens ont été réalisés. Les TSO jouissent d'une bonne réputation concernant leur effet sur la dépendance et sur la réinsertion des patients. Les freins mis en évidence sont un manque de formation des médecins généralistes, associé à une sensation de solitude dans la prise en charge ainsi qu'un avis globalement négatif concernant les patients toxicomanes, avec une crainte de la revente et des conséquences judiciaires pour le médecin.

Conclusion : Pour favoriser l'investissement des médecins généralistes, une amélioration de la formation des médecins, un développement de la prise en charge pluridisciplinaire ainsi qu'un suivi plus strict et sécurisant pour le médecin, passant par des contrôles biologiques obligatoires et une injonction thérapeutique, paraissent intéressants.

TITRE EN ANGLAIS : Assessment of the position of French General Practitioners in relation to Opiate Substitution Treatment.

THESE : MEDECINE GENERALE – 2017

MOTS-CLES : Buprenorphine, Methadone, Opioid Dependence Treatment, Opioid Substitution, Opioid barriers, Physicians barriers, Prescribers barriers, GPs attitudes

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX