Le mésusage du médicament de substitution : un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ? : revue de la littérature des études quantitatives

Rémi Brochot

▶ **To cite this version:**

Rémi Brochot. Le mésusage du médicament de substitution : un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ? : revue de la littérature des études quantitatives. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297494

HAL Id: hal-03297494
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297494

Submitted on 23 Jul 2021

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

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Rémi BROCHOT

le 20 novembre 2018

Le mésusage du médicament de substitution : Un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ?

- Revue de la littérature des études quantitatives-

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président
M. le Professeur François PAILLE	Juge
M. le Professeur Jean-Pierre KAHN	Juge
M. le Docteur Pascal BOUCHÉ	Juge

Président de l'Université de Lorraine
:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : /

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
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 - 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 - Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - 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 – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE – Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - 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 - 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 – Denis ZMIROU

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2e sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
3e sous-section ***(Biologie cellulaire)***
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3e sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1re sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4e sous-section : ***(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)***
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT
2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3e sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN
4e sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5e sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2e sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3e sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2e sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3e sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4e sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re 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
2e sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3e sous-section : ***(Médecine générale)***

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1re sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER

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

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2e sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4e sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)***
Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2e sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)***
Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)
5e sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - 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 Würtzburg (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)

REMERCIEMENTS

A notre Maitre et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale de Nancy

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

Je vous remercie sincèrement de m'avoir confié ce travail, pour l'intérêt que vous y avez porté et pour l'ensemble de vos conseils avisés. Votre enseignement et votre rigueur m'ont permis de progresser.

Veuillez trouver dans ces mots l'expression de mon très grand respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur François PAILLE,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Thérapeutique et d'Addictologie

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en ce jour.

Veuillez recevoir l'expression de ma plus profonde gratitude

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Psychiatrie d'Adultes et d'Addictologie

Je vous remercie d'avoir pu vous libérer afin de pouvoir juger mon travail.

Par ces mots, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude.

À notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Pascal BOUCHÉ,

Docteur en Médecine Générale
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré, que cela soit pendant l'enseignement de troisième cycle ou pendant ce travail.

Je tiens également à vous remercier pour la confiance que vous m'avez accordée.

Pour vos enseignements, votre disponibilité et votre bonne humeur, recevez toute ma gratitude

Au personnel de la Bibliothèque Universitaire de Médecine de Nancy,

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre efficacité, et pour vos formations ô combien utiles.

A ma famille,

A Ludivine, ma femme, mon amour, ma moitié, pour plus de choses qu'il n'y a de place pour les nommer, pour notre vie commune, pour m'avoir donné une magnifique petite fille, pour tout et plus encore, tout en me supportant au besoin, et en m'apportant ton soutien, Merci. Je t'aime

A Faustine, même si tu ne sais pas encore lire, je t'aime ma petite acrobate, et ton sourire communicatif est un réconfort de tous les instants.

A mes parents, Jean-Louis et Betty, pour tout ce qui fait qu'un enfant puisse être fier de vous avoir comme parents, pour m'avoir supporté, et avoir supporté ma procrastination chronique, Merci.

A Fanny, ma « petite » sœur qui le restera toujours, et sa famille récemment agrandie, pour nous accueillir à Metz et vous être ainsi rapprochés de nous, on vous attend à Maron.

A Marie, ma seconde petite sœur, qui a choisi de faire escale à Milan pour ses études, je pense à toi et t'aime très fort.

A Jean, Merci de bien t'occuper de ma petite maman, et pour tout tes conseils et avis « bricolages et gros œuvres »

A Jean-François « Jeff » et Monique « Momo », merci de m'avoir accueilli dans votre famille, de m'avoir confié votre fille, et de continuer de nous prêter votre piscine et votre bière l'été

A Françoise, Merci de garder mon père et sa petite fille, dieu seul sait ce qu'ils pourraient faire les deux sans surveillance.

Aux copains,

Aux mecs, Etienne « Valar », Grégory « Coco », Emmanuel « Pochette », Thibaut « El Predator » (fallait le mettre), Olivier « Voltaire » pour nos années estudiantines, pour nos soirées plus ou moins sobres, même si vous nous m'avez lâchement abandonné en restant à Besançon, c'est toujours un plaisir de vous revoir, j'espère que nous pourrons rapidement reprendre nos barbecues annuels

Aux nanas, Fanny et Anaëlle « Mouf & Mouf », Audrey « Frimouss », Aurore « Curly », pour votre présence a nos côtés, pour nous surveiller et veiller à ce que nous ne nous fassions pas (trop) mal et que nous ne fassions pas (trop) de bêtises

A mes deux marraines étudiantes, Anne Laure « Puce » et Emilie « Kali », pour m'avoir appris la vie estudiantine à l'aide d'un ceinturon, pour m'avoir fait manger une plâtrée de pâte, et avoir été à mes côtés pendant toutes ces années

Aux Nancéens, Sébastien « Carail » et Mélanie, pour m'avoir accueilli dans cette ville sauvage et inconnue et me l'avoir fait découvrir, et les moments partagés autour d'une bonne bière

Aux collègues de Mme ma Femme du service de chirurgie Cardiaque et pièces rapportées, de partager de bonnes soirées et de bons repas avec nous

Et à tous ceux que j'ai pu oublier, j'espère que vous me pardonnerez

SERMENT

« Au 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 ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
FFA	Fédération Française d'Addictologie
HAS	Haute Autorité de Santé
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portal
MeSH	Medical Subject Headings
MG	Médecin Généraliste
MSO	Médicament de Substitution aux Opiacés
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFTA	Société Française de Toxicologie Analytique
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise
SUDOC	Système Universitaire de DOCumentation
TSO	Traitement(s) de Substitutions aux Opiacés
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION *23*

PARTIE I : CONTEXTUALISATION SCIENTIFIQUE *25*

I. Opiacés, Dépendance : Etat des lieux *25*

A. Les Opiacés 25

1.Opiacés à usage médical 25

2.Opiacés utilisés dans la recherche d'un effet psychoactif 25

a. L'Opium 25

b. L'Héroïne 25

c. Le Rachacha 25

d. Le Sulfate de morphine détourné de son usage médical 25

B. La Dépendance 26

C. La Dépendance aux Opiacés 26

D. En France 27

II. Les Traitements de Substitution aux Opiacés 27

A. La Politique de Réduction des Risques en France 27

1.Principe 27

2.Historique 28

3.Objectifs 30

a. Finalités 30

b. Objectifs des personnes dépendantes aux opioïdes 30

c. Objectifs des professionnels de santé 31

4.Résultats et Limites 31

a. Un bilan Positif 31

b. Limites 32

B. Les Médicaments de Substitution aux Opiacés 32

1.Critères d'un médicament de substitution 32

2.MSO disponibles : Caractéristiques et Comparaison 32

3.MSO : Données récentes 34

PARTIE II : COMPLÉMENT DE REVUE DE LA LITTÉRATURE 35

I. Introduction 35

II. Méthode 35

A. Objectifs de l'étude 35

B. Le Modèle PRISMA 35

C. Question de Recherche 36

D. Recherche documentaire 36

1.Bases de données Officielles 37

2.Littérature Grise 39

3.Sélection des Articles 41

III. Lecture Analytique des Études retenues 43

1.Lecture Analytique de l'étude 1 43

2.Lecture Analytique de l'étude 2 48

3.Lecture Analytique de l'étude 3 51

4.Lecture Analytique de l'étude 4 54

5.Lecture Analytique de l'étude 5 57

6.Lecture Analytique de l'étude 6 60

7.Lecture Analytique de l'étude 7 63
8.Lecture Analytique de l'étude 8 66
IV. Discussion 71
A. Mésusage : Une définition sur plusieurs champs 71
1.Usage en dehors du cadre médical 72
2.Modes et Voies d'administrations 73
3.Associations problématiques 74
4.Nomadisme et Poly prescription 74
5.Revente et dépannage, marché parallèle 74
B. Conséquences liées au mésusage et à sa représentation 75
C. Les Autres causes à l'addictophobie 75
1.Le manque de formation 75
2.Le ressenti des médecins 76
3.L'organisation des soins 76
D. Le Mésusage des MSO est-il un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ? 77
E. Forces et Limites de ce travail 77
V. Conclusion 78

BIBLIOGRAPHIE 80

ANNEXES 84
Annexe 1 : Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 86
Annexe 2 : Diagramme de Flux résumant les recherches initiales de références dans les bases de données officielles 87
Annexe 3 : Diagramme de Flux résumant les recherches initiales de références dans la littérature grise 88
Annexe 4 : Diagramme de Flux résumant la recherche secondaire sur bibliographie 89
Annexe 5 : Tableau synoptique de comparaison des articles retenus – Base de données officielles 90
Annexe 6 : Tableau synoptique de comparaison des articles retenus – Littérature Grise 96

TABLEAUX
Tableau 1 – Résumé du Cadre Réglementaire 33
Tableau 2 – Quelques caractéristiques spécifiques des 2 MSO 33
Tableau 3 – Recherche sur les bases de données officielles 39
Tableau 4 – Recherche de la littérature grise 41
Tableau 5 – Définition du Mésusage dans les études 72

INTRODUCTION

L'usage de drogues, en particulier l'héroïne, est à l'origine de dépendances sévères. Sa consommation se place dans des contextes psychiques et sociaux souvent défavorables, chez des personnes jeunes.

La dépendance engendre elle-même un cycle vicieux de recherche de produits et de financements afin de gérer le manque, avec pour conséquence une déstructuration du fonctionnement social. Des risques sanitaires sont associés à l'injection des drogues, et aux produits dit « de coupe » : il s'agit principalement de complications infectieuses, locales ou non, et d'overdoses, comportant un risque de décès.

Face à ce constat, dès 1995 une politique de réduction des risques est mise en place, alors que l'épidémie d'infection par le VIH devient un problème sanitaire majeur parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse, permettant à la méthadone puis à la buprénorphine haut dosage (BHD) d'obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) (1–3).

Cependant, l'utilisation des traitements de substitutions aux opiacés (TSO) ne se fait pas sans heurt, et on dénote plusieurs problèmes rencontrés lors de la prise en charge des patients recevant ces traitements, amenant plusieurs questionnements.

Parmi ces problèmes vient celui du mésusage qui entraîne une polémique. Ce comportement est notamment à l'origine de nouvelles dépendances, de complications somatiques, incluant des décès, et de trafic (4–6). Les traitements sont en effet parfois détournés de leur usage thérapeutique prévu : d'après l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), il s'agit d'utilisation en dehors du cadre médical, de voies d'administrations inappropriées, de consommations abusives, d'associations problématiques , d'acquisition par poly prescriptions et/ou sur le marché parallèle, de revente, ou de dépannages (4,7)

La raison du mésusage est complexe, et ne peut être restreinte à une « consommation abusive » ou à un trafic de stupéfiants. Le mésusage prend en effet une fonction précise dans la vie des patients y ayant recours, et ses significations sont multiples : Gestion de la souffrance (8,9), ambivalence vis-à-vis du traitement, ou du médecin (8,10,11), rituel persistant (4,8,12), transition (13), mais aussi sous dosage ou autres attitudes médicales le favorisant (14–16), recherche d'un effet dopant (6), ou encore mode de revenu (4).

Néanmoins, ces mésusages, ou la connaissance de ceux-ci, peuvent constituer un obstacle dans la prise en charge des patients toxicomanes.

La prise en charge des patients dépendants aux opiacés est en grande partie réalisée par le médecin généraliste de ville (17–19), en lien ou non avec les centres de soins spécialisés (CSAPA), et son rôle est central dans ce système de soins : Il est le premier à faire face aux mésusages, qui peuvent mettre en difficulté certains patients et constituer un frein à leur guérison. Malgré de nombreuses mesures mises en place pour réduire ce phénomène, il persiste, faisant du contrôle de la prescription des TSO un véritable enjeu, mais aussi risquant de limiter l'accès aux traitements, et donc de leur impact.

Cette thèse fait suite au travail de Pierre BERTRAND (20), partageant ainsi son projet de comprendre si les médecins généralistes ont une juste représentation de ce mésusage, et s'il constitue un obstacle à la pratique de l'addictologie en médecine générale ambulatoire.

Une première partie reprendra brièvement la contextualisation scientifique abordée par mon prédécesseur.

La seconde partie sera consacrée à un complétement de revue de littérature, focalisée sur les études présentant des données quantitatives sur ce mésusage, afin de mieux le définir, et de déterminer s'il consiste en un frein à la pratique de l'addictologie.

PARTIE I : CONTEXTUALISATION SCIENTIFIQUE

I. Opiacés, Dépendance : Etat des lieux

A. Les Opiacés

Famille du substances dérivées de l'opium, alcaloïde extrait du pavot, leur utilisation n'est pas nouvelle, puisque l'opium est, traditionnellement, un « baume apaisant », mais aussi euphorisant. On peut distinguer les produits dérivés destinés à un usage thérapeutique (chlorhydrate ou sulfate de morphine…) et ceux utilisés exclusivement pour leurs caractéristiques psychoactives, comme l'héroïne.

1. Opiacés à usage médical

Utilisés dans deux indications médicales, d'une part à visée antalgique (codéine, chlorhydrate ou sulfate de morphine, oxycodone, fentanyl), d'autre part dans le cadre de la substitution pour les dépendances majeures aux opiacés (méthadone, buprénorphine haut dosage). L'usage du sulfate de morphine dans la seconde indication paraît marginal (et hors Autorisation de Mise sur le Marché)

2. Opiacés utilisés dans la recherche d'un effet psychoactif

a. L'Opium

Suc extrait du pavot par incision d'une capsule avant maturité, il est utilisé depuis plusieurs millénaire. L'opiomanie a notamment été autorisée en France dans les fumoirs jusqu'au 12 juillet 1916 (21). Traditionnellement fumé ou inhalé sous formes de vapeurs, il peut être ingéré ou prisé.

b. L'héroïne

L'héroïne est une substance synthétisée à partir de la morphine, alcaloïde de l'opium, Synthétisée en 1874 par le chimiste Charles Romley Alder Wright, puis exploitée en 1898 par le chimiste allemand Dreiser et commercialisée par la firme Bayer®. Initialement utilisée comme antitussif et antalgique, et dans le traitement par substitution de la morphinomanie, son usage médical sera ensuite interdit (22).

Elle se présente sous forme brune ou blanche, et peut être injectée par voie intraveineuse, fumée ou snifée

c. Le rachacha

Il s'agit d'un dérivé direct de l'opium, obtenu par transformation artisanale du pavot. Il se présente sous la forme d'une pâte rouge ou marron, fumée ou ingérée

d. Le sulfate de morphine détourné de son usage médical

B. La Dépendance

Définie dans le DSM-V, avec la notion d'abus, comme un « Troubles de l'usage d'une substance », par la présence de deux des onze critères suivants, sur douze mois(23) :

- Incapacité à remplir des obligations importantes
- Utilisation répétée de substances dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- Problèmes interpersonnels ou sociaux liés à la consommation
- Effet de tolérance compris comme la nécessité 'augmenter les quantités de la substance pour produire l'intoxication ou l'effet désiré, ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance
- Effet de sevrage (malaise physique et/ou psychique éprouvé à l'arrêt de la consommation, d'intensité variable selon la substance utilisée, et soulagé par une nouvelle prise de la substance)
- Perte de contrôle de la quantité prise et du temps dédié à l'usage de la substance
- Désirs ou efforts persistants et infructueux pour diminuer l'usage de la substance
- Activités sociales réduites au profit de la consommation
- Besoin de continuer malgré la connaissance des effets négatifs médico-psychosociaux
- Le désir impérieux de consommation nommé « Craving »
- Beaucoup de temps consacré à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.

C. La dépendance aux Opiacés (24)

Les sujets présentant une dépendance aux opiacés ont des niveaux significatifs de tolérance et vont subir un effet physique et psychique lors du sevrage brutal de la consommation.

La dépendance aux opiacés se manifeste par l'impossibilité de mettre fin à la consommation ou par des échecs répétés de tentative d'arrêt de la consommation.

Elle est d'abord le résultat, la plupart du temps, d'une expérimentation révélatrice d'un apaisement et d'un bien être inconnus, notamment lorsqu'elle s'est organisée dans le cadre d'une recherche d'effet. Ces sensations agréables incitent très vite l'usager à en rechercher la répétition. Tous les expérimentateurs ne vivent pas les mêmes expériences. Mais la révélation d'effets ressentis comme particulièrement bénéfiques est le fait vraisemblable d'un profil de vulnérabilité aux dimensions variées (25).

La dépendance peut, également, survenir à l'occasion d'une préconisation médicale qui au-delà des effets antalgiques attendus entraîne un effet euphorisant inattendu qui incite à une surconsommation, un renouvellement des prescriptions puis une recherche, par tous les moyens possibles, de l'opiacé initialement prescrit, signant l'entrée dans la dépendance.

Les usagers présentant une dépendance aux opiacés développent une consommation régulière, puis quotidienne, compulsive, de telle manière que les activités journalières sont toutes organisées autour de l'obtention et de la consommation d'opiacés.

D. En France (26)

En France, la dépendance aux opiacés est un réel problème de santé publique en raison des conséquences de leurs modes d'usage de ceux-ci : infections aux points d'injection, overdose, prématurité, VIH (même si à l'heure actuelle la contamination par le VIH est devenue plus exceptionnelle dans cette population), VHC, VHB.

Le niveau d'expérimentation pour l'héroïne (utilisation au moins une fois dans la vie) était évalué en 2014 à 1,5% des 18-64 ans. Parmi les 11-75 ans, le nombre d'expérimentateurs était estimé à 600 000.

Ce problème est d'autant plus troublant que 1% des jeunes de 17 ans avaient déjà expérimenté au moins une fois l'héroïne. Mais cette dernière observation semble rester assez stable dans le temps, même si le recueil des informations est déclaratif et peut, de ce fait, souffrir d'un phénomène de sous-déclaration.

En 2017, on comptait 280 000 usagers problématiques de drogues, définis par l'OFDT comme des « usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans ». Parmi ceux-ci, on dénombrait 105 000 usagers pratiquant la voie intraveineuse.

Au niveau Européen, on estime que plus de 92 millions d'adultes auraient déjà consommé des drogues illicites, et parmi eux 1,3 millions d'usagers problématiques d'opiacés, en 2016. Parallèlement, 145 400 consommateurs d'héroïnes étaient admins en traitement (dont 19% pour la première fois) (27).

II. Les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

A. La Politique de Réduction des Risques en France

1. **Principe** (28)

Historiquement, le modèle de prévention et de traitement du patient toxicomane visait l'abstinence, l'abstention de toute drogue et la cure de désintoxication. Ce n'est qu'à la fin des années 80, alors que de nombreux usagers de drogues injectables sont décimés par l'épidémie de VIH, conjointement aux autres complications infectieuses (hépatite C notamment) et décès par overdoses à l'héroïne, qu'une nouvelle politique voit le jour, celle de « réduction des risques », modifiant pleinement la prise en charge des usagers de drogues.

Ces nouvelles valeurs, fortement liées à la médecine dite de santé publique, à la lutte contre les épidémies, à la prévention de morbi-mortalités évitables, et différant de la guérison psychique et de la lutte contre la dépendance, sont considérées prioritaires sur celle-ci.

Les mentalités évoluent de « ne pas ou ne plus consommer » vers « consommer autrement et à moindre risque ».

Aujourd'hui, la réduction des risques concerne l'ensemble des risques associés à la consommation de substances psychoactives (somatiques, psychiatriques, sociaux, judiciaires). Elle « *se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence* ».

2. Historique

La mise en œuvre de la loi du 31 décembre 1970 (29), constituant le cadre légal français de la lutte contre les drogues, va soulever la question de la prise en charge des usagers de drogues. La première réponse apportée fut la création d'un dispositif, peu ou non médicalisé, ayant le monopole des soins aux toxicomanes, et comprenant centres de soins ambulatoires, postcures et familles d'accueil, et dont le seul objectif était l'arrêt de la toxicomanie (sevrage et abstinence) (30), mais assurant la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers souhaitant se faire traiter.

En 1978, le rapport Pelletier (31,32) établit un premier bilan de cette politique de lutte contre la drogue. Le rapport fait apparaître qu'en dépit des intentions, la voie judiciaire reste majoritaire sur l'alternative thérapeutique inscrite dans la loi.

En 1985, en pleine épidémie de VIH, le rapport Trautmann (32,33) avance une répression du trafic plus efficace et une prévention axée sur la prévention primaire (éviction de l'apparition de nouveaux cas de toxicomanie). Dans une annexe consacrée à la toxicomanie et au VIH, il recommande le développement de l'échange de seringues, et s'interroge sur l'efficacité de la substitution en matière de réduction des risques, sans fournir de réponse claire.

Le 11 aout 1989, un nouveau décret rend légale la vente libre (sans ordonnance) des seringues aux majeurs (34), premier pas réel pour la mise en place de la politique de réduction des risques, faisant suite à la suspension, par Michèle BARZACH en mai 1987 et pour un an, du décret de 1972 qui rendait obligatoire la présentation d'une pièce d'identité pour l'achat de seringues.

Enfin, le plan triennal 1993-1996 « de lutte contre la toxicomanie », prolongé par le plan gouvernemental défini le 14 septembre 1995, prévoit une amélioration de la prise en charge des toxicomanes dans le secteur spécialisé et sanitaire général (mise en place des réseaux ville/hôpital, ouverture du secteur hospitalier à la prise en charge des toxicomanes), la diversification des prises en charges, avec la mise en place des programmes de substitution, en autorisant la prescription de méthadone à l'échelle nationale, et la mise en œuvre de mesures de traitement social et de réinsertion (35).

Avec cette nouvelle pratique, la France rejoint la plupart des autre pays européens, comme l'Angleterre qui fait figure de pionnière dès 1924 avec les recommandations du Rolleston Report pour autoriser la prescription d'opioïdes aux médecins lorsque les tentatives de sevrages échouaient (36), adoptées en 1926. Par la suite, d'autres pays adoptent progressivement ce mode de traitement entre les années 60 et 80, dont la Suède, les Pays Bas, le Danemark (1960), La Finlande, le Portugal, l'Italie et le Luxembourg (1970), l'Autriche et l'Espagne (1980) et l'Irlande, l'Allemagne et la Grèce (1990).

Une première circulaire a la fin de l'année 1993 fixe donc pour objectif de « diversifier les modes de prises en charge, notamment par le recours à la prescription de méthadone », 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 ». Cette mesure pose les bases d'un volontariat des centres spécialisés, et permet d'étendre le recours à la méthadone : il s'agit des premiers programmes de substitution non expérimentaux en France. (37)

En Mars 1994, une nouvelle circulaire affichant « le développement des capacités de prise en charge des toxicomanes avec prescription de méthadone » comme priorité encadre la mise en œuvre de ce traitement : les centres sollicitant les places de méthadone devront être agréés, offrir d'autres modes de suivi, assurer une prise en charge médico-psychosociale et se limiter à un maximum de 50 patients sous traitement. Elle fixe aussi les règles de prescription (sujets volontaires, majeurs, dépendants aux opiacés depuis au moins cinq ans, et ayant entrepris plusieurs cures de sevrage sans succès) et les contrôles associés. Un dispositif d'évaluation est aussi mis en place, les centres s'engageant à fournir à l'INSERM les données nécessaires à celui-ci. (37)

Durant l'année 1995, deux circulaires modifient cette prise en charge. La première supprime la nécessité pour un centre de recevoir un agrément, et chaque centre est libre d'évaluer le nombre de personnes devant bénéficier d'une telle prescription. La notion de « dépendance avérée depuis cinq ans » est supprimée. La seconde, en mars, est la première entièrement consacrée aux médicaments de substitution aux opiacés (MSO), et élargi le principe des MSO par l'introduction de la buprénorphine haut-dosage : *« La prise en charge des toxicomanes qui inclut maintenant la prescription de médicaments de substitution constitue un volet essentiel de la politique de santé publique. Ces traitements s'insèrent dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance visant à terme le sevrage. Deux médicaments, la méthadone et la buprénorphine haut-dosage, ont ou auront respectivement une indication validée de traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés* ». Les médecins généralistes deviennent susceptibles de prescrire la méthadone, mais uniquement en relais des centres spécialisés, et la buprénorphine, en tant que primo-prescripteurs cette fois. (30)

En 2002, une nouvelle circulaire ouvre la possibilité à tout médecin exerçant en établissement de santé d'initialiser un traitement par méthadone (en dehors des services d'accueil et d'urgence). Il est aussi souligné que « Le relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé, constitue un aspect fondamental de la prise en charge et

doit être envisagé, avec le patient, dès l'indication de la prescription » … sans pour autant préciser si le médecin ou le centre spécialisé doit être concerté, ou même contacté avant. (37)

3. **Objectifs** (38,39)

    a. Finalités

Initialement, les objectifs des TSO consistaient à :

- Prévenir la survenue de problèmes sanitaires découlant de l'usage des opiacés, en aidant à la réduction du marché illicite et du recours à la voie injectable (en 2015, on recensait 88 découvertes de séropositivité VIH chez les patients injecteurs d'opiacés, 241 décès par overdose)(26)
- Favoriser l'insertion des usagers dans un processus médical, facilitant ainsi le suivi médical d'éventuelles pathologies associées ou complications
- Contribuer à la réinsertion sociale des usagers

L'objectif final étant de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris aux MSO.

Aujourd'hui, le recours aux MSO, sans être une substitution vraie, a pour objectif, tel que défini dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2004 de « *participer à la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés. Cette prise en charge vise à aboutir à une amélioration de leur état de santé et de leur insertion sociale, à une réduction de leur consommation problématique d'opiacés et des risques associés, et si possible à un arrêt de cette consommation* ».

Un autre objectif est la réduction du coût social des drogues illicites, estimé à 8,8 milliards d'euros(26)

    b. Objectifs des personnes dépendantes aux opioïdes(39)

Multiples selon la nature du parcours des usagers et leurs projets personnels, et susceptibles d'évoluer durant la prise en charge :

- Soulager un état de manque douloureux
- Assurer une gestion personnelle de la dépendance
- Diminuer ou cesser la consommation des opioïdes illicites en s'accommodant du maintient de la pharmacodépendance de substitution
- Parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout MSO
- Parvenir in fine à la résolution complète de toute problématique de mésusage de substances psychoactives

Ces objectifs peuvent s'appuyer sur des motivations de plusieurs ordres, personnelles (être soulagé de la souffrance, physique ou morale, parvenir à une autonomie dans la vie

courante…), stratégiques (mieux gérer sa consommation de drogues), médicales (diminuer le risque de complications), sociales et économiques (s'écarter du trafic, accéder à des ressources, éviter les conflits avec police et justice…)

c. Objectifs des professionnels de santé

Ils se distribuent sur plusieurs axes :

- Répondre à court terme, parfois dans l'urgence, à la souffrance physique et morale (soulager l'état de manque, rompre le cycle manque-recherche d'argent-prise de produit, faciliter l'accès aux soins, soutenir les objectifs énoncés par le patient)
- Prendre en charge la dépendance aux opioïdes avec trois objectifs à court, moyen et long terme :
  - Diminuer, voir arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance
  - Aboutir à une abstinence complète des produits illicites, le traitement étant alors conçu comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée, potentiellement nécessaire à long terme, voir à vie
  - Aboutir in fine à une abstinence complète de toute substance psychoactive, illicite ou non, ce qui demande une évolution personnelle encadrée dans le temps

Ces objectifs permettent l'établissement d'un projet thérapeutique et social partagé avec les patients, incluant la prise en charge des dommages induits et pathologies associées (infectieuses, psychiatrique et addictives), la gestion de situations particulières (grossesse, précarité, détention…), et l'amélioration des liens sociaux en maintenant l'insertion et en favorisant la réinsertion.

4. **Résultats et Limites** (39)

a. Un bilan positif

L'accès aux MSO a connu en moins de 10 ans une croissance exponentielle, passant de quelques dizaines de patients à près de 100000. Parallèlement, de 1996 à 2003, près de 3500 vies ont été sauvées, que ce soit par diminution de nombre de décès par overdose à l'héroïne, de complications dues aux injections, ou de prématurité des grossesses chez les patientes usagères. La moitié des patients avait alors une meilleure situation sociale, et le nombre d'infractions pénales concernant l'héroïne avait diminué du triple dans la même période.

Du côté des usagers, deux sur trois déclaraient avoir une meilleure qualité de vie.

Au niveau financier, le calcul a posteriori des couts épargnés en 1997 par la politique de substitution s'élevait à 595 millions d'euros, et ce malgré un cout direct des soins estimé à 383 millions.

b. Limites

Cependant, on dénotait un accès aux soins hétérogène et inégalitaire selon les zones géographiques (prescripteurs, pharmaciens, et choix du MSO), un accès aux soins des sujets en situation précaire faible, un impact minime sur la contamination par le VHC, et la persistance d'une stigmatisation de la dépendance et de la souffrance psychologique.

Et, enfin, l'émergence de problèmes liés aux mauvaises utilisations (injection IV et sniff de la BHD, décès par surdose de méthadone, primo dépendance à la BHD, marchés parallèles).

B. Les Médicaments de Substitutions aux Opiacés (MSO)

1. **Critères d'un médicament de substitution**(40)

- Avoir les mêmes propriétés pharmacodynamiques que le produit à substituer
- Avoir une durée d'action longue, ne nécessitant qu'une prise par jour, de manière à éviter les fluctuations d'effet, en particulier les syndromes de manque
- Générer peu d'euphorie et avoir peu d'effet renforçateur pour le produit lui-même et les autres drogues
- Avoir une voie d'administration orale ou sublinguale, et ne pas comporter d'attrait particulier pour les autres voies, en particulier intraveineuse
- Avoir une Autorisation de mise sur le marché dans cette indication
- Être compatible avec une qualité de vie sociale satisfaisante

Les TSO cependant ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que les moyens.

2. **MSO disponibles : Caractéristiques et Comparaison** (39)

En France, en 2018, trois MSO bénéficient d'une AMM :

- La buprénorphine (haut dosage), ou SUBUTEX®, en comprimés sublinguaux
- La méthadone, en sirop ou en gelules
- L'association buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®), en comprimés sublinguaux

Les conditions de prescription de ces trois médicaments diffèrent, celles de la BHD et de l'association buprénorphine-naloxone sont les mêmes, et sont résumées dans le tableau 1.

Les principales caractéristiques de la méthadone et de la buprénorphine sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 1- Résumé du Cadre Réglementaire (32)

	Méthadone	**Buprénorphine**
Prescripteur initial	CSST, établissements de santé (relais en ville possible)	Tout médecin
Liste	Stupéfiant	Liste I (mais règles de prescription et délivrance des stupéfiants)
Durée de prescription	14 jours	28 jours
Ordonnance	Sécurisée	
Délivrance	1 à 7 jours (14 jours à titre dérogatoire)	7 jours (28 jours à titre dérogatoire)
Fractionnement	oui	
Renouvellement	interdit	
Chevauchement	Si mention expresse	

Tableau 2- Quelques caractéristiques spécifiques des 2 MSO (39)

		Méthadone		**Buprénorphine**
Mode d'action		Agoniste		Agoniste/antagoniste
Dangerosité	- -	Risque de surdose mortelle Surdosage accidentel (enfant)	+	Moindre risque de surdose (sauf interaction)
Pharmacocinétique	-	Variations inter-individuelles importantes : dosage plasmatique si nécessaire	+	Peu de variations d'un sujet à l'autre
Satisfaction	+	Meilleure satisfaction ; moins d'anxiété	-	Moindre satisfaction (risque de consommations associées)
Interactions pharmacodynamiques	-	Les médicaments dépresseurs respiratoires et dépresseurs du SNC* peuvent favoriser une dépression respiratoire Agonistes-antagonistes morphiniques	- -	Benzodiazépines (en particulier à forte posologie) et autres médicaments dépresseurs du SNC : risque de surdose mortelle
Interactions pharmacocinétiques	- -	Induction enzymatique : anticonvulsivants (carbamazépine, phénitoïne, phénobarbital), rifabutine, rifampicine, griséofulvine, antirétroviraux (lopinavir, nelfinavir, ritonavir, efavirenz, névirapine) : risque de diminution des concentrations plasmatiques de méthadone. Inhibition enzymatique : IRS** (fluvoxamine), cimétidine (≥ 800 mg/24 h) : risque de surdosage. Intérêt du dosage plasmatique pour évaluer les interactions par induction ou inhibition enzymatique en cas de réponse insuffisante ou excessive au traitement.	±	Inhibition enzymatique : surveillance renforcée en cas d'association à des antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole) et des inhibiteurs des protéases (nelfivarir, ritonavir et indinavir). Induction enzymatique : prudence en cas d'association à des anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne) ou à la rifampicine. Le risque d'interaction par inhibition ou induction enzymatique est moindre que pour la méthadone.
Forme pharmaceutique et présentations	- + - -	Gamme de dosages incomplète La forme sirop ne peut être injectée Excipients : sucre (diabétique) ; alcool (risque avec les médicaments à effet antabuse) Difficultés de stockage dans les pharmacies	+ -	Gamme complète de dosages ; présentation adaptée Possibilité de mauvaise utilisation : comprimé pouvant être injecté, sniffé ou fumé
Toxicité				Risque d'atteinte hépatique (voie IV surtout)
Autres				Explications nécessaires pour utilisation optimale de la voie sublinguale

+ : avantage ; - : inconvénient ; SNC : système nerveux central ; IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine

3. MSO : Données récentes

Le prise en charge des addictions aux opiacés, particulièrement les MSO, est encore à ce jour un sujet d'actualité.

Le 11 octobre 2017, l'Ordre National des Médecins et l'Ordre National des Pharmaciens signaient un rapport de Recommandations Ordinales sur la « Prescription et Dispensation des Médicaments de Substitution aux Opiacés »(41), afin de réactualiser les recommandations communes dans le but d' « accompagner les professionnels, faciliter l'accès aux soins et améliorer la prise en charge, l'observance et le suivi des malades ».

En octobre 2011, l'Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), mettait en ligne une mise au point sur l' « Initiation et [le] Suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage »(42)

De plus, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) publie annuellement un document rassemblant les chiffres les plus récents sur les TSO, présentés de manière synthétique (43).

La publication de Février 2018 de ce tableau de bord estimait le nombre de patients bénéficiant d'une prescription de MSO en ville à 180 000, chiffre globalement stable depuis plusieurs années, dont la BHD pour 2/3 d'entre eux. Elle rapportait aussi que les prescripteurs étaient majoritairement les médecins généralistes, exerçant en ville.

Point négatif, si les TSO ont participé à la diminution des cas de décès par overdose, la majeure partie de ces complications est aujourd'hui imputable aux MSO eux même (principalement la méthadone), même si ce phénomène régresse depuis 2015. Enfin, l'injection de BHD semble avoir reculée au profit de l'administration par voie orale. Les données liées aux mésusages sont cependant limitées aux patients reçus en CSAPA ou en CAARUD (Des indicateurs de mésusages basés sur une dose quotidienne moyenne supérieure aux recommandations, ou l'existence de prescripteurs multiples, sont eux aussi utilisés pour quantifier ce mésusage ou la présomption de trafic).

Au niveau Européen, 628 000 usagers d'opiacés ont reçu un TSO en 2016 (27)

PARTIE II : COMPLÉMENT DE REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Introduction

L'usage de stupéfiant en France est une problématique, bien que décrit comme stable avec 280000 "usagers problématiques de drogues" en 2017 (26), face à laquelle un praticien libéral se retrouvera confronté au cours de sa pratique en ville, notamment en suivant des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés.

La prise en charge de patients bénéficiant de cette thérapeutique ne peut se faire sans connaissance du risque de mésusage, et de sa compréhension qui va influencer la relation entre le médecin et son patient, et donc dans le suivi de ce dernier.

Dans son travail soutenu en novembre 2017, le Docteur Pierre Bertrand avait réalisé une revue de la littérature, pour laquelle il signalait un biais de sélection portant sur l'accès en ligne des documents payants, qu'il n'avait pas inclus à son travail. Sa revue n'avait mis en valeur que plusieurs études qualitatives, sans prendre en compte les travaux quantitatifs.

II. Méthodes

A. Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail est d'apporter à l'étude produite par Pierre BERTRAND un complément par une mise au point de la totalité des références disponibles sur le mésusage du médicament de substitution en médecine générale, en établissant le contexte posé par ce sujet, pour identifier ce qui a été fait et ce qui a besoin d'être étudié (sujet, méthodes, techniques). Le travail présenté comportera donc un complétement de revue de la littérature, portant sur les études quantitatives.

Le bénéfice attendu ne diffère pas de celui de la précédente étude, proposer une synthèse du problème de mésusage et de son retentissement sur la pratique de la médecine générale, afin d'apporter une aide pour comprendre son impact, et pour ouvrir une perspective de formation ou de recherche.

B. Le Modèle PRISMA

Ce travail a lui aussi été guidé par la liste de contrôle du modèle PRISMA (Annexe 1) utilisée par Pierre BERTRAND et décrite dans ses travaux, en incluant uniquement les études quantitatives pour compléter son étude, avec l'aide des documentalistes de la Bibliothèque Universitaire de la faculté de médecine de Nancy

La recherche effectuée s'est voulue la plus exhaustive possible incluant les articles publiés, de type revue scientifique, et les articles ou ouvrages non publiés, ou « littérature grise »

Les revues et travaux sélectionnés l'ont été selon des critères préétablis, et ont ensuite été analysés et évalués de façon critique. L'ensemble a ensuite été présenté de façon synthétique afin de trouver une proposition de réponse à notre question initiale.

Nous nous sommes basés sur les points définis par Pierre BERTRAND dans son travail, présentés ci-dessous

C. Question de Recherche

La même question de recherche a été utilisée : « l'image du mésusage conduit-elle à une addictophobie auprès des médecins généralistes avec refus de prise en charge des patients sous substitution ? ».

Ce sujet à donc été décomposé selon les critères à quatre dimensions « PICO ».

- P : « Patient ou problème médical » : Patient toxicomane sous traitement de substitution
- I : « Intervention évaluée » : Mésusage des MSO
- C : « comparateur par rapport à une autre intervention » : Patientèle sans traitement de substitution
- O : « Outcome : Issue clinique recherchée » : mauvaise prise en charge du patient/refus de prise en charge/modification de la prise en charge

D. Recherche documentaire

Elle a fait suite à une formation sur l'utilisation du logiciel ZOTERO® prodiguée par la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nancy, ainsi que l'utilisation des tutoriaux mis à disposition sur le site de la faculté (en particulier pour l'aide à la recherche sur le site PubMed).

Notre recherche s'est faite par recherche de références sur internet, autant pour les publications officielles que pour la littérature grise

Afin de définir l'inclusion d'un article, nous avons utilisé les critères suivants :

Critères d'inclusion :

- Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique
- Type d'étude : quantitative
- Traitant du mésusage des médicaments de substitution et des représentations qu'en ont les médecins généralistes
- Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie
- Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone, Suboxone
- Concernant les patients toxicomanes
- Écrit en français ou en anglais
- Publié entre 1997 et 2018 soit une analyse de la littérature sur vingt et une années

- Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique et tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
- Référencé sur Internet

Critères de non-inclusion :

- Publication ne correspondant pas à un travail décrit dans les critères d'inclusion
- Étude concernant d'autres professionnels de santé que les médecins généralistes
- Concernant l'abus de traitements opioïdes par des patients dits non toxicomanes
- Écrit en une autre langue que le français et l'anglais
- Publié avant 1997
- Ne traitant pas du mésusage des médicaments de substitution

Nous avons pu ensuite réaliser la recherche initiale dans les différentes bases de données, en utilisant des équations de recherche anglophones et/ou francophones. Les équations de recherche sont détaillées pour chaque base de données. L'ensemble de la recherche documentaire à eu lieu entre Février et Mai 2018.

1. Bases de données Officielles

PubMed :

Recherche initiale le 24 Février 2018. Nouvelle recherche effectuée le 14 Avril 2018 après formation sur le site de la BU de Nancy sur la recherche de documents dans la base de données PubMed (avec utilisation du site HeTOP) et utilisation du Langage d'indexation spécifique au domaine de la santé (Medical Subject Headings, MesH) contenant un terme créé en 2018 : « Mésusage : Drug Misuse (MeSH) « Use of a drug for a purpose not consistent with legal or medical guidelines »

L'équation de recherche ("Buprenorphine"[Mesh] OR "Methadone"[Mesh] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh]) AND ("Drug Misuse"[Mesh]) AND ("General Practitioners"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh]) donnait 6 références.

L'équation de recherche ("Buprenorphine"[Mesh] OR "Methadone"[Mesh] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh]) AND ("Drug Misuse"[Mesh]) donnait quant à elle 409 références. Afin de réduire au mieux le biais de sélection, c'est cette équation qui a été retenue.

The Cochrane Library :

Recherche réalisée le 14 avril 2018 dans les mêmes conditions que PubMed (DrugMisuse).

L'équation de recherche (MeSH descriptor : [Drug Misuse] explode all trees) donnait 124 résultats

L'équation de recherche (MeSH descriptor: [Drug Misuse] explode all trees AND (MeSH descriptor: [Opiate Substitution Treatment] explode all trees OR MeSH descriptor:

[Buprenorphine] explode all trees OR MeSH descriptor: [Methadone] explode all trees) donnait 15 références.

Afin de réduire au mieux le biais de sélection nous avons conservé l'équation à une seule facette « Drug Misuse », avec 124 références.

BDSP :

Recherche réalisée le 17 mars à l'aide du Thésaurus Santé, puis une seconde recherche le 19 avril 2018 :

Nous avons effectué la recherche dans un premier temps par mots-clés. Du fait de l'absence de mot-clé associé à la facette « Mésusage », nous avons utilisé l'équation de recherche (Mcl=[produit substitution] ET Mcl=[Médecin généraliste]) qui donnait 71 références.

Lors de la recherche des articles, nous avons aussi effectué une recherche sans mot clé « traitements de substitution et médecine de ville », qui nous a permis de trouver 24 références de plus, pour un total de 95 références.

Cat.Inist :

La recherche documentaire sur Cat.Inist a été réalisée le 19 avril 2018, en anglais et en français. Ne sont présentés ici que les équations en anglais, les références francophones étant présentes aussi dans les résultats (39 références).

Afin de limiter à nouveau de biais de sélection, nous nous sommes limités aux facettes 1 et 2 dans l'équation de recherche : (opiate substitution treatment OR Subutex OR Buprenorphine) AND (Misuse OR prescription drug misuse) et ainsi obtenu 142 références.

Science Direct :

Recherche documentaire réalisée le 23 avril 2018.

L'équation de recherche ("opiate substitution treatment" OR "Subutex" OR "Buprenorphine" OR "Methadone") AND ("Misuse" OR "prescription drug misuse") AND ("general practice" OR "general practician" OR "primary health care") donnait 263 references

(opiate substitution treatment OR subutex OR buprenorphine OR methadone) AND (misuse OR health service misuse OR prescription drug misuse) donnait plus de 3500 résultats

Du fait d'un trop grand bruit, nous avons donc limité la recherche a la première équation, et obtenu 263 références

Cairn

Recherche documentaire réalisée le 23 avril 2018.

L'équation de recherche ("traitement de substitution" et mésusage) donnait 44 résultats. ("traitement de substitution" et mésusage et "médecin générale") donnait 19 résultats.

Nous avons donc gardé la première équation pour limiter le biais de sélection, pour un total de 44 références

Tableau 3 – Recherche sur les bases de données

PUBMED	The Cochrane Library	BDSP	CatInist	Science Direct	CAIRN
409	124	95	142	263	49

Au total, la recherche initiale a permis de trouver 973 références

2. Littérature Grise

SUDOC :

La recherche documentaire sur le SUDOC a été réalisée le 15 avril 2018.

Nous avons effectué les équations de recherche suivante :

(Traitement de substitution + mésusage) : nous avons obtenu 15 références. (Buprénorphine + mésusage) : nous avons obtenu 18 références. (subutex + mésusage) : nous avons obtenu 12 références. (Méthadone + mésusage) : nous avons obtenu 7 références.

Après comparaison des références et dédoublonnage, nous avons obtenu un total de 20 références

HAS :

La recherche documentaire sur le site de l'HAS a été réalisée le 15 avril 2018.

L'équation de recherche (traitement de substitution ET mésusage) a permis de trouver 31 références dans les diverses catégories (« Recommandations et guides » 8, « Avis et évaluation » 19, « Actualités et information » 5).

Fédération Française d'Addictologie (FFA)

La recherche documentaire sur le site de l'HAS a été réalisée le 15 avril 2018.

L'équation de recherche (mésusage traitement de substitution) a obtenu 14 références.

Société française de toxicologie analytique (SFTA)

Recherche effectuée le 15 avril 2018

Le site de la SFTA ne proposant aucun module de recherche, nous avons utilisé l'outils de recherche par site de google : l'équation de recherche (site : http://sfta.org/ ET Mésusage) a obtenu 4 références, et (site : http://sfta.org/ ET Substitution) 37 références.

Nous avons donc obtenu 37 références

Fédération Addiction (FA)

Recherche effectuée le 18 Avril 2018

Nous avons utilisé l'équation de recherche (mésusage traitement de substitution) et avons obtenu 7 références.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT)

Recherche effectuée le 18 Avril 2018

Nous avons effectué les équations de recherche suivantes : « mésusage » et « traitement de substitution », pour 12 et 153 références respectivement. Nous avons donc obtenu 153 références

Bibliothèque Universitaire (BU)

Nous avons utilisé le moteur de recherche de la B.U en ligne, Ulysse, le 25 Avril 2018 avec l'équations (Traitement de substitution) AND (Mésusage) et avons obtenus 56 références. L'équation (mésusage) AND (subutex OR traitement de substitution OR methadone OR buprenorphine) nous a permis d'obtenir 98 références.

La plupart de ces références cependant proviennent de bases de données déjà interrogées (science direct, sudoc…)

DocdocPro :

Recherche réalisée le 1er Mai 2018.

En utilisant la recherche par mots-clés, en utilisant (méthadone) puis (buprénorphine) puis (Subutex) puis (traitement de substitution), nous avons obtenu (6 + 6 + 6 + 4) 22 références.

En utilisant la recherche globale, et en réutilisant l'équation du Dr BERTRAND ayant donné le plus de résultats (traitement de substitution aux opiacés mésusage), nous avons obtenus 24 références

Au total, 46 références trouvées sur DocdocPro.

OpenGrey

Recherche effectuée le 1er Mai 2018. L'équation de recherche (("Opiate substitution treatment" OR "subutex" OR "buprenorphine" OR "methadone") AND (misuse)) a permis d'obtenir 20 références. L'utilisation d'une seule facette ("Opiate substitution treatment" OR "subutex" OR "buprenorphine" OR "methadone") donnait 365 résultats mais avec un important bruit.

Nous avons donc obtenu avec la première équation 20 références.

EDP Science :

Recherche réalisée le 1er Mai 2018.

Nous avons réalisé une recherche avec ("traitement de substitution", "mésusage") et obtenu 37 références

Tableau 4 – Recherche de la littérature grise

SUDOC	HAS	FFA	SFTA	FA	OFDT	Ulysse	EDP Science	Docdoc Pro	Open Grey
20	31	14	37	7	153	98	37	46	20

Au total, la recherche initiale a permis de trouver 463 références

3. Sélection des Articles

Nous avons ensuite réalisé un premier tri des articles référencés par lecture des titres et/ou des résumés lorsque ceux-ci étaient disponibles, puis en effectuant un dédoublonnage à l'aide de ZOTERO®. Les diagrammes de flux pour les deux recherches initiales sont présentés en Annexe 2 et 3.

A partir des bibliographies des articles lus, nous avons réalisé une seconde sélection, en procédant de la même façon. Le diagramme de flux de cette seconde recherche est présenté en Annexe 4.

Un tableau synoptique de comparaison des articles retenus est présenté en Annexes 5 et 6.

Nous avons finalement inclus 7 références, 4 issues de notre recherche initiale dans les bases de données officielles, 2 issues de notre recherche initiale dans la littérature grise, et 1 issue de notre recherche secondaire sur bibliographie :

- Étude 1 : M. Brochard, C. Dano. Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi. 2013 ;

- Étude 2 : Neau P. Le médecin généraliste et le mésusage des traitements de substitution aux opiacés : enquête auprès de médecins généralistes en Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2010.

- Étude 3: Medical Local Service, Social Security System, FRA, Regional Centre for Disease Control of South-Eastern France (ORS PACA) and INSERM Research Unit 379, Social Sciences Applied to Medical Innovation, Institut Paoli Calmettes, FRA, Isabelle F, Patrick P-W, Alain P, Alain M, et al. French general Practitioners' attitudes and prescription patterns toward buprenorphine maintenance treatment: Does doctor shopping reflect buprenorphine misuse?. J Addict Dis. 2005 ;24(3):7-22.

- Étude 4 : BECHENNEC G, Université de Paris 12 Val de Marne. Faculté de médecine. Créteil. FRA / com. La prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés en médecine générale. 2005.

- Étude 5 : COLAIACOVO G, Université de Franche-Comté. Besançon. FRA / com. Prise en charge de la dépendance aux opiacés en Franche-Comté : état des lieux des pratiques des généralistes et perspectives d'amélioration de l'offre et de la qualité des soins. 2015.

- Étude 6 : BARRIERE L, Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ? 2015.

- Étude 7: Cunningham CO, Kunins HV, Roose RJ, Elam RT, Sohler NL. Barriers to Obtaining Waivers to Prescribe Buprenorphine for Opioid Addiction Treatment Among HIV Physicians. J Gen Intern Med. 10 août 2007 ;22(9) :1325-9.

L'analyse de ces références s'est faite en suivant le plan proposé par Pierre BERTRAND :

- Titre de l'étude
- Citation bibliographique de l'étude et données de recrutement
- Type de méthodologie de l'étude
- La durée et les objectifs de l'étude
- Les caractéristiques de la population étudiée
- Les méthodes de mesures
- Les principaux résultats
- Le type de MSO concerné
- La définition donnée du mésusage, si applicable
- Les causes proposées à l'addictophobie
- Les éventuels contre-exemples de l'addictophobie
- Les conclusions de l'étude

III. Lecture Analytique des Études retenues

1. Lecture analytique de l'étude 1 :

M. Brochard, et C. Dano. « *Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi* », [thèse]. [Angers] : Université d'Angers ; 2013. 178 p.

- Il s'agit d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification médecine générale, intitulée « Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi ». Cette thèse est issue de la recherche initiale dans la base de données Ulysse.

- **Contextualisation de l'étude (résumé)** : En 1996 débute en France la mise en place des traitements de substitution aux opiacés (TSO), attribuant dans ce système une place prépondérante aux médecins généralistes, à la fois dans l'instauration des traitements par buprénorphine haut dosage (BHD) et dans le relais des prescriptions de méthadone instaurées dans les centres spécialisés. Le nombre de patients sous ces médicaments de substitution (MSO) a connu une croissance rapide, et malgré leurs bénéfices démontrés, la proportion de médecin généralistes qui acceptent d'effectuer ces suivis augmente peu. De récentes évaluations faisaient état de difficultés à rendre attractives les formations en toxicomanie pour les médecins non investis dans ce domaine. Les études réalisées dans le but de recenser les difficultés que posent la prescription des MSO et le suivi des patients usagers de drogues en médecines générales sont pour la plupart issues des Etats-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni, et les obstacles relevés sont sensiblement les même d'un pays à l'autre. En France, la dernière étude EVAL (Evolution de la prise en charge des toxicomanes en médecine générale) date de 2001, et avait un taux de non réponse élevé (37%).
  En France, les médicaments actuels de substitution aux opiacés sont la méthadone, la buprénorphine, et l'association buprénorphine-naloxone. L'évolution de la consommation de drogue en France, de sa pénalisation, et de la construction du système de soins français en toxicomanie débute en 1970 (condamnation de l'usage d'héroïne), puis en 1986 avec l'apparition tardive d'une politique de réduction des risques, et en 1995 avec la distribution gratuite de seringues dans le cadre d'actions de prévention, l'obtention d'une AMM pour la buprénorphine et la méthadone. Aujourd'hui, le système de soins en toxicomanie actuel s'appuie sur des dispositifs spécialisés (CSST : centres spécialisés pour les Toxicomanes, CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de Prévention en Addictologie, les centre de consultations jeunes consommateurs, CAARUD : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usages de drogues, CT :

communautés thérapeutiques, Associations diverses reconnues d'intérêt public : AIDES, Médecins sans frontière, Croix Rouge,…) et généralistes, incluant pour ces derniers les médecins généralistes ayant la possibilité depuis 1996 de primo prescrire le Subutex® et de prolonger les prescriptions par méthadone, ainsi que les hôpitaux avec l'apparition de services spécialisés dans les addictions et la participation d'autres services (psychiatrie, médecine interne, infectiologie), tout en améliorant les partenariats hôpitaux/structures spécialisées/médecins de ville.

A ce jour, les obstacles à l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de la dépendance à l'héroïne peuvent être classés en trois catégories : historique (une molécule initialement répandue dans la pratique médicale et détournée du cadre thérapeutique, puis proscrite ou réglementée une fois le caractère dangereux de son utilisation débridée révélé, nombreux débats politiques encore en vigueur, plans triennaux de lutte contre les drogues et les dépendances), culturel (représentations sociales négatives, stéréotypes, médecins et « peur » du toxicomane, évolution des théories concernant les addictions – médicales, psychologiques et sociales), structurels(Formation médicale – universitaire ou professionnelle – L'isolement des médecins généralistes avec les structures spécialisées, le facteur temps).

- **Objectifs de l'étude** : Evaluation des facteurs à l'origine du positionnement des médecins généralistes vis-à-vis des patients héroïnomanes, et établir la proportion de médecins impliqués dans les TSO, de ceux prêts à s'investir, et de ceux ne le souhaitant pas.

- **Durée de l'étude** : du 15 mars au 15 Juin 2012

- **Type de méthodologie de l'étude** : Enquête transversale descriptive

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : Médecins généralistes angevins installés, incluant les médecins homéopathes, excluant les médecins généralistes déclarés seulement « acupuncteur », ne suivant pas ou ne désirant pas suivre de patients pour leur traitement substitutif à l'héroïne au moment de l'étude

- **Matériel et Méthode de Mesure** : Questionnaires structurés :

    - Questionnaire N°1 : Présélection des médecins ne suivant pas de patient sous MSO et refusant de prendre en charge de tel patient (Suivez-vous des patients sous traitement substitutif à l'héroïne (buprénorphine/méthadone), Si un de vos patient vous demandait un tel suivi, accepteriez-vous de le prendre en charge sur ce domaine (seul ou en lien avec un spécialiste) et données démographiques (Age, Année d'installation, Nom, Prénom)
    - Questionnaire N°2 : S'adressant aux médecins sélectionnés par le questionnaire n°1 (population 2), auto-questionnaire à choix multiples et à questions fermées (sauf questions ouvertes facultatives), avec un recueil de données démographiques approfondis puis sur les obstacles à leur implication. Dans un but

comparatif avec d'autre enquêtes nationales, certaines questions ont été extraites de ces enquêtes (EVAL, EROPP, Baromètre santé 2009 sur les médecins généralistes)

Le test exact de Fischer et le Chi² ont été appliqués pour comparer les résultats obtenus aux résultats des différentes enquêtes

- **Principaux Résultats** : La population source incluait 175 médecins généralistes Angevins à qui a été envoyé le questionnaire n°1. Le taux de réponse était de 57% (100 réponses).

  51 médecins (51% des répondants) ont répondu NON aux deux questions du questionnaire, 27 (27%) suivaient un patient, et 22 (22%) étaient prêts à le faire en cas de demande.
  La répartition homme/femme des répondants ainsi qu'entre les différents types de réponses est comparables à celle de la population source. Il n'y avait pas de différence significative dans la comparaison par tranche d'âge des médecins acceptant ou non de suivre un patient sous TSO.

  Le taux de réponse au questionnaire n°2 était de 74,5% (38/51, échantillon 2).
  Les obstacles à l'implication ont été classés selon la fréquence avec laquelle ils sont cités :
  - Crainte de l'effet boule de neige, personnalité du patient toxicomane (50 à 80% de la population 2)
  - Crainte de devenir médecin-dealer (incluant la diversion), peur de violence, absence de demande, vécu d'expériences passées malheureuses, manque de formation, manque de temps (30 à 60% de la population 2)
  - Nécessité d'une approche pluridisciplinaire (16 à 48 %)
  - Refus de prescrire des MSO, l'absence d'intérêt pour ce problème, l'isolement du médecin (2 à 40%)
  - Problème de rémunération (0 à 21%)

  L'échantillon n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative dans l'analyse comparée des réponses en fonction du sexe, du mode d'activité, de l'âge, de la pratique d'une activité médicale autre, du statut fumeur/non-fumeur du médecin, et de la présence de proches ayant une consommation problématique d'alcool ou de stupéfiants, du fait du faible effectif de l'échantillon

  Le fait d'avoir 10% ou plus de patients en CMU est associé au fait d'avoir eu une expérience malheureuse ou plus, de craindre l'effet boule de neige dans la patientèle, et/ou d'avoir peur de la violence

  Le fait d'avoir déjà suivi un patient toxicomane sous MSO ou plus est corrélé au fait d'avoir déjà prescrit des MSO, de déclarer avoir eu des expériences passées malheureuses, d'évoquer la crainte de l'effet boule de neige et de juger les difficultés de sevrage au MSO comme un des principaux problèmes du traitement

Concernant le mésusage, 60,5 % de l'échantillon 2 (45-76% de la population 2) relèvent le trafic et le détournement de MSO comme l'un des principaux problèmes liés aux TSO, et 16% (0-32%) l'injection de Subutex®

69% des répondants (53-85%, p<0.001) pensent ne pas être suffisamment formés sur l'accompagnement au changement et la gestion des rechutes
95% d'entre eux (79-100%) estiment que les structures médico-sociales spécialisée en toxicomanie sont mal connues et devraient communiquer davantage avec les médecins généralistes

- **Type de traitement de substitution** : Méthadone, Buprénorphine Haut dosage

- **Définition du Mésusage** : Non défini explicitement dans cette étude. Le terme « Diversion » est utilisé (utilisation à des fins non médicales ou par voie IV), ainsi que le problème de trafic.

- **Causes de l'addictophobie** :

  - Raisons exprimées :
    - Aucune demande
    - Appréhensions : effet boule de neige, personnalité de l'usager de drogue (menteur, pas motivé, jamais à l'heure), peur de violence, crainte de devenir médecin dealer-fournisseur (et par la même de la diversion)
  - Raisons sous-jacentes :
    - Manque de lien avec le dispositif spécialisé (pluridisciplinarité, structures spécialisées)
    - Manque de formation : MSO non envisagés comme un moyen de réduire les risques et dommages, médecins peu convaincus de l'utilité des MSO en médecine générale, une culture du sevrage, une demande de formation en éducation thérapeutique des patients
    - Manque d'information (sur les structures spécialisées, sur les TSO et sur leur impact positif, données sur le détournement ou sur les craintes exprimées)

- **Contre-exemple de l'addictophobie** :
  - Regard porté sur les patients toxicomanes (80% de l'échantillon considère les patients héroïnomanes comme des patients avant tout malades, et 97% les considèrent en souffrance, sans rejet franc de ces patients)
  - Facilité à aborder le sujet des drogues avec les patients
  - Sentiment d'avoir un rôle dans la prise en charge des addictions

- Seuls 16% des médecins considèrent le manque de temps comme une des raisons pour laquelle ils ne suivent pas ou plus de patients héroïnomanes
- Seuls 18% des médecins évoquent parmi les obstacles liés aux caractéristiques des patients le problème d'image et/ou de perturbation du cabinet
- Seuls 24% des médecins évoquent un « absence d'intérêt pour ce problème, avoir d'autres priorités »
- Seuls 5% citent le problème de rémunération comme un obstacle

– **Conclusion** : Les médecins souffrent d'un défaut d'information majeur concernant les objectifs des MSO, les structures spécialisées, et évoquent un manque de formation. Cet ensemble maintient les médecins dans une vision traditionnelle et stéréotypée du patient héroïnomane et de l'addiction, favorise un amalgame entre soin et sevrage. Cependant, malgré le souhait de ne pas ou ne plus s'investir dans ce type de soin, les médecins ne sont pas dans le rejet de l'héroïnomane, et sont demandeurs de plus de communication, de formation et d'information, qu'il est important de leur fournir.

2. Lecture analytique de l'étude 2 :

Neau, Pierre. « Le médecin généraliste et le mésusage des traitements de substitution aux opiacés : enquête auprès de médecins généralistes en Ille et Vilaine ». Thèse d'exercice, Université de Rennes 1, 2010, 76p.

- Il s'agit d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification médecine générale, intitulée « Le médecin généraliste et le mésusage des traitements de substitution aux opiacés : enquête auprès de médecins généralistes en Ille et Vilaine ». Cette thèse est issue de la recherche initiale dans la base de données SUDOC

- **Contextualisation de l'étude (résumé)** : Malgré l'évolution des traitements de substitutions en France et leur bilan positif, il existe certaines limites à leur utilisation, parmi lesquelles le mésusage, au centre de polémiques. Plusieurs mesures ont été mises en place pour réduire ce mésusage, en particulier pour la buprénorphine. Le rôle du médecin traitant est central dans la prescription des MSO, et il peut être mis en difficulté par ce mésusage. Ce sont ces difficultés, qui doivent être déterminées, que de futures interventions doivent cibler.

- **Objectifs de l'étude** : Définir la fréquence du mésusage des MSO chez les patients suivis par des médecins généralistes, les difficultés rencontrées par les médecins et leurs attentes face à ce mésusage

- **Durée de l'étude** : Aout a Octobre 2009

- **Type de méthodologie à l'étude** : Etude transversale descriptive avec une partie quantitative et une qualitative

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : Médecins généralistes libéraux d'Ille et Vilaine, classés par commune, sexe et mode d'exercice. Les communes ont été réparties selon leur appartenance à l'espace rural ou urbain selon les définitions de l'INSEE. Un total de 824 médecins a pu être listé.

- **Matériel et Méthode de Mesure** :

    - Constitution de l'échantillon : réalisé en tirant au sort un nom tous les 25, pour un total de 32 médecins. L'échantillon a été ajusté pour que ses caractéristiques correspondent à celui de la population précédemment définie.
    - Division de l'échantillon en médecin prescripteur (4 ou plus prescriptions de MSO sur le semestre), en demandant à ceux-ci de préparer les dossiers de leurs patients sous TSO (définis par 4 ou plus délivrances de MSO sur le semestre) anonymisés :

52 patients ont été inclus, puis comparés à la base de données de l'assurance maladie (sur les mêmes critères, 342 patients sous MSO)

- La partie quantitative de l'étude se divisait en deux parties : un questionnaire pour les médecins non prescripteurs à choix multiples pour préciser les motifs de non prescription et pour les médecins prescripteurs, un questionnaire à choix multiples sur les caractéristiques de leurs patients sous MSO et un sur le mésusage observé chez eux.
- La représentativité des échantillons a été évaluée par rapport aux populations de référence d'une part, et les données recueillies ont été comparées aux données fournies par l'assurance maladie quand cela était possible. Les intervalles de confiance ont été calculé avec un risque d'erreur de 5%. Les tests de Wilcoxon et le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les groupes de patients avec et sans mésusage

– **Principaux Résultats** :

Les médecins non prescripteurs (moins de 4 prescriptions de TSO sur le semestre) représentent 53% de l'échantillon et sont représentatifs des médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Le motif de non prescription le plus souvent invoqué était l'absence de demande des patients (58.82%). Venaient ensuite une formation insuffisante ou un manque de temps (11.76%), un manque d'intérêt, le fait que ces patients soient considérés comme difficiles, les incidents survenant avec ces patients, le manque de confiance, le manque de motivation de ces patients ou l'obtention de résultats difficile (5.8%).

Un mésusage a été observé chez 29% des patients inclus par leur médecin, découvert pour 73% des cas durant la consultation (par déclaration du patient 67%, hors déclaration par vérification des dates de prescription 33%). Pour les découvertes hors consultations, elles émanaient de déclarations d'un proche, d'une structure spécialisée, d'une pharmacie, ou étaient évoquées à l'apparition de complications somatiques.

– **Type de traitement de substitution** : Buprénorphine ou Méthadone

– **Définition du Mésusage** : Le mésusage a été défini d'après les définitions fournies par l'OFDT : Usage en dehors du cadre médical, voies d'administration inappropriées, consommations abusives, associations problématiques (alcool, benzodiazépines à dose non thérapeutique), acquisition par poly prescription et sur le marché parallèle, revente et dépannage.

– **Causes de l'addictophobie** : non abordées dans la partie quantitative, on y retrouve le manque de formation, une faible adhésion du patient et un certain isolement, ainsi que la présence d'un sentiment d'échec de la part du médecin.

- **Contre-exemple de l'addictophobie** : non abordé dans la partie quantitative, nombreuses attentes des médecins avec une demande de soutien.

- **Conclusion** : Cette étude a permis de constater une sous-évaluation du mésusage des TSO concernant les pratiques les moins visibles (hors complication). Pour l'auteur, le mésusage devrait être toléré à un certain niveau, et les efforts actuels devraient se concentrer sur la formation des médecins, et le respect des recommandations. L'amélioration passe par le développement de nouveaux produits, un meilleur accès à la méthadone et une plus grande collaboration avec les différents acteurs de soins.

3. Lecture analytique de l'étude 3 :

FERONI, I., P. PERETTI-WATEL, A. PARAPONARIS, A. MASUT, E. RONFLE, J.C. MABRIEZ, et Y. OBADIA. « French General Practitioners' attitudes and Prescription Patterns toward Buprenorphine Maintenance Treatment: Does Doctor Shopping Reflect Buprenorphine Misuse? » JOURNAL OF ADDICTIVE DISEASES 24, no 3 (2005) : 7-22.

- Il s'agit d'une étude française intitulée « French General Practitioners'attitudes and Prescription Patterns toward Buprenorphine Maintenance Treatment : Does Doctor Shopping Reflect Buprenorphine Misuse ? », publiée le 17 octobre 2008 en ligne et en en 2005 dans la revue « Journal of Addictive Diseases ». Les auteurs sont Isabelle Feroni, Patrick Peretti-Watel, Alain Paraponaris, Alain Masut, Eleonore Ronfle, Jean-Claude Mabriez. L'article est issu de la recherche dans la base de données CatInist

- **Contextualisation de l'étude** : La buprénorphine est utilisée dans plusieurs pays, et peut être en France prescrite par n'importe quel médecin généraliste sans formation ou qualification. Néanmoins, plusieurs études ont démontré l'existence d'un mésusage de cette molécule, incluant revente et injection, et une tendance au nomadisme médical de la part de certains patients consultants plusieurs médecins pour se voir délivrer la molécule.

- **Objectifs de l'étude** : il s'agit d'une investigation sur l'attitude des médecins généralistes envers les traitements de substitutions par buprénorphine haut dosage (BHD), et la proportion de leurs patients se tournant vers plusieurs prescripteurs (« Doctor Shopping »), avec pour objectif de définir quel facteur influence l'autre.

- **Durée de l'étude** : Octobre et Novembre 2002

- **Type de méthodologie de l'étude** : Etude descriptive transversale

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : 546 médecins généralistes (MG) des Bouches du Rhône (une des régions de France avec la plus haute prévalence d'addiction aux opiacés) ont été sélectionné de manière aléatoire et anonyme au sein des données de l'assurance maladie et catégorisés par leur sexe, âge et nombre de consultation par an.

- **Matériel et Méthode de Mesure** :

    - Un questionnaire de 69 questions fermées a été proposé par téléphone aux médecins sélectionnés. En particulier, 9 questions ont examiné 3 aspects des attitudes des MG envers leurs patients : Communication avec le patient, Attitude durant l'initiation du traitement par BHD, et leur propension à arrêter le suivi de patients « difficiles » (relation ou mésusage)

- Les données ont été anonymement comparées aux données de l'assurance maladie pour chaque participant, y associant pour les douze derniers mois le nombre de patient s'étant vu prescrire de la Buprénorphine, leur nombre total de prescription individuelle, et le nombre de prescripteur pour chaque patient.
- Les données ont ensuite été associées à des données démographiques issues du recensement de 1999.
- Pour chaque MG de l'échantillon a été évalué le nombre moyen de prescripteur par patient suivi, indice qui a pu ensuite être comparé aux caractéristiques et a l'activité du médecin en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson et le test ANOVA
- Une analyse en grappe sur les 9 questions sur les pratiques des médecins a ensuite été réalisée

– **Principaux Résultats** :
  345 médecins ont accepté de répondre au questionnaire
  Seuls 25% avaient bénéficié d'une formation entre 1996 et 1998, et 13% entre 1999 et 2002.
  Un médecin sur cinq était en contact avec un réseau de prise en charge des addictions.
  Le nombre de prescripteur par patient était significativement plus bas parmi les patients des médecins prescrivant au moins 8mg de BHD durant l'induction ($p = 0.024$), et significativement plus important chez ceux dont le médecin était en collaboration avec un spécialiste ou un réseau de soin spécialisé ou suivant un modèle de prescription « rigide »
  Le taux de « Doctor Shopping » était aussi fortement corrélé avec certaines données socio-économiques propres au lieu d'activité du médecin.
  En moyenne, le nombre de médecins consulté par un patient sous BHD était de 3.

  Indépendamment de l'analyse en grappe :
  22% des médecins avaient déjà stoppé le suivi d'au moins un de leurs patients du fait d'une « relation difficile ».
  50% déclaraient arrêter le suivi d'un patient dont ils découvraient qu'il s'injectait la BHD
  66% déclaraient arrêter le suivi d'un patient dont ils découvraient qu'il avait plusieurs prescripteurs pour son traitement par BHD

– **Type de traitement de substitution** : Buprénorphine

– **Définition du Mésusage** : Injection de la BHD ou prescripteurs multiples

– **Causes de l'addictophobie** : Relations difficiles avec les patients dépendants aux opiacés, nomadisme, injection.

– **Contre-exemple de l'addictophobie** : non exploré dans l'étude

- **<u>Conclusion</u>** : Le recours à plusieurs prescripteurs n'est pas l'exception parmi les patients sous BHD. Cependant, les médecins généralistes ayant le plus grand nombre de patients pratiquant le « Doctor Shopping » ne sont pas ceux suivant le plus grand nombre de patient sous BHD, ou faisant le plus de prescriptions, mais ceux faisant le moins de prescription par patient, suggérant que ces consultations multiples seraient successives, et non concomitantes. L'attitude des MG permet de proposer deux explications au « Doctor Shopping » secondaire à une rupture de suivi :
    - Il pourrait être alimenté par la propension des MG à stopper la relation thérapeutique avec les patients « difficiles »
    - Mais aussi par une attitude trop rigide des MG lors du suivi (prescription sur 7 jours, a délivrance journalière, avec prise à la pharmacie) – cette attitude pouvant prévenir le détournement ou le mésusage de la BHD, forçant le patient injecteur ou dealer à se tourner vers d'autres prescripteurs. Néanmoins même sans cela le patient pourrait considérer cette attitude contraignante, stigmatisante, démontrant une défiance du praticien, difficile à accepter principalement durant la période d'initiation du traitement où se construit une relation de confiance mutuelle.
    - Le taux de « Doctor Shopping » était moins fréquent chez les MG introduisant le traitement a 8mg de BHD, comparé à ceux le faisant à une dose plus faible, mais n'était pas corrélé à la dose de maintien.
    - Ainsi la tendance aux prescripteurs multiples pourrait être la conséquence d'une insatisfaction des patients, plutôt que de refléter une volonté de détournement, qui ne concerne qu'une partie plus restreinte des patients.
    - Les résultats de l'étude soulignent l'importance d'une évaluation de la politique de prescription de la BHD en France : permettre aux médecins généralistes non formé de prescrire la BHD augmente l'accès à ces soins, mais un traitement inadéquat peut au contraire nuire.

4. Lecture analytique de l'étude 4 :

BECHENNEC, Gaël, et Université de Paris 12 Val de Marne. Faculté de médecine. Créteil. FRA / com. « La prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés en médecine générale. », 2005, 77p. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : PA12CRE-2005-1063).

- Il s'agit d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification médecine générale, intitulée « La prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés en médecine générale. », soutenue en 2005. L'auteur est Gael BECHENNEC. Cette thèse est issue de la recherche initiale dans la base de données BDSP

- **Contextualisation de l'étude** : Depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD), les médecins généralistes sont en mesure d'instaurer un traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'une politique globale de réduction des risques. Cependant, ce système de prise en charge de masse à bas niveau d'exigence à tendance à favoriser les dérives d'utilisation, découlant de l'organisation du système de soins, de l'isolation par rapport aux réseaux de soins, du manque de formation des médecins généralistes, et du mésusage dont font les patients de ces traitements

- **Objectifs de l'étude** : Analyser les causes d'inadéquations entre l'usage recommandé des MSO et leur usage en pratique, et évaluer la prise en charge des toxicomanes sous MSO en médecine générale.

- **Durée de l'étude** : De novembre 2004 à avril 2005

- **Type de méthodologie de l'étude** : Etude descriptive transversale

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : 100 médecins généralistes ont été présélectionnés parmi les 2000 exerçant dans le Val de Marne et ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord avant l'envoi d'un questionnaire, dont 51 étaient exploitables. Les médecins ayant donné leur accord (60) ont reçu des questionnaires à destination des patients. 37 questionnaires patients ont été exploités.

- **Matériel et Méthode de Mesure** :
  - Deux questionnaires (médecin, patient) avec une partie de recueil d'informations démographiques (sexe, âge), et une partie composée de plusieurs QCM et d'une question ouverte.
  - Il n'y a pas eu d'ajustement de l'échantillon pour garantir une représentativité par rapport à la population source.

- **Principaux Résultats** :
  - Concernant l'organisation du système de soins :

        - La majorité des médecins ne voit pas de problème éthique à prescrire des MSO, et cautionne la distribution de seringues stériles (98 et 96%)
        - La majorité des médecins estime primordiale la place des MSO dans une démarche thérapeutique, et estime que leur intérêt persiste en cas de rechute (98 et 88%). 90% des patients considère les MSO comme très utile ou indispensable à leur prise en charge
        - L'organisation du système de prescription des MSO en ville est jugé globalement inadapté par 69% des médecins, et insuffisamment sécurisé par 82%. Les patients le considèrent globalement adapté (68%), mais aussi insuffisamment sécurisé (81%).
        - La moitié des médecins (47%) estime cependant que la prise en charge des toxicomanes devrait se faire exclusivement en milieu spécialisé, contre 16% pour les patients
        - Pour les médecins, l'élément principal de succès d'une prise en charge est médical (41%), puis la motivation du patient (25%). Pour les patients, la motivation vient en première (43%), puis les MSO (32%). La prise en charge socioprofessionnelle arrive en dernier avec 16% dans les deux groupes.
    - Concernant la formation et la pratique des médecins
        - 73% estiment ne pas pouvoir prendre en charge ces patients dans les meilleures conditions, et 69% se considèrent insuffisamment formés. (Seuls 21% ont suivi un enseignement post universitaire pour cette prise en charge). Les patients considèrent à 73% que leur médecin généraliste est apte à les suivre, mais que la diminution des posologies n'est adaptée que dans seulement 40% des cas.
    - Concernant les comportements des patients
        - Les généralistes sont globalement conscients des dérives d'utilisation des MSO, mais estiment avoir du mal à les détecter, ou avoir des difficultés à les évoquer avec leurs patients. La relation médecin patient est considérée comme mauvaise dans 65% des cas, avec pour 71% l'impression de subir des tentatives d'influence par le mensonge ou la pression
        - La majorité des médecins estime que ces comportements affectent leur pratique dans 88% des cas, sans préciser ni en quoi, ni dans quelle proportion

- **Type de traitement de substitution** : Buprenorphine, Méthadone

- **Définition du Mésusage** :
    - Injection Intraveineuse du Subutex.
    - Nomadisme médical
    - Trafic de traitements de substitution
    - Association a d'autres psychotropes

- **Causes de l'addictophobie** :

- Un niveau de formation insuffisant malgré une amélioration comparé à 1995
- Représentation du patient toxicomane (mensonger et manipulateur)

- **Contre-exemple de l'addictophobie** :
  - Seuls 6% des médecins ne prennent pas en charge les toxicomanes
  - Bonne représentation des MSO et de leur utilité.

- **Conclusion** : Si les MSO ont grandement démontré leur efficacité, celle-ci n'est pas aussi importante qu'elle ne devrait l'être, du fait de l'inadéquation entre l'usage théorique et leur usage en pratique. Les consignes d'utilisation du SUBUTEX ne sont que des recommandations, pas des obligations, la capacité des centre spécialisés est trop restreinte, et les contrôles en ville peu répandus (toxicologique ou par la CPAM). Les médecins sont insuffisamment formés, et sont isolés par rapport aux réseaux de soins, et sont victimes de pressions de la part de leurs patients, dont il résulte des difficultés à initier ou suivre le traitement – et un respect seulement partiel des recommandations. Enfin, les MSO font l'objet de dérive d'utilisation (posologie, mode administration, nomadisme, revente). Malgré les interrogations qui entourent la politique de substitution de masse en France, ses excellents résultats remettent en cause dans d'autres pays l'intérêt d'une régulation très stricte des MSO.

5. Lecture analytique de l'étude 5 :

COLAIACOVO, Grégory, et Université de Franche-Comté. Besançon. FRA / com. « Prise en charge de la dépendance aux opiacés en Franche-Comté : état des lieux des pratiques des généralistes et perspectives d'amélioration de l'offre et de la qualité des soins. », 2015. 70p.

- Il s'agit d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification médecine générale, intitulée « Prise en charge de la dépendance aux opiacés en Franche-Comté : état des lieux des pratiques des généralistes et perspectives d'amélioration de l'offre et de la qualité des soins. », soutenue en 2015. L'auteur est Grégory COLAIACOVO. Cette thèse est issue de la recherche initiale dans la base de données BDSP

- **Contextualisation de l'étude** : En France, bien que la prise en charge des patients dépendants soit majoritairement réalisée par les médecins généralistes de ville, il n'existe que peu de données concernant leur nombre ou leur mode d'exercice, ou encore leurs ressentis sur cette prise en charge. La dépendance aux opiacés est un réel problème de santé publique en raison des conséquences des modes d'usages (infectieux pour la plupart), et malgré une politique de réduction des risques permettant l'utilisation de la méthadone et de la buprénorphine à des fins thérapeutiques, on comptait encore en 2012 230 000 usagers problématiques de drogues (OFDT : usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers). Si les résultats concernant l'utilisation des MSO sont encourageants, il faut noter l'hétérogénéité des pratiques et les problèmes de mésusages.

- **Objectifs de l'étude** : dresser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes en Franche-Comté, de leurs difficultés et des freins à la prise en charge des patients dépendants aux opiacés, en particulier à l'utilisation de traitements de substitution aux opiacés et, in fine, dégager des pistes permettant d'améliorer la prise en charge des patients.

- **Durée de l'étude** : Non renseignée

- **Type de méthodologie de l'étude** : Etude descriptive transversale

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : L'ensemble des médecins généralistes franc-comtois en activité au 31/12/2014, défini à partir des listings de l'URPS-ML (Union Régional des Professionnels de Santé, section Médecins Libéraux)

- **Matériel et Méthode de Mesure** :
  - Elaboration de trois questionnaires :
    - Données épidémiologiques. Prescription ou non de MSO.
    - Questionnaire destiné aux prescripteurs
    - Questionnaire destiné aux non prescripteurs
  - L'analyse statistique a été réalisée par un statisticien via le logiciel STATA/SE 10 for Windows. Les tests paramétriques Chi² et Student ont été utilisés

- **Principaux Résultats** :
  - Sur les 1122 médecins contactés, 482 ont répondu. 441 questionnaires étaient exploitables
  - Les données démographiques des questionnaires exploitables ont été comparées avec celles du Conseil National de l'Ordre des médecins, ne montrant pas de différence significative entre l'échantillon et la population en terme de sexe, mais une différence significative en terme d'âge moyen ($p<0.001$)
    59% des médecins de l'échantillon prescrivaient des MSO (pas de différence significative avec les données de la CPAM de Franche-Comté). Les médecins prescripteurs étaient significativement plus jeunes, avec un exercice en association et en MSP, en milieu rural et semi-rural.
  - 12% des médecins se disaient non concernés par les problématiques d'addictologie (pas d'intérêt, pas à l'aise, ou pas assez formés)
  - Les médecins prescripteurs utilisaient plus volontiers la méthadone et la BHD conjointement (76%). 2% utilisaient la morphine, et 10% le baclofène. Ils suivaient en moyenne 8,13 patient (0-160), seuls 48% disaient avoir bénéficié d'une formation. 56% estimaient avoir des difficultés lors de la prise en charge des patients sous MSO.
    51% éprouvaient une appréhension concernant les dérives d'utilisation des traitements prescrits, 34% estimaient leur formation insuffisante, 52% étaient gênés par la durée indéterminée des traitements. 24% trouvaient l'accès aux CSAPA difficile et souhaiteraient un référent dédié pour échanger. 23% rapportaient des difficultés à se faire régler leurs consultations. 6% pensaient que cette prise en charge relevait d'un spécialiste.
  - Parmi les médecins non prescripteurs, 49% refusaient cette prise en charge par principe. 20% déclaraient ne pas avoir de demande de ce type. 10% n'orientaient pas les patients, 21% les orientaient vers un centre hospitalier, 47% auprès d'un confrère impliqué, et 75% vers un CSAPA
    - 49% ressentaient un manque de connaissance pratique, 42% rapportaient un manque de connaissance sur les MSO.
    - 58% avaient peur des dérives possible de leurs prescriptions (mésusage, trafic)
    - 13% étaient gênés par la durée des traitements, 27% ne se sentaient pas en sécurité durant les consultations, 11% avaient des appréhensions vis-à-vis des autres patients en salle d'attente et 6% craignaient les difficultés pour se faire régler les honoraires.
    - 45% estimaient qu'il s'agit d'une prise en charge spécialisée
    - Concernant les solutions envisagées qui pourraient les amener à prendre en charge les patients, l'étude met en évidence une meilleure connaissance des structures locales (30%), la présence d'un référent territorial pour aider les médecins (30%), une demande d'amélioration des formations (25% pour

les FMC, 20% concernant la formation initiale), l'intérêt pour un site d'aide à la prise en charge en ligne (17%), ou par des groupes de pairs (8%)

- **Type de traitement de substitution** : Méthodone, Buprénorphine

- **Définition du Mésusage** : Non défini dans l'étude, qui fait cependant la différence entre mésusage et trafic

- **Causes de l'addictophobie** :
  - Représentation du patient toxicomane (Les médecins non prescripteurs qualifient plus significativement ces patients de « difficiles »)
  - Manque de connaissances, de formation
  - Détournement des prescriptions
  - Sécurité et image au cabinet

- **Contre-exemple de l'addictophobie** :
  - 98% des médecins interrogeaient leurs patients au sujet de leur consommation
  - Parmi les médecins non prescripteurs, plusieurs solutions sont envisagées pour les amener à prendre en charge ces patients

- **Conclusion** : Après avoir discutés des points forts et des points faibles de l'étude (biais), l'auteur conclut que les prescripteurs sont plus jeunes, exerçant en dehors des villes (alors que les structures spécialisées sont situées dans les chefs-lieux territoriaux), et en cabinet de groupe ou MSP. Concernant les MSO, la BHD ou la méthadone sont utilisées indifféremment, avec la BHD utilisée depuis plus longtemps. Concernant les médecins non prescripteurs, environ la moitié de l'échantillon ne s'implique pas dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés par principe. Les formations restaient notoirement insuffisantes et une amélioration de celles-ci semble un point essentiel.
  Le frein principal a la pratique de l'addictologie ressenti par les médecins était la crainte des dérives de leurs prescriptions (mésusage, trafic, image de « dealer »). L'absence de recommandation quand a la durée du traitement étaient aussi préoccupante pour les médecins investis dans la prescription de TSO. L'accès aux spécialistes (consultations ou centres spécialisés) semblait aussi important, contrairement au recours à un site spécialisé ou aux groupes de pairs.

  Enfin, l'auteur note que l'étude montre que moins de 5% des médecins questionnés se disaient concernés par l'addiction aux médicaments, psychotropes et antalgiques inclus, mais signale que cette évaluation n'était pas un des objectifs de l'étude

6. Lecture analytique de l'étude 6 :

BARRIERE, Ludovic, et Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. « Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ? », 2015. 57 p.

- Il s'agit d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, intitulée « Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ? », soutenue en 2015. L'auteur est Ludovic BARRIERE. Cette thèse est issue de la recherche initiale dans la base de données BDSP

- **Contextualisation de l'étude** : depuis 1996, les médecins généralistes occupaient une place prépondérante dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés. En 2002, 90% des médicaments substitutifs des opiacés étaient prescrits par des médecins généralistes. Mais, malgré les effets bénéfiques attendus des MSO, on observait des disparités, puisque 25% des médecins prenaient en charge 75% des patients traités par des MSO.

- **Objectifs de l'étude** : évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en charge la dépendance aux opiacés de leurs patients. Objectifs secondaires : étudier les motifs de refus de prise en charge de patients dépendants aux opiacés.

- **Durée de l'étude** : Février à Mai 2014

- **Type de méthodologie de l'étude** : Etude descriptive transversale

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : Médecins généralistes installés sur le territoire national [France] métropolitain et exerçant une activé de médecine générale ambulatoire

- **Matériel et Méthode de Mesure** :
    - Définition de la taille de l'échantillon pour une extrapolation avec un IC 95% : 96
    - Echantillon initial de 300 médecins tirés au sort dans une base de données fournie par le Centre d'étude et de Recherche en Informatique Médicale du pôle santé publique du CHRU de Lille, puis envoi d'un questionnaire à questions à réponses fermées non rédactionnelles à choix simple ou multiple (en dehors des données démographiques) aux 250 médecins avec coordonnées complètes. 113 questionnaires analysés
    - Questionnaire en 3 parties : Données démographiques, puis nombre de patients pris en charge et modalités de cette prise en charge, motifs de refus de prise en charge des patients dépendants aux opiacés et opinions, et enfin questionnaire sur des pistes pour surmonter les obstacles à la prise en charge en soins primaires de ces patients
    - Traitement des données réalisé à l'aide du logiciel R. version 3.2.0®
    - Analyse descriptive simple de l'ensemble des variables dans un premier temps

- Puis utilisation de l'échelle de Lickert pour traiter quantitativement les réponses « il m'arrive de refuser de prendre en charge un patient présentant une dépendance aux opiacés » afin de regrouper les médecins selon leur inclinaison à suivre des patients dépendants aux opiacés en deux sous-groupes, et analyse descriptive et comparative
- Puis analyses statistiques bivariées a la recherche de liens statistiques

– **<u>Principaux Résultats</u>** :
  - 59 médecins sur les 113 prenaient des patients dépendants en charge : ils en suivaient 8 par an en moyenne, 98% d'entre eux avaient recours aux MSO (BHD 71%, Méthadone 51%), seuls 22% rédigeaient des ordonnances de primo-prescription contre 95% de renouvellement. Une grande partie rapportait prescrire en association avec les MSO anxiolytiques (75%), antidépresseurs (66%) ou antalgiques non morphiniques (32%). 47% réalisaient une prise en charge psychosociale, et 44% prenaient en charge d'autres types d'addiction
  - Concernant le refus de prise en charge : 65% des médecins admettaient qu'il leur arrivait de refuser de prendre en charge un patient dépendant aux opiacés. Les principales raisons évoquées étaient un manque de compétence ou de temps, une mauvaise expérience avec ces patients, la crainte d'une désorganisation du cabinet
  - Concernant l'opinion des médecins sur les MSO et les patients dépendant aux opioïdes : 92% des médecins estiment ces patients manipulateurs, mais que ceux-ci ont une meilleure connaissance de leur pathologie et des produits que les médecins (61%). 71% des médecins estiment que la prescription des MSO par les médecins est une bonne chose, mais que le trafic et le mésusage est un frein à leur pratique (resp. 81 et 78%).

    76% considéraient les MSO comme une autre forme de toxicomanie de sevrage difficile, mais qu'ils permettent de limiter les violences et l'insécurité (71%), permettent la réinsertion socioprofessionnelle (73%) ou l'accès aux soins (84%) des patients. 70% considèrent les MSO utiles au sevrage des opiacés.
  - Les médecins adressaient leurs patients : au CSAPA (38%), au CMP (28%), a un centre hospitalier (51%), a un psychiatre/psychologue libéral (31%)
  - 55% des médecins ne pensaient pas qu'une consultation conjointe avec des intervenants des centres spécialisés les encourageraient à suivre ces patients.
  - Concernant les médecins réticents à la prise en charge des patients dépendants aux opiacés :
    - Etaient significativement moins nombreux à avoir reçu une formation spécialisée
    - Etaient significativement plus nombreux à avoir eu un antécédent ou plus de mauvaise expérience
    - Etaient significativement plus nombreux à penser que le trafic de MSO est un frein à leur prescription en soins primaires

        - N’évoquaient pas plus un manque de compétence que les médecins acceptant de prendre en charge ces patients
        - Leur Age, sexe, lieu et mode d’exercices ne différaient pas significativement de ceux des médecins acceptant de prendre en charge ces patients
    - Les femmes étaient significativement plus enclines à craindre d’éventuelles violences que les hommes

- **Type de traitement de substitution :** Méthadone, Buprénorphine

- **Définition du Mésusage** : Non défini dans l’étude, mais différenciation entre Traffic et mésusage

- **Causes de l’addictophobie** :
    - Manque de temps, de compétence, d’intérêt
    - Crainte d’une désorganisation du cabinet
    - Antécédent de mauvaise expérience
    - Crainte des violences

- **Contre-exemple de l’addictophobie** : Bonne image des MSO par les médecins généralistes

- **Conclusion** Il existait des disparités au sein des médecins prenant en charge les patients sous MSO, en termes de nombre de patients pris en charge ou de prescriptions de MSO, puisqu’environ un quart des MG prescripteurs de MSO prenaient en charge les trois quarts des patients.
  Il apparaissait que le manque de temps, le sentiment de manque de connaissance, un antécédent de mauvaise expérience avec un patient dépendant aux opiacés, la crainte de violences ou d'une désorganisation du cabinet, étaient identifiés comme des obstacles au suivi de ces patients, en soins primaires, par plus de la moitié des médecins généralistes.
  La formation des MG (initiale ou continue) devrait être renforcée. D'autres pistes, comme l'indemnisation des consultations chronophages, ou des consultations conjointes avec des centres spécialisés, pourraient être étudiées. Enfin, un soutien pourrait être proposé aux MG ayant eu une mauvaise expérience avec un patient dépendant aux opiacés.

7. Lecture analytique de l'étude 7:

Chinazo O. Cunningham et al., « Barriers to Obtaining Waivers to Prescribe Buprenorphine for Opioid Addiction Treatment Among HIV Physicians », Journal of General Internal Medicine 22, no 9 (10 août 2007): 1325-29, https://doi.org/10.1007/s11606-007-0264-7.

- Il s'agit d'un article américain intitulé «Barriers to Obtaining Waivers to Prescribe Buprenorphine for Opioid Addiction Treatment Among HIV Physicians », publié en Juillet 2007 dans la revue "Journal of General Internal Medicine" par 5 auteurs, Chinazo O. Cunningham, Hillary V. Kunins, Robert J. Roose, Rashia T. Elam et Nancy L. Sohler. Cette étude est issue de notre recherche par référence bibliographique dans la base de données Science Direct.

- **Contextualisation de l'étude** : L'usage de drogues est fréquent chez les personnes infectées par le VIH, et les systèmes de soins dédiés à chacune de ces pathologies rendent habituellement leur prise en charge fragmentée. La Buprénorphine permet aux médecins suivant des patients VIH de traiter simultanément leur dépendance aux opiacés. Cependant, une minorité de praticiens prescrit la buprénorphine. Les raisons potentielles de cette faible prescription sont multiples, et imputables soit au système de soin soit aux médecins eux même. Peu d'étude se sont actuellement penchées sur les barrières rencontrées spécifiquement par les médecins spécialisés dans la prise en charge des patients VIH, malgré leur position unique dans la prise en charge des addictions aux opioïdes.

- **Objectifs de l'étude** : évaluer les difficultés rencontrées par les médecins prenant en charge les patients VIH positif pour obtenir la licence leur permettant de prescrire la buprénorphine

- **Durée de l'étude** : Février à Mai 2006

- **Type de méthodologie de l'étude** : Etude descriptive transversale

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : Médecins impliqués dans la prise en charge des patients VIH positifs

- **Matériel et Méthode de Mesure** :
  - Questionnaire anonyme, en quatre parties :
    - Première partie utilisée pour distinguer les médecins détenteurs de la licence de prescriptions des autres
    - Seconde partie pour évaluer la confiance qu'ont les médecins en leur capacité à prendre en charge les problèmes de dépendance
    - Troisième partie concernant les barrières à la prescription de buprenorphine : 10 questions

        - Quatrième partie : Données démographiques de l'échantillon
    - Les questionnaires ont été distribués aux médecins participant à l'une des 6 conférences données à New York, Atlanta, Chicago, Washington DC, Los Angeles et San Francisco. Le thème principal de ces conférences était l'infection par le VIH.
- Analyses des données afin de déterminer si le niveau de confiance dans les capacités à prendre en charge les problèmes de dépendance ou les barrières rencontrées pour prescrire la buprénorphine étaient influencées par la détention d'une licence de prescription. Pour ce faire, réalisation d'analyse bivariées en utilisant le Chi² et le test de Student.
  Secondairement, réalisation d'une analyse régressive pour déterminer quelle(s) barrière(s) pouvaient avoir un impact sur l'obtention ou non de cette licence

– **<u>Principaux Résultats</u>** :
    - 420 médecins sur les 954 interrogés ont répondus aux questionnaires. 45 questionnaires ont été exclus de l'analyse (médecins en cours de formation, 23 n'avaient pas renseigné leur statut vis-à-vis de la licence), pour un échantillon final de 375 médecins, dont 20% étaient des médecins généralistes.
    - Seuls 25% des médecins possédaient la licence de prescription, et seulement 6% rapportaient avoir déjà prescrit de la buprénorphine (22 médecins)
        - Les 22 médecins ayant déjà prescript de la BHD était statistiquement plus jeunes
        - Ceux possédant la licence était plus souvent des hommes, exerçant à New York, moins souvent formés en maladie infectieuse, et plus souvent formés en médecine interne.
    - 68% des médecins étaient confiants de leur capacité à prendre en charge les problèmes de dépendance. Ces médecins étaient plus souvent détenteur de la licence de prescription.
    - Les facteurs limitant la prescription de BHD étaient :
        - Le manque de connaissance sur les MSO (55%)
        - L'impossibilité d'obtenir une consultation directe avec un addictologue (43%)
        - L'incapacité de confier les patients difficiles à des programmes de traitement de la toxicomanie (41%)
        - Les problèmes de mésusage de la buprénorphine ou de revente (40%)
        - Les risques d'abus de BHD avec une prise excessive (30%)
        - La difficulté de suivre les patients toxicomanes (40%)
    - Ces facteurs étaient plus souvent rencontrés par les médecins n'ayant pas la licence de prescription
    - Enfin la seule barrière ayant un impact sur l'obtention ou non de la licence de prescription était l'absence d'accès immédiat à une consultation spécialisée en addictologie

- **Type de traitement de substitution :** Buprénorphine

- **Définition du Mésusage** : Non défini dans l'étude

- **Causes de l'addictophobie** :
    - Manque de formation
    - Difficulté de recours à des spécialiste / programmes de prise en charge de la toxicomanie
    - Crainte du Mésusage
    - Représentation du patient toxicomane comme « difficile »

- **Contre-exemple de l'addictophobie** : Non évalué dans l'étude

- **Conclusion** : Une minorité de médecins possédait la licence de prescription, et encore moins rapportait prescrire de la BHD. Les barrières à la prescription étaient plus fréquemment rapportées par ceux ne possédant pas la licence. En particulier les titulaires d'une licence étaient moins impactés par le manque de consultation spécialisée, et étaient plus confiant dans leur capacité à prendre en charge les problèmes d'addiction. Le choix d'étudier l'obtention ou non d'une licence a été dicté par le fait de croire que l'obtention de celle-ci est un « point de départ » pour ceux montrant un intérêt dans la prescription de buprénorphine.

8. Lecture analytique de l'étude 8 :

SZYMANSKI ALLARD, Caroline, et Université François Rabelais. Tours. FRA / com. « Le médecin généraliste, le patient et la substitution aux opiacés : déterminants et description d'une prise en charge : étude réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes du département du Cher. », 2007. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : TOURS-2007-3021). 131 pages.

- Il s'agit d'une thèse de médecine générale, intitulée « Le médecin généraliste, le patient et la substitution aux opiacés : déterminants et description d'une prise en charge : étude réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes du département du Cher. », soutenue le 7 juin 2007 par Caroline SZYMANSKI à la faculté de médecine de Tours. Cette étude est issue de notre recherche initiale dans la base de données BDSP.

- **Contextualisation de l'étude** : Suite à la publication, en juin 2004, de la conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacées » (CITATION) relevant l'impact positif des MSO, une étude a été réalisée dans le département du Cher auprès des médecins généralistes afin d'étudier les déterminants de la prise en charge (ou de la non prise en charge) des personnes dépendantes aux opiacés.

- **Objectifs de l'étude** : Etudier quels sont les déterminants du mode de prise en charge d'un patient dépendant aux opiacés à l'aide la BHD en médecine générale.

- **Durée de l'étude** : du 2 Mai au 30 Juin 2006

- **Type de méthodologie de l'étude** : Etude descriptive et analytique transversale

- **Caractéristiques de la population à l'étude** : Médecins généralistes libéraux du département du Cher, inscrits sur la liste du conseil national de l'ordre des médecins, sans mode d'exercice particulier ou exclusif jugé incompatible avec la prise en charge régulière d'un patient à l'aide du SUBUTEX®

- **Matériel et Méthode de Mesure** :
    - Questionnaire, en quatre parties :
        - La première, commune à l'ensemble des médecins afin de déterminer leurs caractéristiques individuelles et professionnelles. Cette partie comporte plusieurs questions sur les antécédents de prise en charge de patients dépendants aux opiacés avant la mise en place du SUBUTEX®, les formations antérieures des médecins, ainsi qu'une question pour définir deux sous populations « prescripteurs » et « non prescripteurs » différenciant les médecins prenant en charge régulièrement des patients sous SUBUTEX et les autres.

- Seconde partie, destinées aux « prescripteurs », composées de 7 questions fermées et 12 ouvertes, portant sur leur pratique dans le suivi de patients sous BHD.
- Troisième partie, destinée aux « non prescripteurs », composée d'une question fermée et de 4 ouvertes, s'intéressant sur les raisons du refus de suivi, et les possibilités de débuter un tel suivi.
- Quatrième partie, commune aux deux sous populations, composée de 3 questions ouvertes afin de connaitre l'avis des médecins sur leur rôle dans la prescription de SUBUTEX®, leurs connaissances sur ce produit.

- Les questionnaires ont été envoyés par voie postale, avec une relance effectuée début juin.
- L'analyse a été réalisée et mise en forme à l'aide des logiciels Sphinx Primo® et Excel® pour l'enquête descriptive et l'analyse individuelle des variables, et le logiciel Minitab pour l'analyse de régression qui concernait 16 variables possiblement déterminantes chez les prescripteurs par rapport aux non prescripteurs, et 20 variables chez les médecins prescripteurs en fonction de leur nombre de patient suivis pour un traitement par SUBUTEX®. Le seul de significativité été de $p<0.05$, et les tests de corrélation utilisés étaient le Chi^2 et le G Test dans les cas où les effectifs observés demeuraient nuls et/ou les effectifs théoriques < 6 malgré les regroupements

– **<u>Principaux Résultats</u>** :

- L'enquête a obtenu un taux de réponse de 70,28%, soit 150 sur les 214 questionnaires envoyés. Les variables « sexe », « nombre d'habitants dans la ville d'installation » et « mode d'exercice : seul ou en association » n'étaient pas significativement différentes entre les médecins ayant répondu au questionnaire et ceux n'ayant pas donné suite.
- Dans la première partie, il est trouvé que 21 médecins (14,4%) prenaient en charge des patients dépendants aux opiacés avant la mise sur le marché du SUBUTEX® (à l'aide d'anxiolytiques, d'opioïdes médicaux pour 33%).
  Seuls 10% des médecins rapportaient avoir bénéficié d'une formation à la prise en charge de ces patients, majoritairement via Formation Médicale Continue (FMC) ou Enseignement Post-Universitaire (EPU) (63%), et 70% d'entre eux l'avait fait « Par intérêt ».
  79% des médecins interrogés prenaient en charge d'autres dépendances, majoritairement l'alcool et/ou le tabac
  Enfin, 41 médecins (27,7%) prenaient en charge régulièrement des patients dépendants aux opiacés pour un traitement par SUBUTEX® (5,73 patients en moyenne, avec des extrêmes à 1 et 32), et 107 ne les prenaient pas en charge.
- Dans la seconde partie concernant les prescripteurs (41 médecins) :
  - 37 médecins « prescripteurs » rapportaient limiter leur nombre de patients, à l'aide de <u>conditions de prise en charge</u>, les principales étant « Le respect et la régularité des prescriptions et des consultations » (33%), le fait que le patient soit connu / d'en être le médecin traitant (14%) et « Le

respect d'un contrat moral de confiance » (10,5%). L'absence de nomadisme médical, de trafic/conduite délictueuse étaient cité pour 3,5% chacun.

- Les raisons de non prise en charge rapportées étaient majoritairement le nomadisme médical (15,8%), les problèmes relationnels (14%), une agressivité du patient ou un non-respect/une irrégularité des consultations et des prescriptions (12%). Le trafic ou les conduites délictueuses étaient cités par 5,3% des médecins.
- Seuls 7 médecins faisaient partis d'un réseau d'addictologie. Les raisons les plus citées à la non-participation à un réseau étaient l'absence de réseau structuré et l'isolement du secteur d'activité du médecin. 39% des médecins pensaient cependant que la participation ou non à un tel réseau influençait leur prise en charge.
- 17 médecins (42%) rapportaient faire appel à leurs confrères (psychiatres, unités hospitalières, psychologues…) lors de la prise en charge des patients. Les raisons citées pour l'absence de contact avec un confrère étaient l'absence d'occasion ou le refus du patient majoritairement. 33% des médecins pensaient que l'absence ou non de contact influençait leur prise en charge.
- Les problèmes les plus souvent rencontrés au quotidien étaient inexistants pour 19% des médecins, concernaient le non-respect ou l'irrégularité des prescriptions et des consultations pour 16%, un sentiment d'inefficacité à long terme pour 11%. Le Nomadisme n'était cité que par 8% des médecins, et le trafic par 5,4%
- 19 médecins rapportaient avoir vécu un évènement marquant lors de leur prise en charge (3 positifs et 16 négatifs)
- 65% des médecins étaient insatisfaits par leur prise en charge de ces patients, 47% souhaiteraient un suivi conjoint avec un réseau ou une structure spécialisée, 14% pouvoir construire un véritable projet avec les patients, et 10% être mieux formés ou avoir plus de temps.

- Dans la troisième partie concernant les non prescripteurs (107 médecins) :
  - Les raisons citées à la non prise en charge de patients dépendants aux opiacés étaient l'absence de demande (33%), l'absence de formation (8%), l'absence d'envie/le manque de confiance dans ces patients (6%), le manque de temps ou l'agressivité vécue/éventuelle (5%). Le nomadisme médical était cité par 3,1% des médecins, le trafic par 2,5%.
  - 36 médecins accepteraient de prendre en charge un patient dépendant aux opiacés, et 71 refuseraient. Les raisons du refus sont le manque de formation pour 36 %, l'absence d'envie pour 11%, le manque de temps et la difficulté pour 6%.
  - Parmi les 36 médecins qui accepteraient de prendre en charge ces patients, 26% le feraient sans aucune condition, 26% avec l'aide d'un réseau local ou hospitalier. Des conditions comme le fait de connaître le patient, d'avoir un

contrôle dans un centre adapté, ou de bénéficier d'une formation, sont cités par une moindre proportion des médecins (entre 5 et 8%).

- Dans la quatrième partie, concernant l'ensemble des médecins :
  - 14% des médecins pensent que la prescription du SUBUTEX® n'est pas le rôle des médecins généralistes, 12% pensent que le rôle du médecin dans cette prise en charge est le même que pour celui d'une prise en charge globale, 12% pensent que le rôle du médecin généraliste doit être intégré à un réseau. 12% pensent ce rôle indispensable, et 10% pensent que cela démarginalise le patient.
  - Du point de vue des médecins prescripteurs, ce rôle est indispensable pour 19%, le même que celui du médecin dans une prise en charge globale pour 17%, qu'il démarginalise le patient pour 16%, et qu'il doit être intégré à un réseau pour 12%
  - Du point de vue des non prescripteurs, ce rôle est incompatible avec celui de médecin généraliste pour 18%, doit être intégré à un réseau pour 13%, est celui du médecin dans une prise en charge globale pour 10%
  - Les points positifs du Subutex étaient la réduction de la consommation de drogues (28%), une démarginalisation du patient (22%), sa bonne tolérance et son efficacité (17%), permettre un suivi et une prise en charge globale du patient (18%).
  - Les points négatifs étaient le transfert de dépendance au SUBUTEX® (22%), le Trafic (22%), le mésusage (13%), le fait pour le médecin de devenir « dealer » (11%) la difficulté d'obtenir un sevrage (10%). Le Mésusage est cité par 24% des prescripteurs contre 7% des non prescripteurs, le trafic est cité par 22% des deux sous population. La crainte de devenir médecin dealer était cité par 18% des non prescripteurs, mais par aucun prescripteur.
- Les médecins prescripteurs, par rapport aux non prescripteurs, sont plus souvent formés (29,3% contre 2,8%), et sont les seuls à effectuer des sevrages aux opiacés sans MSO (5% contre 0)
- Parmi les prescripteurs, ceux suivant plus de 3 patients comparés à ceux en suivant 3 ou moins, exercent plus souvent dans une ville de plus de 20000 habitants, depuis au moins 10 ans, sont plus souvent formés, et ont plus souvent été confrontés eux même, ou leur entourage, à des conduites addictives.

– **Type de traitement de substitution :** Buprénorphine

– **Définition du Mésusage** : Non défini explicitement dans l'étude, cité sous la forme « Mésusage – Injection de Subutex », indépendamment du trafic ou du nomadisme.

– **Causes de l'addictophobie** :
- Manque de formation
- Préjugés sur les patients (manque de confiance, agressivité)
- Nomadisme, non-respect des ordonnances et des rendez vous

- La lassitude à long terme, ou les rechutes vécues comme des échecs par les médecins
- Problèmes relationnels avec la personnalité des patients

- **Contre-exemple de l'addictophobie** : Parmi les médecins « non prescripteurs », 36 médecins acceptaient de prendre en charge des patients sous MSO, pour la moitié d'entre eux sans condition ou avec l'aide d'un réseau.

- **Conclusion** : Les facteurs déterminants mis en avant par cette étude, fortement associés à la prescription du SUBUTEX®, sont l'exercice dans une ville de plus de 20000 habitants ou depuis plus de 10 ans, la formation, la prise en charge d'autre dépendances ou le fait d'avoir été personnellement confronté à des conduites addictives. Au terme de l'enquête, l'auteur met en avant deux objectifs : la promotion de la formation des médecins d'une part, et du travail en réseau d'autre part.

Note : Cette étude propose des données statistiques concernant le mésusage, le trafic et le nomadisme pour deux sous populations, les prescripteurs et les non prescripteurs, mais ne propose pas d'analyse des différences de résultats obtenus (On notera en particulier que le mésusage du Subutex est plus facilement reconnu comme étant un point négatif du traitement par les prescripteurs que par les non prescripteurs)

IV. Discussion

Notre recherche bibliographique nous a permis de recenser un grand nombre de références sur les traitements de substitution et la problématique posée par l'addictologie.

Parmi ces références, 153 articles ou études ont retenus notre attention, mais nous n'avons inclus que 8 d'entre eux. Finalement, même si de nombreuses études abordent cette problématique, peu s'intéressent au mésusage des MSO, et à leur impact dans la pratique en médecine générale de ville.

Notre travail a donc essayé de regrouper ces données, afin de répondre à notre problématique initiale : « L'image du mésusage conduit-elle à une addictophobie auprès des médecins généralistes avec refus de prise en charge des patients sous substitution ? »

A. Mésusage : Une définition sur plusieurs champs

Toutes les études n'ont pas donné de définition du mésusage.

Dans l'étude 1, le mésusage est présenté sous la forme de « diversion », pour l'usage à des fins non médicales, ou par voie intraveineuse. Le trafic et le détournement des MSO est aussi avancé.

Dans l'étude 2, une définition plus complète du mésusage, fournie par l'OFDT, est proposée.

L'étude 3 limite son analyse aux injections de BHD, ou aux prescripteurs multiples (nomadisme)

L'étude 4 inclus dans le mésusage l'injection IV, le nomadisme médical, le trafic, ainsi que l'association à d'autres psychotropes

Les études 5 et 6 ne donnent pas de définition pour le mésusage, mais le séparent du trafic de MSO

L'étude 7 ne définit pas le mésusage, ni la 8, même si cette dernière par sa présentation suggère l'assimiler à l'injection du SUBUTEX®, le trafic et le nomadisme médical étant cités à part.

Tableau 5 - Définition du Mésusage dans les Études

	Utilisation par voie IV	Trafic	Consommation Abusive	Co-Intoxication	Nomadisme / Polyprescription	Dépannage	Posologie/Fréquence	Usage en dehors du cadre Médical
Étude 1	■	■						■
Étude 2	■	■	■	■	■	■	■	■
Étude 3	■				■			
Étude 4	■	■		■	■		■	
Étude 5	Non défini							
Étude 6	Non défini							
Étude 7	Non défini							
Étude 8	■	■			■			

Le mésusage n'a donc pas la même valeur selon chaque étude, et quatre études ne proposaient pas de définition de celui-ci.

Par ailleurs, l'étude 3 soulève l'idée qu'une partie du mésusage, le nomadisme, puisse être, dans certains cas, directement la conséquence de la prise en charge initiale par le médecin généraliste.

La définition semblant la plus complète est celle proposée par l'étude 2, qui reprend elle-même la définition de l'OFDT (4) : **« Usage en dehors du cadre médical, Voies d'administration inappropriées, consommations abusives, associations problématiques (alcool, benzodiazépines à doses non thérapeutique), acquisition par poly prescription et sur le marché parallèle, revente et dépannage. »**

Aucune des études n'a cependant évalué chaque facette du mésusage de manière indépendante

Le mésusage comporte donc plusieurs dimensions, et ne se résume pas simplement à l'utilisation non conforme avec les indications définies par l'autorisation de mise sur le marché.

1. Usage en dehors du cadre médical

Ou usage « non substitutif » (toxicomaniaque) (44). Le MSO devient alors une drogue, à défaut d'héroïne, soit chez des personnes préalablement dépendantes, soit chez des personnes naïves d'une dépendance aux opiacés (primo dépendance). Cette entité peut s'associer aux

autres formes de mésusage, l'obtention du traitement peut se faire soit par consultation auprès d'un médecin, soit au marché noir.

Il nous apparaît important de différencier ce changement de finalité du traitement du reste des autres mésusages utilisés dans un contexte de substitution (usage thérapeutique).

2. Mode et Voies d'administration

- Voie d'administration :

Une des formes de mésusage les plus décrites, l'injection intraveineuse ou le « sniff » (dans un protocole médical). Ce mésusage est principalement rapporté pour la BHD. Dans l'étude 2, il est estimé à 8% des patients sous MSO, rapporté par 30% des médecins de l'étude 4, et dans l'étude 8, par 13% des médecins. Dans le rapport de l'OFDT de 2018, concernant les patients suivis en CSAPA, cette proportion s'élève à 27% (43), mais les patients suivis en centre spécialisés sont plus à même de recourir à ces vois d'administration (dans sa mise au point de 2001, l'AFSSAPS recommande d'adresser les patients mésusant des MSO aux CSAPA (42))

- Sous ou Surdosage :

Le sous dosage est rapporté dans l'étude 3 comme pouvant être un comportement du médecin pouvant conduire au nomadisme des patients et aux poly prescriptions.

Selon les monographies VIDAL®, la posologie maximale pour le BHD est de 16mg/j, et l'OFDT rapporte comme « indicateur d'un possible mésusage » des doses supérieures à 32mg/j (43). Par ailleurs, l'OFDT rapporte aussi dans ce même rapport que les doses moyennes journalières de méthadone restent plus faibles que les doses d'entretien mentionnées dans la monographie (50.1 mg/j en 2016 contre une mention de 60 à 100 mg/j)

Il faut cependant distinguer, là aussi, un mésusage imputable au patient (surdosage comme vu ci-dessus, mais aussi sous dosage pouvant laisser présumer d'une intoxication, ou de la peur – ou de la honte – du patient d'augmenter ses doses journalières, rendant indispensable la recherche des signes évocateurs d'un sous dosage (Annexe7)) d'un mésusage imputable au médecin (dans le cadre du sous dosage du patient)

- Fractionnement ou Irrégularité de prise

Rapporté dans l'étude 2 à hauteur de 2% des patients, sous le terme « nombre de prise de BHD inapproprié », et rapporté par 36% des médecins de l'étude 4. En 2004 d'après une étude de l'OFDT, on estimait à 30% la proportion de patients ne bénéficiant pas d'un remboursement régulier de MSO, donc considérés comme suivant un traitement irrégulier.

L'Afssaps en 2011 rappelle dans sa mise au point qu'en dehors de la période d'initiation, la prise de la BHD doit se faire en prise unique (42)

3. Associations problématiques

Rapporté dans l'étude 2 pour 11,5% des patients, et par 49% des médecins de l'étude 4, et décrit comme la prise concomitante de médicaments psychoactifs (analgésiques, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques), d'autres drogues, ou d'alcool avec la prise de MSO.

La BHD par exemple est contre indiquée en cas d'intoxication alcoolique, ou en association avec les analgésiques morphiniques ou la méthadone, et l'association avec des benzodiazépines expose au risque de décès par dépression respiratoire, notamment en cas d'usage détourné de la buprénorphine par voie intraveineuse. (42)

Plusieurs études se sont par ailleurs intéressées à la co-prescription de benzodiazépines avec les MSO, ou à son utilisation (ou celle de l'alcool) avec ceux-ci, estimée à un à deux tiers des patients (45–49).

4. Nomadisme et poly prescription

Thème principal de l'étude 3, le « Doctor Shopping » est aussi rapporté dans les études 2, 4 et 8.

Dans son tableau de bord sur les TSO, l'OFDT rappelle que « l'existence de prescripteurs multiples pour un même bénéficiaire est considérée comme un indicateur d'un possible mésusage ou d'une présomption de trafic de MSO ». En 2016, 23% des patients sous MSO avaient eu 3 prescripteurs différent ou plus, et 9% avaient eu recours à 3 pharmacies ou plus (le pourcentage était stable entre 2011 et 2016 concernant la BHD, mais en augmentation pour la méthadone) (43)

Le chevauchement d'ordonnance est aussi un indicateur de mésusage, et les recommandations ordinales de 2017 précisent qu'il devrait rester exceptionnel, et implique de manière systématique une concertation entre le médecin et le pharmacien. (41)

5. Revente et dépannage, marché parallèle

Souvent abordé (« trafic ») ou rapporté par les médecins comme « la peur de devenir (médecin -) dealer ».

Dans l'étude 2, 2% des patients sous méthadone rapportaient la revendre pour tout ou partie. Dans l'étude 4, 15% des médecins avait constaté un trafic de MSO. Le trafic est aussi rapporté dans l'étude 8. D'autres études estiment le pourcentage de patients déclarant avoir revendu, ou échangé, leur traitement entre 9,6% et 67,6 %, et ont identifié un contexte défavorable comme un facteur de risque de ces pratiques (50).

Les deux raisons principales de ce détournement seraient le besoin d'argent, et l'altruisme en partageant leur traitement avec un ami (50). Le recours aux prescriptions multiples ou à une dose supérieure aux recommandations sont des indicateurs de risque de trafic (43).

L'étude menée par Jonhson et Richert en 2015 (50) rapportait que les patients « trafiquants réguliers » étaient plus souvent substitués par la BHD, et avaient plus souvent recours à l'usage de drogues illicites. Un autre point intéressant de leur étude est qu'elle ne trouve pas de différence significative entre les doses prescrites aux revendeurs habituels et aux autres patients, alors que l'OFDT considère qu'un dosage important de MSO est un indicateur de risque de détournement.

B. Conséquences liées au mésusage et à sa représentation :

Le mésusage a de nombreuses répercussions.

La possibilité d'une **primo dépendance** existe (5), les MSO devenant le mode d'entrée dans la toxicomanie, avec les conséquences « habituelles » de celle-ci. Dans sa mise au point de 2011, l'Afssaps précise qu'« Afin de vérifier la réalité de la consommation d'opiacés et ne pas engager un patient naïf aux opiacés dans ce traitement, il est utile d'effectuer une recherche urinaire de produits opiacés (morphine, héroïne, opium, codéine, pholcodine), de buprénorphine et méthadone en accord avec le patient, avant l'instauration du TSO »

Des **complications somatiques** ont été rapportées lors de l'injection IV de BHD, infectieuses ou non, parfois fatales (51–53).

Une **mortalité** en lien avec les MSO existe elle aussi, comme rappelée par l'OFDT : en 2015, 41% des décès par overdoses étaient imputables en partie aux MSO (principalement la méthadone) (43)

Outre ces conséquences médicales, on note aussi les **conséquences sociales**, principalement en cas de trafic, mais aussi un retentissement sur **l'accès aux soins**, lié à l'addictophobie engendrée par ce mésusage, comme l'ont décrit les études incluent dans notre travail.

C. Les autres causes à l'addictophobie

Que cela soit dans les études retenues ou celles inclues, le refus de prise en charge et/ou de prescription n'est pas uniquement lié au mésusage. Les autres principales causes évoquées sont les suivantes :

1. Le manque de formation

Hormis l'étude 3, toutes les autres études abordent ce point. L'étude 8 en particulier met en évidence un lien statistiquement significatif entre formation et prescription de SUBUTEX® dans la population étudiée. On retrouve souvent les notions de « manque de compétences » en plus du manque de formation.

L'étude 1 (et à moindre niveau l'étude 8) met aussi en évidence les conséquences de ce manque de formation, à savoir que pour certains médecins les MSO ne sont pas vu comme un moyen de réduction des risques, ou que leur utilité n'est pas reconnue, et le maintien dans une sorte de « culte du sevrage ».

L'étude 1 met aussi en avant le manque d'information ressenti par certains médecins, concernant les structures spécialisées, les MSO, le mésusage ou les craintes des médecins concernant l'ensemble de ces sujets.

L'arrivée des MSO en médecine générale s'est fait relativement rapidement, sans accompagnement, et le savoir-faire a été acquis par l'expérience (54). L'enseignement au cours du cursus universitaire est théorique et insuffisant (anciennement item 45(55), reformé en item 76 concernant l'Addiction aux opiacés (56) – on notera l'évolution des items avec en particulier la disparition de la notion de « sevrage en ambulatoire », et l'apparition de « substitution aux opiacés » ainsi que les modalités, brièvement exposées, de sa mise en place -, alors que les bénéfices d'une formation adéquate ont été démontrés par le passé (57,58). Le renforcement de la formation initiale et continue est préconisé par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues (59)

2. Le ressenti des médecins

Abordé dans l'ensemble des études incluses, ce ressenti médical comporte deux aspects :

L'un participe à la stigmatisation des patients : typiquement, le patient toxicomane est décrit comme un patient « difficile », pouvant être agressif, manipulateur, n'honorant pas ses rendez-vous. La crainte d'une dégradation de l'image du cabinet est aussi évoquée, ou d'un effet boule de neige (souvent lié à la notion de « médecin dealer »). La représentation des drogues elle-même s'ajoute à ce schéma déjà difficile (transgression, vice…)

L'autre aspect concerne un sentiment de lassitude de la part des médecins, avec un sentiment d'échec en face de ces patients, particulièrement en cas de rechute. Mais ce sentiment peut aussi provenir d'un objectif d'abstinence, vu comme une guérison.

3. L'organisation des soins

Les études 1,2 et 5 décrivent dans les raisons à l'addictophobie l'isolement des praticiens, l'absence de lien avec le ou les dispositifs spécialisés, ou la difficulté pour avoir recours à leurs avis.

L'organisation en réseau peut rompre l'isolement des médecins (60), tandis que l'établissement de protocoles communs (et en collaboration) aux médecins et structures semble être bénéfique (61). Les recommandations de l'ANAES de 2004 suggéraient entre autre des consultations conjointes et une évaluation annuelle dans les structures (38).

Le manque de temps, et l'organisation du cabinet sont aussi évoqués dans les études. Les problèmes de rémunération ne sont pas évoqués, contrairement à l'obtention de licence (pour les études réalisées à l'étranger).

D. Le mésusage des MSO est-il un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ?

Si les études analysées montrent que le mésusage, et sa représentation par les médecins généralistes, constitue bien un frein à la pratique de l'addictologie, il faut souligner deux points :

D'une part, son importance dans les mécanismes de l'addictophobie est moindre que celle de la représentation du patient toxicomane (et la défiance des médecins vis-à-vis de celui-ci), ou que le manque de formation ou d'information relevé par les études.

D'autre part, le mésusage peut être le fait des professionnels de santé, là encore du fait d'un manque de formation ou de jugements préconçus de leur part.

Certains auteurs préconisent par ailleurs de « considérer ce type de détournement plus comme un signe de non-observance qu'un abus à proprement parler » (62) .

Néanmoins le mésusage est un enjeu important, et sa recherche banalisée, par exemple par la réalisation de tests urinaires « n'ayant pas pour vocation de punir un patient, mais plutôt d'ouvrir un espace de dialogue »(63)

E. Forces et Limites de ce Travail

Nous avons voulu notre travail exhaustif, en interrogeant un grand nombre de bases de données, et en effectuant un travail de référencement bibliographique secondaire. Nous n'avons pas réussi à obtenir seulement deux références (inexistantes en numérique et non disponibles en prêt)

Cependant, nous n'avons référencé que les documents en anglais ou en français. Certaines références, écrites en Suédois entre autres, n'ont pas été sélectionnées.

Lors de nos recherches anglophones, nous avons utilisé les mots clef fournis par les bases de données (Pubmed et HeTOP initialement) pour obtenir une traduction de « mésusage », il est possible que le terme puisse avoir d'autres traductions nous ayant échappées, principalement si la définition du terme diffère selon les études.

La recherche à été limitée à une période de 21 années, et nous avons appliqué la même méthodologie que Pierre BERTRAND dans un soucis de reproductibilité.

V. Conclusion

Alors que le baromètre santé de l'INPES estimait que la moitié des médecins généralistes avaient reçu au moins un patient dépendant aux opiacés par mois (19), les traitements de substitution aux opiacés sont à l'heure actuelle la prise en charge la plus adéquate pour ces patients dans le cadre d'un suivi conjoint médico-psycho-social.

La réalisation de ce travail m'a permis de mieux apprécier les obstacles rencontrés dans la pratique de l'addictologie, que cela soit par les patients ou par les praticiens.

Un des premiers points est que le mésusage est bien une des barrières à la prise en charge de ces patients, mais qu'il n'existe pas encore de définition consensuelle, comme le démontre les études retenues. Il me semble important pour pouvoir étudier son impact, et mettre en place des solutions, de proposer une définition complète pouvant convenir au plus grand nombre. Aussi, parmi les définitions rencontrées durant ce travail, celle de l'OFDT semble être la plus précise qu'on puisse obtenir, mais devrait être complétée : « Usage en dehors du cadre médical, voies d'administration inappropriées, consommations abusives **ou dosages inappropriés, fractionnement ou irrégularité de prise**, associations problématiques (alcool, benzodiazépines à doses non thérapeutique), acquisition par poly prescription et sur le marché parallèle, revente et dépannage » , englobant ainsi tous les champs retrouvés.

Ensuite, les médecins généralistes sont parmi les principaux acteurs de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés, et notre revue de la littérature nous a permis de remarquer que « les bases de l'addictophobie », si elles incluent le mésusage, reposent aussi sur une représentation péjorative du patient, un manque de formation, et une méconnaissance des réseaux disponibles.

Les recommandations ordinales de 2017 proposaient parmi les « Exigences de qualité pour le suivi des patients traités par les médicaments de substitution »(41) d'avoir les connaissances nécessaires, d'entreprendre une prise en charge des comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales, d'éviter toute approche dogmatique notamment quand il s'agit de la durée et de l'arrêt du traitement (en rappelant les risque de surmortalité lors de l'arrêt des traitements), d'accepter l'ambivalence des usagers, et «Interroger, remettre en cause et adapter ses pratiques quand elles échouent ou ne rencontrent pas l'adhésion, plutôt que d'en attribuer les échecs aux insuffisances de motivation ou d'observance des patients ». Dans les études analysées, l'étude 6 proposaient plusieurs pistes pour améliorer ces points, en plus du renforcement de la formation du médecin généraliste, comme des indemnisations pour les consultations « longues », des consultations conjointes, ou la mise en place de soutient pour les médecins ayant eu une mauvaise expérience avec un patient toxicomane.

Il est donc important pour cela que les modalités de formation continuent d'évoluer, de trouver un équilibre entre rigueur et pragmatisme, et de proposer aux médecins des solutions, ou des aides, lorsqu'ils sont confrontés à une « impasse » dans la prise en charge de leurs patients, en particulier en cas de mésusage, comme le suggèrent les orientations du plan gouvernemental (59), et de faire évoluer les mentalités sur la représentation du patient dépendant aux opiacés.

A l'heure de l'internet et du numérique, la création d'une plateforme web dédiée, diffusée aux médecins, contenant des recommandations claires d'une part, éventuellement sous la forme de propositions de protocoles normalisés rédigés en partenariat avec les acteurs des réseaux, serait sans doute bénéfique. Cette plateforme pourrait aussi accueillir un forum, ou outils de discussion instantané (cependant moins aisé à mettre en place), ou les médecins pourraient échanger sur les problèmes rencontrés entre confrères, obtenir une aide sur un problème bien défini, et personnalisée en un sens, et qui permettrait aussi de casser le mythe du patient toxicomane violent, en marge de la société et réfractaire à toute aide, venant juste « prendre sa dose légalement ».

Enfin, une dernière piste envisageable serait la diffusion d'entretiens mené par des médecins pratiquant l'addictologie, spécialisés ou généralistes, avec des patients toxicomanes – en respectant la vie privée et la volonté de ceux-ci – dans un but à la fois pédagogique mais aussi, justement, de montrer le « vrai » visage de ces patients généralement montrés du doigt mais qu'il convient de montrer comme des patients souffrant d'une maladie chronique pouvant influencer de manière fortement péjorative sur leur vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morel DA. Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française. :38.

2. Dugarin J. Adaptation du système de soin français en toxicomanie depuis 35 ans. Psychotropes. 2008;14(1):9-20.

3. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroentérologie Clin Biol. sept 2007;31(8-9):44-50.

4. CADET-TAIROU A, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A, et al. Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Paris: OFDT; 2010. 281p. (TREND Tendances récentes et nouvelles tendances.).

5. Aknine X. Un cas de primoconsommation de Subutex® de rue chez un jeune adulte. Psychotropes. 2004;10(1):109-11.

6. ESCOTS S, FAHET G. USAGES NON SUBSTITUTIFS DE LA BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE. Investigation menée en France, en 2002-2003. 2004;OFDT.

7. GANDILHON M, CADET TAIROU A, TOUFIK A, EVRARD I. Septième rapport national du dispositif TREND. TENDANCES. 2006;(52).

8. Megherbi S. Les stratégies de soins des toxicomanes. Psychotropes. 2006;12(3-4):141-62.

9. Masson E. Prise en charge psychothérapique et traitement de substitution [Internet]. EM-Consulte. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/46938/article/prise-en-charge-psychotherapique-et-traitement-de-

10. Morel A. Les « Dix malentendus de la substitution ». ASUD-J. 2005;(30):29-31.

11. Guichard A, Lert F, Brodeur J-M, Richard L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. Soc Sci Med 1982. juin 2007;64(12):2578-93.

12. CALDERON C, SOLETTI J, GAIGI H, GUICHARD A, LERT F. Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. :71.

13. Collin L. Mésusage, mais usage. Psychotropes. 2008;14(1):77-99.

14. Obadia Y, Perrin V, Feroni I, Vlahov D, Moatti J-P. Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. Addiction. 96(2):267-72.

15. FERONI I, PERETTI-WATEL P, PARAPONARIS A, MASUT A, RONFLE E, MABRIEZ JC, et al. French general practitioners'attitudes and prescription patterns toward buprenorphine maintenance treatment : does doctor shopping reflect buprenorphine misuse ? J Addict Dis. 2005;24(3):7-22.

16. CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. TENDANCES. 2009;(65).

17. CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés - Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et 2007. Focus Consomm Conséq. 2010;

18. BRISACIER AC, COLLIN C. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011 [Internet]. OFDT; 2013. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxabtb.pdf

19. BRISACIER AC, COLLIN C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. TENDANCES. 2014;

20. Bertrand P, Bouché P. Le mésusage du médicament de substitution : un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ? : revue de la littérature. 2017.; 2017.

21. Ministère de l'intérieur ; Ministère des affaires étrangères ; Ministère de la justice ; Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes ; Ministère des colonies ; R. POINCARÉ ; L. MALVY ; A. BRIAND ; R. VIVIANI ; CLEMENTEL ; G. DOUMERGUE. Loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne. 1916.

22. Historique Héroïne [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/opiaces/heroine/historique.htm

23. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. Am J Psychiatry. 1 août 2013;170(8):834-51.

24. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux. Texte Révisé. Masson; 2005. 340 p.

25. Aide-mémoire Addictologie en 49 notions (2e édition) [Internet]. Fédération Addiction. 2015 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/aide-memoire-addictologie-en-49-notions-2e-edition/

26. Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Díaz C, Gandilhon M, Nézet OL, Martinez M, et al. Drogues, Chiffres Clés. 7ème édition. 2017;8.

27. Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. 2018. :96.

28. La réduction des risques (RDR) [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques

29. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES. 70-1320 déc 31, 1970.

30. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroentérologie Clin Biol. sept 2007;31(8-9):44-50.

31. PELLETIER (M.), Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, La Documentation française, Paris, 1978.

32. DROGUES ET TOXICOMANIES. Indicateurs et Tendances. OFDT. 1999;

33. TRAUTMANN (C.), Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants : rapport au Premier ministre, La Documentation française, Paris, 1990.

34. Décret n°89-560 du 11 août 1989 MODIFIANT LE DECRET 72200 DU 13-03-1972 REGLEMENTANT LE COMMERCE ET L'IMPORTATION DES SERINGUES ET DES AIGUILLES DESTINEES AUX INJECTIONS PARENTERALES,EN VUE DE LUTTER CONTRE L'EXTENSION DE LA TOXICOMANIE | Legifrance [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000517601&categorieLien=id

35. AVIS n° 89 6 Tome II - PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 1998 ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE - SANTE [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/l97-089-2/l97-089-210.html

36. Mars S. Heroin Addiction Care and Control: the British System 1916 to 1984. J R Soc Med. févr 2003;96(2):99-100.

37. AUGÉ-CAUMON M-J, BLOCH-LAINE J-F, LOWENSTEIN W, Morel A. L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. Rapport réalisé à la demande de Bernard KOUCHNER, Ministre Délégué de la santé. 2001; Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000177.pdf

38. Haute Autorité de Santé - Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272329/fr/reduire-les-mauvaises-utilisations-des-medicaments-de-substitution-des-opiaces

39. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Presse Médicale. oct 2004;33(18):41-7.

40. Montastruc J-L, Arnaud P, Barbier C, Berlin I, Gatignol C, Haramburu F, et al. Critères pharmacologiques d'un médicament pour la substitution de la pharmacodépendance aux opiacés. Thérapie. 1 mars 2003;58(2):123-5.

41. Ordre national des Médecins, Ordre National des Pharmaciens. Recommandations ordinales: Prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/376626/1813620/version/1/file/Recommandations%2Bordinales%2B%2Bprescription%2Bet%2Bdispensation%2Bdes%2Bm%25C3%25A9dicaments%2Bde%2Bsubstitution%2Baux%2Bopiac%25C3%25A9s.pdf

42. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodependance majeure aux opiaces par buprenorphine haut dosage. oct 2011;27.

43. BRISACIER AC, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » 2018. 2018 p. 17p.

44. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Lahaie E, Chalumeau M, Coquelin A, Toufik A. ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES RÉCENTES 2007-2009. :281.

45. Bouchefra A. Usage et mésusage des benzodiazepines chez les patients sous traitements substitutifs aux opiacés [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.

46. DI PATRIZIO P, HOUILLE S, SCHWAN R, BOIVIN J-M, Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. (C.S.A.P.A.). Chu de Nancy. Université de Nancy. Nancy. FRA, Département de médecine générale. Chu de Nancy. Université de Nancy. Nancy. FRA, et al. Buprénorphine haut dosage et benzodiazépines, une association à risque Réalité des coprescriptions en médecine de ville. Trav Rech En Médecine Générale. 2010;60(10):29-34.

47. Rooney S, Kelly G, Bamford L, Sloan D, O'Connor JJ. Co-abuse of opiates and benzodiazepines. Ir J Med Sci. mars 1999;168(1):36-41.

48. Brands B, Blake J, Marsh DC, Sproule B, Jeyapalan R, Li S. The impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes. J Addict Dis. 2008;27(3):37-48.

49. Laqueille X, Launay C, Dervaux A, Kanit M. [Abuse of alcohol and benzodiazepine during substitution therapy in heroin addicts: a review of the literature]. L'Encephale. juin 2009;35(3):220-5.

50. Johnson B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine from opioid substitution treatment: patients who regularly sell or share their medication. J Addict Dis. 2015;34(1):1-17.

51. Békaert J, Podevin G. [Psychopathology of the misuse of Subutex®: The Popeye syndrome]. L'Encephale. juin 2015;41(3):229-37.

52. Wack A. Complications infectieuses du mésusage de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®): à propos de 22 cas [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2006.

53. Vidal N. Complications infectieuses induites par le mésusage de la Buprénorphine haut dosage (Subutex®) et du sulfate de morphine (Skenan®): étude de 42 cas [Thèse d'exercice]. [1968-2014, France]: Université de Montpellier I. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques; 2007.

54. Lalande A, Grelet S. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale [Texte imprimé] : pratiques de la substitution en ville (approche qualitative). Paris : OFDT. 2001.; 2001.

55. Question 45 - ADDICTIONS ET CONDUITES DOPANTES : ÉPIDÉMIOLOGIE, PRÉVENTION, DÉPISTAGE. MORBIDITÉ, COMORBIDITÉ ET COMPLICATIONS. PRISE EN CHARGE, TRAITEMENT SUBSTITUTIF ET SEVRAGE : ALCOOL, TABAC, PSYCHOACTIFS ET SUBSTANCES ILLICITES. In.

56. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.

57. Ford C, Ryrie I. A comprehensive package of support to facilitate the treatment of problem drug users in primary care: an evaluation of the training component. Int J Drug Policy. déc 2000;11(6):387-92.

58. FERONI I, PERETTI-WATEL P, MASUT A, COUDERT C, PARAPONARIS A, OBADIA Y. French general practitioners'prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment : is the existing training (good) enough ? Addict Behav. 2005;30(1):187-91.

59. (RO) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. :121.

60. GAGNON A, ROBINET S, BRONNER C., PARQUET PJ. Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. Analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes. 2000. 1627-1635 p.

61. Langton D, Hickey A, Bury G, Smith M, O'Kelly F, Barry J, et al. Methadone maintenance in general practice: impact on staff attitudes. Ir J Med Sci. avr 2000;169(2):133-6.

62. ROUX P, VILLES V, BRY D, SPIRE B, FERONI I, MARCELLIN F, et al. Buprenorphine sniffing as a response to inadequate care in substituted patients : results from the Subazur survey in south-eastern France. Addict Behav. 2008;33:1625-9.

63. Tests rapides de dépistage des drogues et TSO en médecine générale [Internet]. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitution-mso/689-tests-rapides-de-depistage-des-drogues-et-tso-en-medecine-generale.html

64. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):39-44.

ANNEXES

Annexe 1 : Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (64)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.

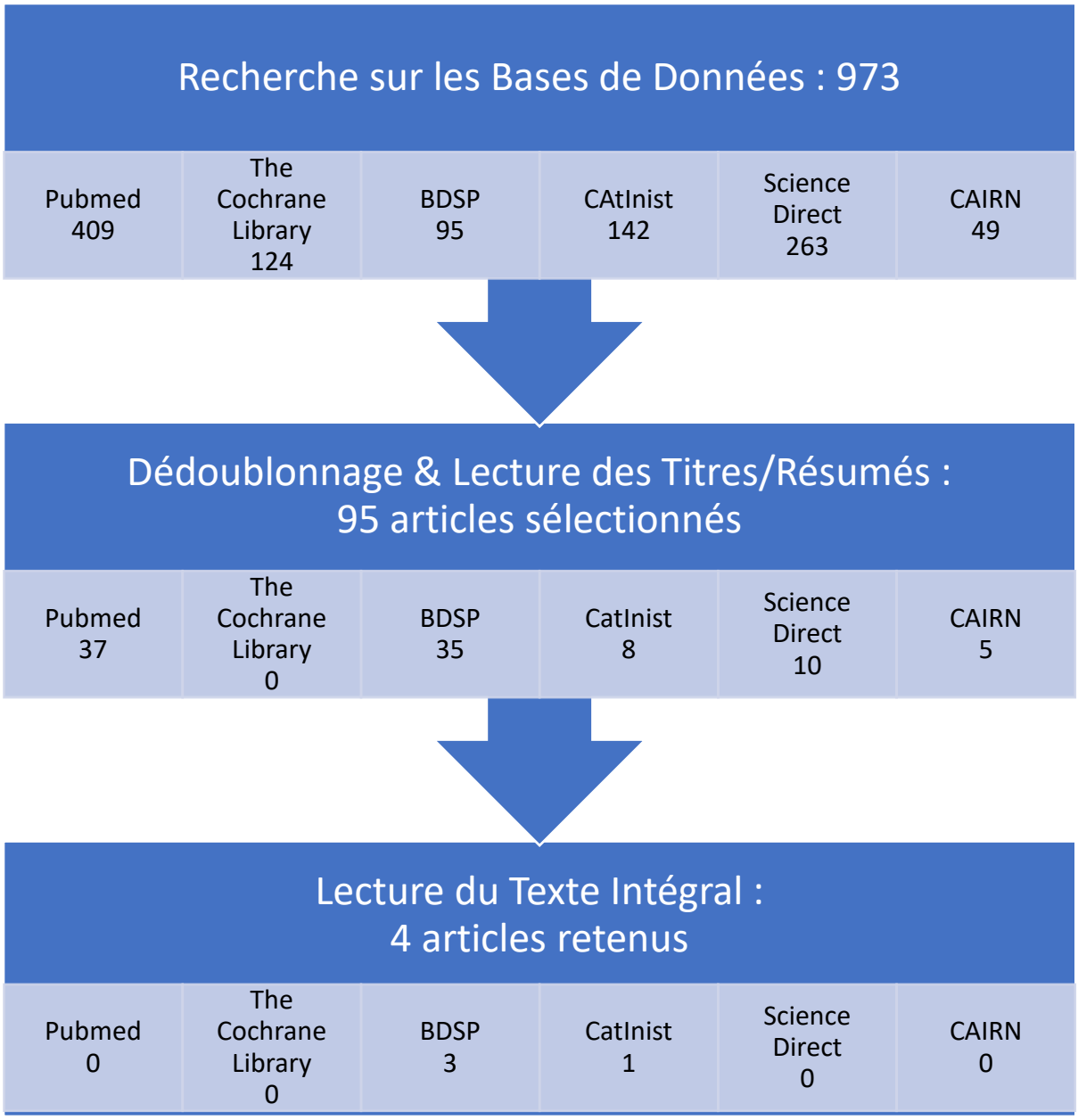
Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
INTRODUCTION			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (*PICOS*[a]).	
MÉTHODE			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : *risk ratio*, différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues *a priori*.	

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).

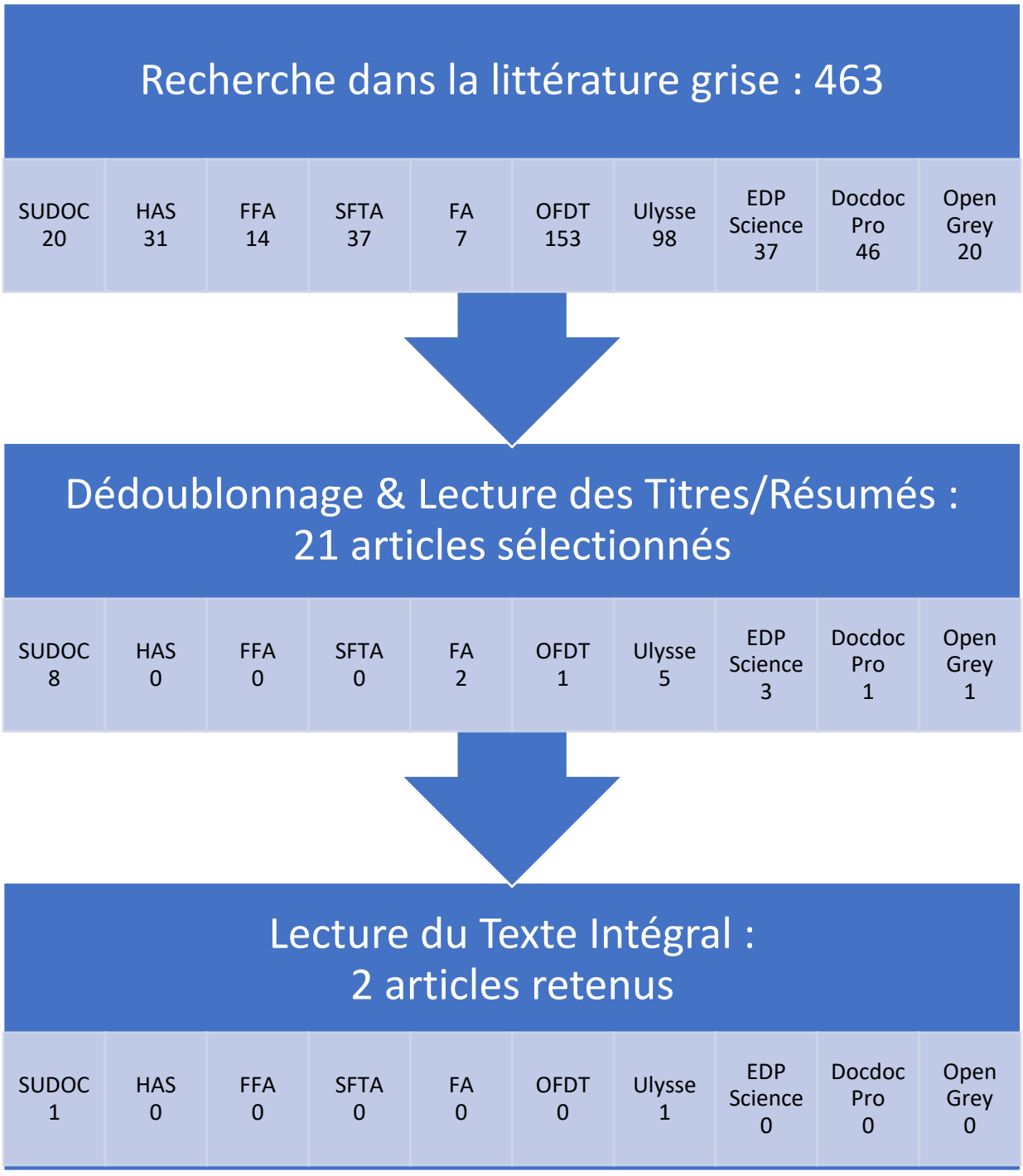
Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (*forest plot*).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

[a]Note du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

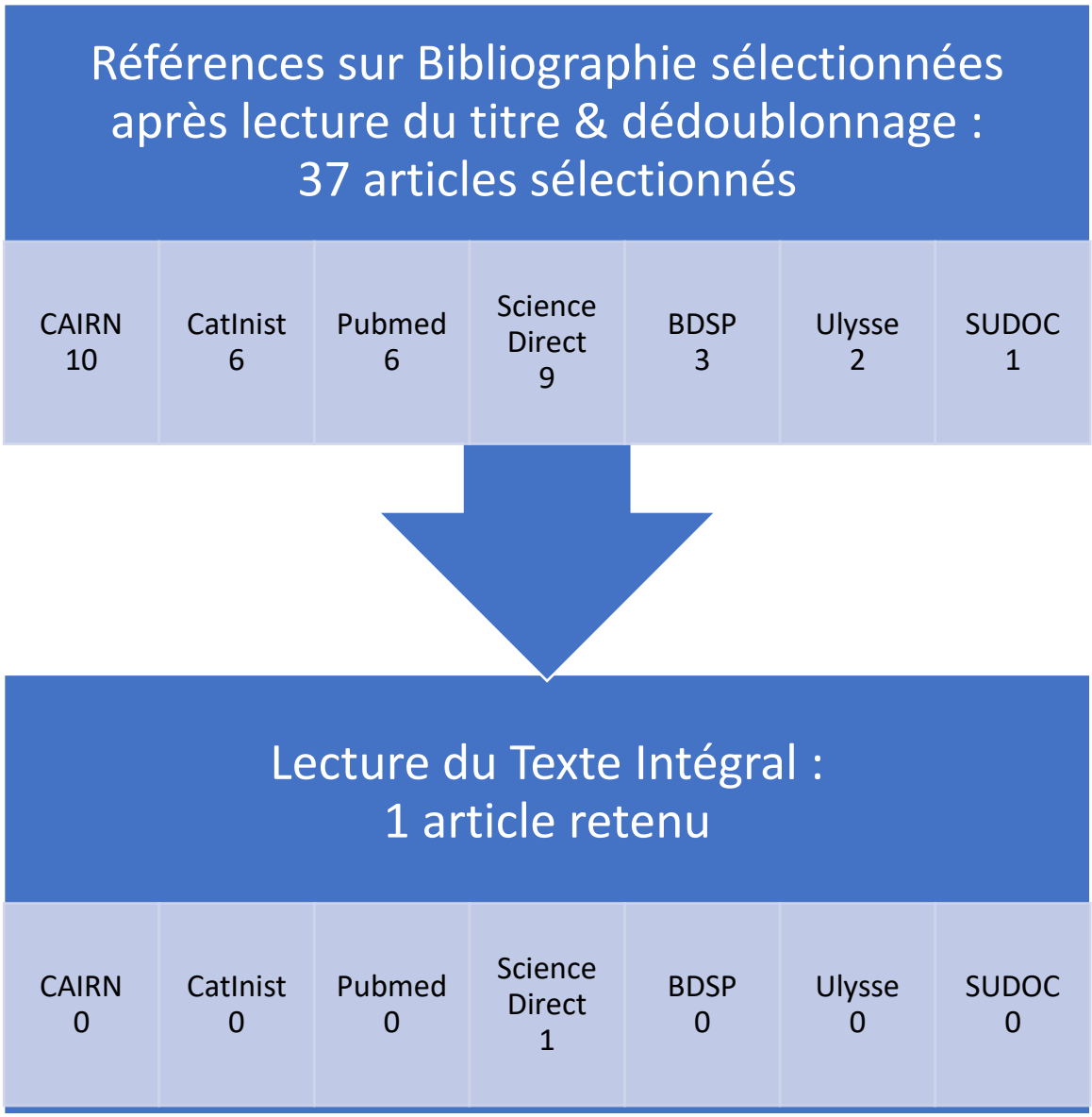
Annexe 2 : Diagramme de Flux résumant les recherches initiales de références dans les bases de données officielles



Annexe 3 : Diagramme de Flux résumant les recherches initiales de références dans la littérature grise



Annexe 4 : Diagramme de Flux résumant la recherche secondaire sur bibliographie



Annexe 5 : Tableau synoptique de comparaison des articles retenus – Bases de Données

Base de Données	Référence		Critères d'Inclusion										
		Inclusion	Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone (suboxone)	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
Fédération Addiction	L'Académie de Médecine et les traitements de substitution : la sombre impasse de l'obscurantisme…	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Fédération Addiction	La crise des opioides en amérique du nord : Description de la crise et des recommandations	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
OFDT	Jean-François Perdriau, Françoise Bâcle, Martine Lalande, Alain Fontaine. Suivi de patients usagers de drogue en médecine générale. Etude propective de suivi de 95 patients. Approche quantitative. OFDT - avril 2001	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ulysse	Céline LENGLET, Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais, FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG, 2015	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ulysse	Jérôme DUMOULIN, Suivi ambulatoire au long cours (au moins 10 ans) des patients sous traitement de substitution aux opiacés par les médecins généralistes, FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG, 2012	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ulysse	Saïd MEGHERBI, Emergences des traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville, UNIVERSITE PAULE VERLAINE DE METZ, 2010	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ulysse	Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale Texte imprimé pratiques de la substitution en ville (approche qualitative) Aude Lalande, Stany Grelet, [OFDT]	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ulysse	M. BROCHARD, C. DANO, Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi	Oui	Oui	OUi	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
EDP Science	Micallef, Joëlle, Vincent Pradel, Xavier Thirion, Pascale Jolliet, et Maryse Lapeyre-Mestre. « Utilisation des bases de données de l'Assurance Maladie par les Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance : exemples, intérêts et perspectives ». Thérapie 59, no 6 (1 novembre 2004): 581-88. https://doi.org/10.2515/therapie:2004100.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
EDP Science	Lapeyre-Mestre, Maryse, et Mathilde Dupui. « Système de surveillance en addictovigilance : quelles données pharmacoépidémiologiques à l'échelle de l'Europe ? » Thérapie 70, no 2 (1 mars 2015): 147-56. https://doi.org/10.2515/therapie/2015006.	Non	OUi	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
EDP Science	Boucherie, Quentin, Elisabeth Frauger, Xavier Thirion, Michel Mallaret, et Joëlle Micallef. « Méthadone gélule : résultats de 5 années d'utilisation en France ». *Thérapie* 70, n° 2 (1 mars 2015): 223-28. https://doi.org/10.2515/therapie/2015015.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Docdocpro	Dominique Dépinoy, Sophie Baron, Florence Leymarie et Annie-Claude Marchand. Prise en charge des patients toxicomanes, analyse d'une cohorte de 99 patients. REV PRATMED GEN 2003 ; 17 (624) : 1139-43.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
OpenGrey	Justis, Céline, et Robert Pujol. *Réduire les risques liés au mésusage et au détournement d'usage des traitements de substitution aux opiacés à l'officine* . Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3, 2014	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
SUDOC	CLAISSE, Julien. « Mésusage de la Buprénorphine haut dosage: suivi rétrospectif de 164 patients morbihannais ». Thèse d'exercice, Université de Paris-Sud. Faculté de médecine, 2009	Document Non disponible en PEB et n'existant dans aucune autre bibliothèque que Paris-Sud											
SUDOC	Benoit, Barbara. « Mésusage de la buprénorphine haut dosage: analyse rétrospective des notifications recueillies au centre d'addictovigilance du Languedoc-Roussillon entre 2002 et 2012 ». Thèse d'exercice, Université de Montpellier I. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques, 2014.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
SUDOC	Garnier, Benjamin. « Mésusage des traitements de substitution aux opiacés: Suboxone®, une nouvelle alternative ». Thèse d'exercice, Aix-Marseille Université. Faculté de Pharmacie, 2013.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
SUDOC	Justis, Céline. « Réduire les risques liés au mésusage et au détournement d'usage des traitements de substitution aux opiacés à l'officine ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences pharmaceutiques, 2014.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
SUDOC	Marton, Delly. « Mésusage: définition, inventaire et analyse des données disponibles : spécificité de la buprénorphine et mise en perspective avec les autres médicaments ». Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, 2016.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
SUDOC	Monod, Maguelonne. « Le médecin et le patient face à l' injection de buprénorphine haut dosage ». Thèse d'exercice, Université d'Aix-Marseille II, 2005.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
SUDOC	Neau, Pierre. « Le médecin généraliste et le mésusage des traitements de substitution aux opiacés: enquête auprès de médecins généralistes en Ille et Vilaine ». Thèse d'exercice, Université de Rennes 1, 2010.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
SUDOC	Vigie, Elodie. « Le mésusage du Subutex® ». Thèse d'exercice, Université de Montpellier I. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques, 2004.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non

Base de Données	Référence		Critères d'Inclusion										
		Inclusion	Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
CAIRN	Collin, Laurent. « Mésusage, mais usage », *Psychotropes* , vol. vol. 14, no. 1, 2008, pp. 77-99.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CAIRN	Dassieu, Lise. « La sélection entre logique d'appropriation et stigmatisation. Les médecins généralistes face aux patients dépendants aux opiacés », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* , vol. 6, no. 1, 2014, pp. 179-197.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CAIRN	Beck, François, et al. « La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes », *Revue française des affaires sociales* , no. 3, 2013, pp. 24-41.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CAIRN	Jamoulle, Pascale. « 1. Les multi-usages de produits licites et illicites », *Drogues de rue. Récits et styles de vie* , sous la direction de Jamoulle Pascale. De Boeck Supérieur, 2000, pp. 91-105.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CAIRN	Jacques, Jean-Pierre, et Christian Figiel. *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet.* De Boeck Supérieur, 2006	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CatInist	« Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ». *La Presse Médicale* 33, n° 18 (octobre 2004): 41-47. https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)72381-7.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CatInist	M, WOODS Tonja, et HILAIRE Michelle L. « Opioid abuse and dependence: Treatment review and future options». *Formulary Cleveland, OH)* 45, n° 9 (2010): 284-91	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
CatInist	T.J, Cicero, Surratt H.L, et Inciardi J. « Use and misuse of buprenorphine in the management of opioid addiction ». *Journal of Opioid Management* 3, n° 6 (2007): 302-8	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CatInist	Barry Stimmel MD (2007) Buprenorphine Misuse, Abuse, and Diversion, , 26:3, 1-3, DOI: 10.1300/J069v26n03_01	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CatInist	E, Moratti, Kashanpour H, Lombardelli T, et Maisto M. « Intravenous misuse of buprenorphine: Characteristics and extent among patients undergoing drug maintenance therapy». *Clinical Drug Investigation* 30, n° 1 (2010): 3-11. https://doi.org/10.2165/11536020-000000000-00000	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CatInist	FERONI, I., P. PERETTI-WATEL, A. PARAPONARIS, A. MASUT, E. RONFLE, J.C. MABRIEZ, et Y. OBADIA. « French General Practitioners'attitudes and Prescription Patterns toward Buprenorphine Maintenance Treatment : Does Doctor Shopping Reflect Buprenorphine Misuse ? » JOURNAL OF ADDICTIVE DISEASES 24, no 3 (2005): 7-22.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CatInist	Stephen Magura PhD, CSW , Stephen J. Lee MD , Edwin A. Salsitz MD , Andrew Kolodny MD , Susan D. Whitley MD , Tanaquil Taubes MD , Randy Seewald MD , Herman Joseph PhD , Deborah J. Kayman PhD, LMSW , Chunki Fong MS , Lisa A. Marsch PhD & Andrew Rosenblum PhD (2007) Outcomes of Buprenorphine Maintenance in Office-Based Practice, Journal of Addictive Diseases, 26:2, 13-23, DOI: 10.1300/J069v26n02_03	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CatInist	STEIN, BRADLEY D, ROSALIE LICCARDO PACULA, ADAM J GORDON, RACHEL M BURNS, DOUGLAS L LESLIE, MARK J SORBERO, SEBASTIAN BAUHOFF, TODD W MANDELL, et ANDREW W DICK. « Where Is Buprenorphine Dispensed to Treat Opioid Use Disorders? The Role of Private Offices, Opioid Treatment Programs, and Substance Abuse Treatment Facilities in Urban and Rural Counties ». *The Milbank Quarterly* 93, n° 3 (septembre 2015): 561-83. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12137.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Ford, Chris, et Iain Ryrie. « A Comprehensive Package of Support to Facilitate the Treatment of Problem Drug Users in Primary Care: An Evaluation of the Training Component ». International Journal of Drug Policy 11, n° 6 (décembre 2000): 387-92. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(00)00064-5.	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Carnes, Neal A., Eric R. Wright, et Connor W. Norwood. « A Qualitative Analysis of Prescribers' and Dispensers' Views on Improving Prescription Drug Monitoring Programs ». Research in Social and Administrative Pharmacy 13, no 6 (novembre 2017): 1167-74. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.12.002.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Kermack, Andrea, Mara Flannery, Babak Tofighi, Jennifer McNeely, et Joshua D. Lee. « Buprenorphine Prescribing Practice Trends and Attitudes among New York Providers ». Journal of Substance Abuse Treatment 74 (mars 2017): 1-6. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.10.005.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Feroni, I., S. Aubisson, A.-D. Bouhnik, A. Paraponaris, A. Masut, C. Coudert, et Y. Obadia. « Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi des patients sous buprénorphine haut dosage ». La Presse Médicale 34, no 17 (octobre 2005): 1213-19. https://doi.org/10.1016/S0755-4982(05)84159-4.	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Sheridan, Janie, et Rachael Butler. « Prescription drug misuse in New Zealand: Challenges for primary health care professionals ». Research in Social and Administrative Pharmacy 7, no 3 (1 septembre 2011): 281-93. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.06.005.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Klimas, Jan, Helen Tobin, Mairead Egan, Barry Tomas, et Gerard Bury. « Primary Care - A Key Route for Distribution of Naloxone in the Community ». *International Journal of Drug Policy* 38 (décembre 2016): 1-3. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.09.008.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Science Direct	Kennedy-Hendricks, Alene, Susan H. Busch, Emma E. McGinty, Marcus A. Bachhuber, Jeff Niederdeppe, Sarah E. Gollust, Daniel W. Webster, David A. Fiellin, et Colleen L. Barry. « Primary Care Physicians' Perspectives on the Prescription Opioid Epidemic ». Drug and Alcohol Dependence 165 (août 2016): 61-70. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.05.010.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Science Direct	Ryrie, Iain, Chris Ford, Jean-Claude Barjolin, Rima Chowdhury, et Cath Roper. « Supporting GPs to Manage Drug Users in General Practice: An Evaluation of the Substance Misuse Management Project ». International Journal of Drug Policy 10, no 3 (juin 1999): 209-21. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(99)00005-5.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Beaumont, Berry. « Survey of Injectable Methadone Prescribing in General Practice in England and Wales ». *International Journal of Drug Policy* 12, n° 1 (avril 2001): 91-101. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(00)00078-5.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Science Direct	Huhn, Andrew S., et Kelly E. Dunn. « Why Aren't Physicians Prescribing More Buprenorphine? » Journal of Substance Abuse Treatment 78 (juillet 2017): 1-7. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.04.005.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Base de Données	Référence		Critères d'Inclusion										
		Inclusion	Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
Pubmed	Stöver, Heino. « Barriers to Opioid Substitution Treatment Access, Entry and Retention: A Survey of Opioid Users, Patients in Treatment, and Treating and Non-Treating Physicians ». European Addiction Research 17, n° 1 (2011): 44-54. https://doi.org/10.1159/000320576.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Mark W. Parrino, Angelo Giovanni Icro Maremmani, Paul N. Samuels & Icro Maremmani (2015) Challenges and Opportunities for the Use of Medications to Treat Opioid Addiction in the United States and Other Nations of the World, Journal of Addictive Diseases, 34:2-3, 255-262, DOI: 10.1080/10550887.2015.1059113	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Schuman-Olivier, Zev, Hilary Connery, Margaret L. Griffin, Steve A. Wyatt, Alan A. Wartenberg, Jacob Borodovsky, John A. Renner, et Roger D. Weiss. « Clinician Beliefs and Attitudes about Buprenorphine/Naloxone Diversion ». *The American Journal on Addictions* 22, n° 6 (décembre 2013): 574-80. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12024.x	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Pubmed	Webster, Lynn R. « Eight Principles for Safer Opioid Prescribing ». *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 14, n° 7 (juillet 2013): 959-61. https://doi.org/10.1111/pme.12194.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Pubmed	Cullen, W., G. Bury, et D. Langton. « Experience of Heroin Overdose among Drug Users Attending General Practice ». *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 50, n° 456 (juillet 2000): 546-49	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Uosukainen, Hanna, Jenni Ilomäki, Jussi Kauhanen, Ulrich Tacke, Jaana Föhr, Jari Tiihonen, et J. Simon Bell. « Factors Associated with Buprenorphine Compared to Amphetamine Abuse among Clients Seeking Treatment in Finland ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 46, n° 5 (juin 2014): 561-66. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.004.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Huang, Charles Lung-Cheng, et Chung Wei Lee. « Factors Associated with Mortality among Heroin Users after Seeking Treatment with Methadone: A Population-Based Cohort Study in Taiwan ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 44, n° 3 (mars 2013): 295-300. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.003.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Auriacombe, Marc, Mélina Fatséas, Jacques Dubernet, Jean-Pierre Daulouède, et Jean Tignol. « French Field Experience with Buprenorphine ». *The American Journal on Addictions* 13 Suppl 1 (2004): S17-28. https://doi.org/10.1080/10550490490440780.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Meyer, Andrew C., Mollie E. Miller, et Stacey C. Sigmon. « Lifetime History of Heroin Use Is Associated with Greater Drug Severity among Prescription Opioid Abusers ». *Addictive Behaviors* 42 (mars 2015): 189-93. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.006.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Weich, L. « Medical Treatment of Opioid Dependence within the South African Context ». *SADJ: Journal of the South African Dental Association = Tydskrif van Die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging* 65, n° 4 (mai 2010): 168-71.	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Medication-Assisted Treatment of Opioid Use Disorder in Adolescents and Young Adults.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Henry, J. A. « Methadone: Where Are We Now? » Hospital Medicine (London, England: 1998) 60, no 3 (mars 1999): 161-64.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Casati, Alicia, Roumen Sedefov, et Tim Pfeiffer-Gerschel. « Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature ». *European Addiction Research* 18, n° 5 (2012): 228-45. https://doi.org/10.1159/000337028.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Bleckwenn, Markus, Lara Heister, Moritz Weckbecker, Klaus Weckbecker, et Martin Mücke. « Misuse of Substitution Drugs in the Substitution-Based Therapy ». *European Addiction Research* 22, n° 6 (2016): 322-28. https://doi.org/10.1159/000448616.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Tetrault, Jeanette M., et Jenna L. Butner. « Non-Medical Prescription Opioid Use and Prescription Opioid Use Disorder: A Review ». *The Yale Journal of Biology and Medicine* 88, n° 3 (septembre 2015): 227-33.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	NOn	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Allen, Bennett, et Alex Harocopos. « Non-Prescribed Buprenorphine in New York City: Motivations for Use, Practices of Diversion, and Experiences of Stigma ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 70 (2016): 81-86. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.002	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Ferner, Robin Esmond, et Anthony M. Daniels. « Office-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients ». *The New England Journal of Medicine* 348, n° 1 (2 janvier 2003): 81-82; author reply 81-82. https://doi.org/10.1056/NEJM200301023480118.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Naegle, Madeline, Expert Panel Psychiatric, Mental Health & Substance Abuse, Ann M. Mitchell, Expert Panel Psychiatric, Mental Health & Substance Abuse, Margaret Flinter, Expert Panel Primary Care, Lynne Dunphy, et al. « Opioid Misuse Epidemic: Addressing Opioid Prescribing and Organization Initiatives for Holistic, Safe and Compassionate Care ». *Nursing Outlook* 65, n° 4 (août 2017): 477-79. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.07.001.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Sharma, Bikash, Ann Bruner, Gabrielle Barnett, et Marc Fishman. « Opioid Use Disorders ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 25, n° 3 (juillet 2016): 473-87. https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.03.002	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Barry, Declan T., Jonathan D. Savant, Mark Beitel, Christopher J. Cutter, Brent A. Moore, Richard S. Schottenfeld, et David A. Fiellin. « Pain and Associated Substance Use among Opioid Dependent Individuals Seeking Office-Based Treatment with Buprenorphine-Naloxone: A Needs Assessment Study ». *The American Journal on Addictions* 22, n° 3 (juin 2013): 212-17. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00327.x.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non

Référence	Inclusion	Critères d'Inclusion										
		Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
Gryczynski, Jan, Jerome H. Jaffe, Robert P. Schwartz, Kristi A. Dušek, Nishan Gugsa, Cristin L. Monroe, Kevin E. O'Grady, Yngvild K. Olsen, et ShanNon Gwin Mitchell. « Patient Perspectives on Choosing Buprenorphine over Methadone in an Urban, Equal-Access System ». The American Journal on Addictions 22, no 3 (juin 2013): 285-91. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.12004.x.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Kelly, Sharon M., Kevin E. O'Grady, ShanNon Gwin Mitchell, Barry S. Brown, et Robert P. Schwartz. « Predictors of Methadone Treatment Retention from a Multi-Site Study: A Survival Analysis ». Drug and Alcohol Dependence 117, no 2-3 (1 septembre 2011): 170-75. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Hoefer, Michael, et Ismene Petrakis. « Prescription Drug Monitoring Programs and Buprenorphine Maintenance: Clinical Considerations ». *The American Journal on Addictions* 23, n° 6 (décembre 2014): 616-17. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12149.x.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Russell, Cayley, Michelle Firestone, Len Kelly, Christopher Mushquash, et Benedikt Fischer. « Prescription Opioid Prescribing, Use/Misuse, Harms and Treatment among Aboriginal People in Canada: A Narrative Review of Available Data and Indicators ». *Rural and Remote Health* 16, n° 4 (décembre 2016): 3974	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Lepère, B., L. Gourarier, M. Sanchez, C. Adda, E. Peyret, F. Nordmann, P. Ben Soussen, M. Gisselbrecht, et W. Lowenstein. « [Reduction in the number of lethal heroin overdoses in France since 1994. Focus on substitution treatments] ». Annales De Medecine Interne 152 Suppl 3 (avril 2001): IS5-12	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Man, Lan-Ho, David Best, Michael Gossop, Garry Stillwell, et John Strang. « Relationship between Prescribing and Risk of Opiate Overdose among Drug Users in and out of Maintenance Treatment ». *European Addiction Research* 10, n° 1 (2004): 35-40. https://doi.org/10.1159/000073724.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Baxter, LOuis E., Anthony Campbell, Michael Deshields, Petros Levounis, Judith A. Martin, Laura McNicholas, J. Thomas Payte, Edwin A. Salsitz, Trusandra Taylor, et Bonnie B. Wilford. « Safe Methadone Induction and Stabilization: Report of an Expert Panel ». Journal of Addiction Medicine 7, no 6 (décembre 2013): 377-86.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Rolland, B., A. Muyssen, T. Danel, et O. Cottencin. « [Should high-dose buprenorphine be withdrawn from the French market?] ». *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* 61, n° 2 (avril 2013): 91-92. https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.02.001.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Yang, Amy, Cynthia L. Arfken, et Chris-Ellyn Johanson. « Steps Physicians Report Taking to Reduce Diversion of Buprenorphine ». The American Journal on Addictions 22, n° 3 (juin 2013): 184-87. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00335.x.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Furst, R. Terry. « Suboxone Misuse along the Opiate Maintenance Treatment Pathway ». *Journal of Addictive Diseases* 32, n° 1 (2013): 53-67. https://doi.org/10.1080/10550887.2012.759860.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Fahey, Tom, Fergus Law, Helen Cottee, et Pete Astley. « Sudden Death in an Adult Taking Methadone: Lessons for General Practice ». *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 53, n° 491 (juin 2003): 471-72.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
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 7 (9 septembre 2014): 449-57. https://doi.org/10.2147/IJGM.S61014.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Weiss, Roger D., et Vinod Rao. « The Prescription Opioid Addiction Treatment Study: What Have We Learned ». *Drug and Alcohol Dependence* 173 Suppl 1 (1 avril 2017): S48-54. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.001.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Welsh, Christopher. « The Use of Buprenorphine to Reverse Opioid Overdose Deserves Further Evaluation ». *Addiction (Abingdon, England)* 103, n° 12 (décembre 2008): 2066-67. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02410.x.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Dyer, Clare. « UK Doctor Is Struck off after Drug User Dies from Overmedication ». BMJ (Clinical Research Ed.) 348 (10 février 2014): g1448.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Fatseas, M., et Marc Auriacombe. « Why Buprenorphine Is so Successful in Treating Opiate Addiction in France ». *Current Psychiatry Reports* 9, n° 5 (octobre 2007): 358-64.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Roux, Perrine, Virgine Villes, Jerome Blanche, Didier Bry, Bruno Spire, Isabelle Feroni, et M. Patrizia Carrieri. « Buprenorphine in Primary Care: Risk Factors for Treatment Injection and Implications for Clinical Management ». *Drug and Alcohol Dependence* 97, n° 1-2 (1 septembre 2008): 105-13. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.025	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
THIRION, X., V. LAPIERRE, J. MICALLEF, E. RONIFLE, A. MASUT, V. PRADEL, C. COUDERT, et al. « Buprenorphine Prescription by General Practitioners in a French Region. » *DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE* 65, n° 2 (2002): 197-204.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ROUX, P., V. VILLES, D. BRY, B. SPIRE, I. FERONI, F. MARCELLIN, et M.P. CARRIERI. « Buprenorphine Sniffing as a Response to Inadequate Care in Substituted Patients : Results from the Subazur Survey in South-Eastern France. » *ADDICTIVE BEHAVIORS* 33 (2008): 1625-29.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
PACHABEZIAN, Vincent, et Réseau Paris Rive Gauche. (R.P.R.G.). Paris. FRA. « Enquête sur les traitements de substitution en médecine générale. » THS LA REVUE DES ADDICTIONS 8, no 29 (juin 2006): 1455-57.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Base de Données	Référence	Inclusion	Critères d'Inclusion										
			Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
BDSP	BELLO, Pierre-Yves, Emmanuelle CHEVALLIER, Françoise CAYLA, Richard LEPEC, Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse. FRA, et Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA / com. « Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne dans l'agglomération toulousaine. » Toulouse: ORS, juin 2000. BDSP/ORSMIP : PAT 728. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	PRADEL, V., V. LAPIERRE, X. THIRION, E. RONFLE, J. MICALLEF, A. MASUT, C. COUDERT, J.C. MABRIEZ, et J.L. SANMARCO. « Etude de la "méthadone relais" dans le département des Bouches-du-Rhône. » *BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE*, n° 32 (7 août 2001): 151-53.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
BDSP	COLAS DOLIGEZ, Nathalie, et Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com. « Évaluation de la prise en charge globale du patient substitué aux opiacés en médecine générale. », 2008. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : PA7-2008-129).	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	DUBURCQ, Anne, Marc PECHEVIS, Sandrine COLOMB, Cédric MARCHAND, Christophe PALLE, et Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. « Evolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001. » TENDANCES, no 20 (mars 2002): 4p	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. FRA / com. « Existe-t-il une évolution des pratiques des professionnels qui interviennent dans les secteurs spécialisés de l'alcoologie et de la toxicomanie face aux nouveaux modes de consommation de substances licites et illicites ? », 2003. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/ENSP : 134933, OE03/0041, OE03/0042, OE03/0043, OE03/0044).	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
BDSP	MOATTI, J.P., M. SOUVILLE, N. ESCAFFRE, et Y. OBADIA. « French General Practitioners'attitudes toward Maintenance Drug Abuse Treatment with Buprenorphine. » *ADDICTION* 93, n° 10 (1998): 1567-75	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	FERONI, I., P. PERETTI-WATEL, A. MASUT, C. COUDERT, A. PARAPONARIS, et Y. OBADIA. « French General Practitioners'prescribing High-Dosage Buprenorphine Maintenance Treatment : Is the Existing Training (Good) Enough ? » *ADDICTIVE BEHAVIORS* 30, n° 1 (2005): 187-91.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	CHATEAU-THIERRY LEMAITRE, Claire-De, et Université Paris 11. Faculté de médecine de Paris-Sud. Kremlin-Bicêtre. FRA / com. « Intervention du médecin généraliste auprès des usagers de drogues. », 2006. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : PA11KRE-2006-5007).	Document Non disponible en PEB et n'existant dans aucune autre bibliothèque que Paris-Sud											
BDSP	Observatoire Régional de la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.). Marseille. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). U 379. Marseille. FRA, Service Médical de l'Assurance Maladie des Bouches du Rhône. Marseille. FRA, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. (M.I.L.D.T.). Paris. FRA / com., et Conseil Général des Bouches du Rhône. Marseille. FRA / com. « La prescription de Buprénorphine Haut Dosage en médecine générale dans les Bouches du Rhône. Déterminants de la prescription, prise en charge des patients et profils des médecins prescripteurs. premiers résultats de l'enquête : Buprénorphine MG 13. » *REGARDS SANTE*, n° 4 (octobre 2004): 4p	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	BECHENNEC, Gaël, et Université de Paris 12 Val de Marne. Faculté de médecine. Créteil. FRA / com. « La prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés en médecine générale. », 2005. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : PA12CRE-2005-1063).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	CLAROUX-BELLOCQ, D., B. POUGNET, M.N. DAMON, C. PETER, et D. KOSELLEK. « La substitution aux opiacés en médecine de ville. » LE CONCOURS MEDICAL 126, no 16 (28 avril 2004): 891-94.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	JEAN-LOUIS, Christine, et Université d'Auvergne Clermont 1. Clermont-Ferrand. FRA / com. « La substitution par SUBUTEX : pratiques des médecins généralistes du Puy-de-Dôme au cours de l'année 2004. », 2005. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : CLERMONT FERRAND-2005-R33)	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	SZYMANSKI ALLARD, Caroline, et Université François Rabelais. Tours. FRA / com. « Le médecin généraliste, le patient et la substitution aux opiacés : déterminants et description d'une prise en charge : étude réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes du département du Cher. », 2007. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : TOURS-2007-3021).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	JAUFFRET, M. « Les médecins généralistes et la prise en charge des usagers de drogues. » *SWAPS*, n° 11 (mars 1999): 7-8.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	PLANCKE, Laurent, Sébastien LOSE, Alina AMARIEI, Emmanuel BENOIT, Marie-Lise CHANTELOU, et Groupement régional de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie du Nord Pas de Calais. (G.R.A.N.I.T.E.A.). Lille. FRA. « Les traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville dans le Nord - Pas-de-Calais. », décembre 2010. BDSP/AED-BDSP : Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	ROCH, Valérie, et Université de Toulouse 3 Paul Sabatier. Toulouse. FRA / com. « Les traitements de substitution des opiacés neuf ans après leur disponibilité en France : enquête auprès de quinze médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie de Toulouse. », 2005. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : TOULOUSE-2005-1013).	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	CLAROUX-BELLOCQ, D., S. DE BAILLIENCOURT, F. SAINT-JEAN, F. CHINAUD, N. VALLIER, A. WEILL, P. FENDER, H. ALLEMAND, et Groupe Medipath. Saint Raphael. FRA. « Les traitements de substitutions aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie. » *REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE* 34, n° 2 (06 2003): 93-102.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non

Base de Données	Référence		Critères d'Inclusion											
		Inclusion	Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d' exercice
BDSP	ALCHIMOWICZ, Jakub, et Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA / com. « Place du médecin généraliste dans le suivi du patient toxicomane sous traitement substitutif aux opiacés : enquête auprès de 102 médecins généralistes du département du Haut Rhin. », 2012. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : STRASBOURG-2012-75).	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	BRECHER, Michaël, et Université Paris 6 Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine. Paris. FRA / com. « Prescription de traitements de substitution aux opiacés par les médecins généralistes de l'Est parisien. », 2009. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : PA6-2009-G28).	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	COLAIACOVO, Grégory, et Université de Franche-Comté. Besançon. FRA / com. « Prise en charge de la dépendance aux opiacés en Franche-Comté : état des lieux des pratiques des généralistes et perspectives d'amélioration de l'offre et de la qualité des soins. », 2015. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : BESANCON-2015-146).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	LE MAUX, Audrey, et Université Henri Poincaré Nancy 1. Nancy. FRA / com. « Prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés : audit de pratique auprès de médecins généralistes lorrains. », 2012. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : NANCY-2012).	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	BARRIERE, Ludovic, et Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. « Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ? », 2015. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : LILLE-2015-2015LIL2M034).	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	FROST, Marco, et Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA / com. « Substitution aux opiacés en médecine générale au Luxembourg en 2013. », 2013. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : STRASBOURG-2013-2013STRA3159).	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	LAPORTE ARRAMENDY, Jean-Bernard, et Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. FRA / com. « Substitution chez le toxicomane en médecine de ville : enquête à Bordeaux deux ans après la mise à disposition du Subutex. », 1998. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/ENSP : OH98/0013).	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	OUi	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	HOANG, Cong-Thanh, et Université de Reims. Reims. FRA / com. « Subutex : la pratique des médecins généralistes rémois : enquête auprès des médecins généralistes de la ville de Reims. », 2008. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : REIMS-2008-18).	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	GARIPUY, D., P. DE LAPANOUSE, B. CHAMPANET, J. CHIBON, Y. PAUBERT, et Groupe de Réflexion et d'Action des Praticiens Hospitaliers et Intervenants en Toxicomanie Interdépartemental. (G.R.A.P.H.I.T.I.). Toulouse. FRA. « Subutex 6 ans après. », 45p. CIRDD, 2003.	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
BDSP	DUMOULIN, Jérôme, et Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. « Suivi ambulatoire au long cours (au moins 10 ans) des patients sous traitements de substitution aux opiacés par les médecins généralistes. », 2012. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : LILLE-2012-33).	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
BDSP	BARJAUD, Mathieu, et Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. « Suivi au long cours des patients sous méthadone par le médecin généraliste : étude prospective 3 ans après le relais du CSST du CHRU de Lille. », 2009. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : LILLE-2009-66).	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	GUINCHARD, Annika, et Université de Bourgogne. Dijon. FRA / com. « Suivi et prise en charge des patients toxicomanes dépendants des opiacés par les médecins généralistes de Côte d'Or : enquête de pratique et proposition de recommandations. », 2006. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : DIJON-2006-22).	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	BRISACIER, A.C., et Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. « Tableau de bord "Traitements de substitution aux opiacés" 2018. », 2018. BDSP/OFDT : 79848. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
BDSP	GENEAU, Isabelle, et Université de Poitiers. Poitiers. FRA / com. « Toxicomanie et traitement de substitution par buprénorphine haut dosage en Deux-Sèvres : à partir d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes. », 2004. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : POITIERS-2004-1067).	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Annexe 6 : Tableau synoptique de comparaison des articles retenus – Littérature Grise

Article initialement issu de la base de données :	Référence Bibliographique	Inclusion	Critères d'Inclusion											
			Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone (suboxone)	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
CAIRN	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) : Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés – Anaes (mars 2005)	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CAIRN	Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L. (2011b), « Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France », Revue d'épidémiologie et de santé publique, n°59,p.285–294.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
CAIRN	Canarelli T., Coquelin A. (2009), « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés », Tendances, n° 65, p. 1-4.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CAIRN	Pin S. (2005), « Drogues : la prise en charge des patients toxicomanes », in A. Gautier (dir.) Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, Saint-Denis, INPES, p. 164-189.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
CAIRN	Vignau J., Duhamel A., Catteau J. et al. (2001), « Practice-Based Buprenorphine Maintenance Treatment (BMT) : How do French Healthcare Providers Manage the Opiate-Addicted Patients ? », Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 21, n° 3, p. 135-144.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CAIRN	Romain Guignard, François Beck, Ivanna Obradovic, Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, *in* Arnaud Gautier (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Paris, INPES, 2011, p. 177-201.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CAIRN	DENIS, B., LAFONTAINE, J.-B., VAN WOENSEL, G., LEJEUNE, D., « Traitements Méthadone : les généralistes d'ALTO évaluent leur pratique », *La Revue de la Médecine Générale*, n° 204, juin 2003, 282-287.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CAIRN	GOSSOP, M., MARSDEN *et al.*, « Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice », *Br J Gen Practice*, 1999, 49, 31-34.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CAIRN	KING, M. *et al.*, « A controlled evaluation of small-group education of general practioners in the management of drug users », *British J of Gen Practice*, 1998, 48, 1159-1160.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CAIRN	VAN BRUSSEL, G., « Methadone treatment by General Practitioners in Amsterdam », *Bull NY Acad Med*, vol. 72, n° 2, winter 1995, 348-358.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CatInist	Guichard, Anne, France Lert, Christine Calderon, Hind Gaigi, Olivier Maguet, Jérôme Soletti, Jean-Marc Brodeur, Lucie Richard, Mike Benigeri, et Maria-Victoria Zunzunegui. « Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France ». *Addiction* 98, n° 11 (s. d.): 1585-97. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00500.x.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CatInist	Oliva EM, Maisel NC, Gordon AJ, Harris AH. Barriers to use of pharmacotherapy for addiction disorders and how to overcome them. Curr Psychiatry Rep. 2011;13(5):374-381	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
CatInist	Johanson CE, Arfken CL, di Menza S, Schuster CR. Diversion and abuse of buprenorphine: findings from national surveys of treatment patients and physicians. Drug Alcohol Dependence. 2012;120(1-3):190-195.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CatInist	Gordon AJ, Liberto J, Granda S, Salmon-Cox S, Andr´ee T, Mc-Nicholas L. Outcomes of DATA 2000 certification trainings for the provision of buprenorphine treatment in the Veterans Health Administration. *Am J Addict*. 2008;17(6):459-462.	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
CatInist	Bacha J, Reast S, Pearlstone A. Treatment practices and perceived challenges for European physicians treating opioid dependence. Heroin Addict Relat Clin Probl. 2010;12(3):9–19.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CatInist	O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT. Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come. Ann Intern Med. 2011;154(1):56–9.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	SAMHSA. Results from the 2012 National Survey on Drug Abuse and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-46, Publication No. (SMA) 13-4795. Center for Behavioral Health and Statistics Quality. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD, 2013	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non

Base de Données	Référence		Critères d'Inclusion										
		Inclusion	Article de recherche original ou revue ou rapport ou thèse ou guide de bonne pratique	Etude Quantitative	Traitant du mésusage des TSO	Traitant des représentations qu'en ont les médecins généralistes	Comportant des témoignages identifiant les obstacles à la pratique de l'addictologie	Se référant aux molécules de substitution présentes en France : Subutex, buprénorphine, méthadone	Concernant les patients toxicomanes	Écrit en français ou en anglais	Publié entre 1997 et 2018	Concernant tous les patients toxicomanes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation géographique	Concernant tous les médecins généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur mode d'exercice
Pubmed	Auriacombe M, Fatseas M, Dubernet J, et al.: French field experience with buprenorphine. Am J Addict 2004, 13(Suppl 1):S17–S28.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, et al.: Prescription de buprenorphine haut dosage par des médecins generalists. Rev Epidemiol Sante Publique 2004, 52:511–522	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Pubmed	Auriacombe M, Franques P, Daulouède J, et al.: Traitements de substitution : le médicament est. celui qui le donne. Les modalités de mise à disposition d'un traitement de substitution par buprénorphine influencent-elles la réponse générale au traitement? Courrier des Addictions 2002, 4:104–106.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pubmed	Netherland J, Botsko M, Egan JE. Factors affecting willingness to provide buprenorphine treatment. J Subst Abuse Treat., 2009	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pubmed	Turner BJ, Laine C, Lin Y-T. 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	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Davies A, Huxley P. Survey of general practitioners' opinions on treatment of opiate users. British Medical Journal 1997;314:1173–4.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Deehan A, Taylor C, Strang J. The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and 'shared care' proposals. British Journal of General Practice 1997;47:705–9.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	JR DeFlavio, SA Rolin, et BR Nordstrom, « Analysis of Barriers to Adoption of Buprenorphine Maintenance Therapy by Family Physicians », s. d., 11.	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Chinazo O Cunningham et al., « Attending Physicians' and Residents' Attitudes and Beliefs About Prescribing Buprenorphine at an Urban Teaching Hospital », *Family Medicine* 38, n° 5 (s. d.): 5	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Chinazo O. Cunningham et al., « Barriers to Obtaining Waivers to Prescribe Buprenorphine for Opioid Addiction Treatment Among HIV Physicians », Journal of General Internal Medicine 22, no 9 (10 août 2007): 1325-29, https://doi.org/10.1007/s11606-007-0264-7.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	E. Hutchinson et al., « Barriers to Primary Care Physicians Prescribing Buprenorphine », *The Annals of Family Medicine* 12, n° 2 (1 mars 2014): 128-33, https://doi.org/10.1370/afm.1595	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Science Direct	Sean M. Murphy et al., « Determinants of Buprenorphine Treatment for Opioid Dependence », *Journal of Substance Abuse Treatment* 46, n° 3 (mars 2014): 315-19, https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.09.003	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Wendy Kissin et al., « Experiences of a National Sample of Qualified Addiction Specialists Who Have and Have Not Prescribed Buprenorphine for Opioid Dependence », Journal of Addictive Diseases 25, no 4 (2 novembre 2006): 91-103, https://doi.org/10.1300/J069v25n04_09	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Science Direct	Alexander Y. Walley et al., « Office-Based Management of Opioid Dependence with Buprenorphine: Clinical Practices and Barriers », *Journal of General Internal Medicine* 23, n° 9 (septembre 2008): 1393-98, https://doi.org/10.1007/s11606-008-0686-x	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	Laleu E., "Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de Médicaments de Substitution aux Opiacés. Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du bassin de santé de Villefranche de Rouergue", UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER FACULTE DE MEDECINE, 2013	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BDSP	Pierre Poloméni et Raymund Schwan, « Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management », *International Journal of General Medicine* 7 (3 mars 2014): 143-48, https://doi.org/10.2147/IJGM.S53170.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
BDSP	Dr Daniel GRUNWALD, "PRISE EN CHARGE MEDICALE DES TOXICOMANES DISPOSITIONS ACTUELLES - REFLEXIONS D'AVENIR", Rapport adopté lors de la session de juillet 1998 ordre des médecins	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Ulysse	Kelleher, Sean. « Health Care Professionals' Knowledge and Attitudes Regarding Substance Use and Substance Users ». *Accident and Emergency Nursing* 15, n° 3 (juillet 2007): 161-65. https://doi.org/10.1016/j.aaen.2007.05.005.	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Ulysse	Scarborough, Jane, Jaklin Eliott, et Annette Braunack-Mayer. « Opioid Substitution Therapy – a Study of GP Participation in Prescribing », s. d., 4.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SUDOC	Pelet, Anne, Jacques Besson, Alain Pécoud, et Bernard Favrat. « Difficulties associated with outpatient management of drug abusers by general practitioners. A cross-sectional survey of general practitioners with and without methadone patients in Switzerland ». *BMC Family Practice* 6 (19 décembre 2005): 51. https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-51	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

VU

NANCY, le **19 octobre 2018**
Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **22 octobre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10521

NANCY, le **23 octobre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

CONTEXTE :
Malgré la politique de réduction des risques mise en place en France pour soigner la toxicomanie et ses complications, incluant une facilité d'accès aux traitements de substitution, la prise en charge des patients présentant une addiction aux opiacés souffre de la persistance de l'addictophobie, parmi la population ou le personnel soignant, parfois attribuée au mésusage des traitements de substitution. Par ce travail, nous avons cherché à définir la représentation qu'ont les médecins généralistes du mésusage, si celui-ci constitue un obstacle à la pratique de l'addictologie dans leur exercice en cabinet, et à proposer une définition du mésusage.

METHODE :
Nous avons choisi d'effectuer une revue de la littérature systématique, basée sur le modèle PRISMA, des articles quantitatifs traitant du mésusage. La question de recherche était « l'image du mésusage conduit-elle à une addictophobie auprès des médecins généralistes avec refus de prise en charge des patients sous substitution ? ».

RÉSULTATS :
La recherche documentaire a été menée entre février et mai 2018. Huit références ont ainsi pu être sélectionnées et analysées après les phases de recrutement, dédoublonnage, et lecture des textes intégraux retenus, afin de répondre à la question de recherche de notre travail.

DISCUSSION :
Les données sur le mésusage des médicaments de substitutions sont plutôt rares. Sur les 153 références ayant retenues notre attention, seules 8 ont donc été inclues. La représentation du mésusage ne fait pas l'unanimité, mais englobe plusieurs champs, les usages en dehors du cadre médical, le mode ou les voies d'administration, les associations problématiques avec d'autre médicaments ou produits psychoactifs, le nomadisme et la poly prescription, et le mésusage lié au trafic de ces produits. Si le mésusage semble bien être un frein à la pratique de l'addictologie, l'addictophobie semble être la conséquence de plusieurs facteurs, dont les préjugés, le manque de formation des médecins généralistes, et les difficultés organisationnelles.

MOTS CLES :
Mésusage, détournement, addictophobie, médecin généraliste, toxicomanie, traitement de substitution, dépendance aux opiacés, refus de soins, stigmatisation, quantitative.

TITRE EN ANGLAIS: The misuse of the substitute drug: a brake to the practice of addictology by liberal general practioners? Supplement of literature review on quantitative studies.

THESE. MEDECINE GENERALE – ANNÉE 2018

MOTS CLES. Mésusage, détournement, addictophobie, médecin généraliste, toxicomanie, traitement de substitution, dépendance aux opiacés, refus de soins, stigmatisation, quantitative.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-les-Nancy Cedex