



HAL
open science

Implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine en soins primaires

Julie Dupouy

► **To cite this version:**

Julie Dupouy. Implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine en soins primaires. *Politiques des drogues*, 2022, n°3, pp.46-53. hal-03879213

HAL Id: hal-03879213

<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-03879213>

Submitted on 30 Nov 2022

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.

IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRESCRIPTION DE BUPRÉNORPHINE EN SOINS PRIMAIRES

Pr Julie Dupouy

MSPU de Pins Justaret, Département Universitaire de Médecine Générale -
Faculté de Santé - Université Toulouse III Paul Sabatier -
CERPOP UMR 1295 Inserm UPS - Equipe EQUITY

Environ 26,8 millions de personnes dans le monde présentaient en 2016 un trouble de l'usage des opioïdes (TUO), pathologie chronique définie par le DSM-5¹ comme « un mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative » ; l'Amérique du Nord étant en première place en termes de prévalence². L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) recensait 1 million d'usagers problématiques d'opioïdes dans l'Union Européenne (UE) en 2019³.

Malgré les améliorations apportées au cours des deux dernières décennies dans le soin des TUO en Europe, ceux-ci ont toujours des conséquences médico-sociales importantes⁴, dont un risque de décès 5 à 10 fois plus élevé par rapport aux personnes de même sexe et de même âge⁵.

La buprénorphine et la méthadone sont deux médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) indiqués pour le traitement des TUO ; ils font partie de la liste des « Médicaments essentiels » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)^{6,7}, signifiant que l'accès à ces médicaments est un droit humain⁷. Ces médicaments ont prouvé leur efficacité pour le traitement des TUO^{8,9} et sont associés à une diminution de la mortalité toutes causes chez les personnes sous traitement¹⁰⁻¹².

En Europe, 654 000 usagers d'opioïdes étaient sous MSO en 2017, ce qui équivaut à environ la moitié des consommateurs avec des disparités parfois importantes en terme de couverture d'un pays à un autre⁴. La méthadone représente les deux tiers des prescriptions de MSO, le tiers restant étant en grande majorité représenté par la buprénorphine⁴.

La France a pour particularité une place prépondérante de la buprénorphine qui représente 62 % des ventes de MSO en 2019 contre 38 % pour la méthadone¹³. En 2017, environ 180 000 personnes avaient bénéficié d'un MSO, soit un taux de couverture de 85 %, ce qui est bien plus que la moyenne européenne^{4,13}. Cette spécificité française s'explique par une plus grande accessibilité de la buprénorphine comparée à la méthadone, permise par le cadre réglementaire

actuel, ainsi que par l'implication des médecins généralistes dans le soin des TUO^{14,15}.

En effet, depuis sa mise sur le marché en 1996, la prescription de buprénorphine peut être réalisée par tout médecin, et ce sans formation spécifique préalable ni conditions particulières¹⁶. La prescription initiale de méthadone, mise sur le marché en 1995, ne peut a contrario être réalisée que par un médecin exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou en service hospitalier¹⁷.

La France est le premier pays à avoir rendu la prescription de buprénorphine pour les patients ayant un TUO aussi accessible, avec pour conséquence des résultats très positifs en termes de diminution de la consommation d'héroïne, de décès par surdose et d'amélioration des conditions sociales, faisant alors de ce « modèle français » un exemple sur le plan mondial¹⁴. Une particularité fondamentale de ce modèle est que la majorité des prescriptions de buprénorphine proviennent de médecins généralistes (MG) exerçant en soins primaires¹⁴. En effet, 80 % des prescriptions de buprénorphine proviennent de médecins libéraux, dont 98 % sont des MG¹³.

Malgré cette particularité française, une diminution des prescriptions de buprénorphine a été décrite ces dernières années¹⁸. Selon le Groupe Santé Addictions, la prise en charge en ville des TUO serait en danger et seulement 5 % des MG seraient impliqués dans le suivi des patients ayant cette pathologie¹⁹. De plus, une étude récente menée sur les données du système national de santé de 2009 à 2015 a mis en évidence une diminution de la proportion de MG initiant un traitement par buprénorphine, qui est passée de 10,3 % en 2009 à 5,7 % en 2015²⁰.

L'objectif principal du projet IMPLI-MG-TUO était de comprendre les changements d'implication des MG dans la prise en charge en soins primaires des patients ayant un TUO. Pour cela, nous avons mené une étude mixte de type séquentiel explicatif QUAN -> qual, comprenant une enquête épidémiologique transversale descriptive, complétée par une étude qualitative afin de comprendre les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine. L'enquête avait pour objectif de décrire les freins à la prescription de buprénorphine en médecine générale, avec un objectif secondaire de décrire les pratiques de prescription de buprénorphine des médecins généralistes²¹. L'étude qualitative avait pour objectif d'approfondir ces premiers résultats en explorant les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine afin de chercher à en expliquer les mécanismes.

Matériel et méthodes

Cette recherche a été financée par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) et l'Alliance Aviesan, dans le cadre de l'appel à projets de recherche pour lutter contre les addictions aux substances psychoactives et constitue le premier volet d'un projet d'étude mixte intitulé « Comprendre les changements d'implication des médecins généralistes dans la prise en charge en soins premiers des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes », enregistré sous le numéro de référence IRESP-19-ADDICTIONS-07.

L'avis favorable de la Commission d'Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a été obtenu. Le traitement des données concernant les MG a été conforme à la méthodologie de référence MR004 (enregistrement auprès du délégué à la protection des données du Département Universitaire de Médecine Générale).

Enquête auprès du réseau Sentinelles

Nous avons mené une enquête épidémiologique transversale descriptive, par un volet déclaratif et un second volet de recueil de données des dossiers médicaux, auprès des MG du réseau, Sentinelles (réseau de veille sanitaire, MG non sélectionnés sur leurs compétences en addictologie)²². Le recrutement a été effectué par le réseau Sentinelles qui a sollicité les MG actifs du réseau par mail. Les données ont été recueillies de mars à juillet 2021, à partir de trois questionnaires regroupés dans une seule enquête adressée aux MG Sentinelle. Au total, les questionnaires ont été envoyés à 689 médecins, par format en ligne ou papier. L'analyse statistique descriptive puis analytique comprenait un modèle de régression logistique multivariée, évaluant quelles variables étaient associées au fait d'être un médecin qui initiait de la buprénorphine.

Étude qualitative

Le recrutement des participants à partir de la population source (MG français installés sur le territoire français) a été réalisé selon la technique de l'échantillonnage boule-de-neige²³. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons adapté le recrutement afin d'établir un échantillon de MG le plus diversifié possible, en appliquant un échantillonnage par choix raisonné²⁴.

Le guide d'entretien a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire, travaillé à partir des données issues de l'enquête, et ajusté au fil des entretiens. À l'issue des entretiens individuels semi-dirigés, nous avons réalisé un groupe de discussion - ou « focus group ». Les données ont donc été recueillies de juin 2021

à mars 2022. Les données collectées ont été analysées selon une méthodologie de théorisation ancrée.

Résultats

Données du questionnaire

Le nombre de médecins répondants était de 237, soit un taux de réponse de 34 %. L'âge médian était de 46 ans avec 145 (61,2 %) médecins de genre masculin. Le type d'exercice était majoritairement urbain : 191 (80,6 %) répondants. Concernant l'installation en cabinet libéral, 101 (42,6 %) médecins l'étaient depuis au moins 15 ans, et 44 (18,6 %) depuis moins de 5 ans. Parmi les médecins interrogés, 36 (15,2 %) avaient une formation spécifique en addictologie et 30 (12,7 %) appartenaient à un réseau d'addictologie.

L'opinion concernant la buprénorphine était globalement positive avec 151 (63,7 %) réponses « plutôt positives » et 38 (16,0 %) réponses « très positives ». En tant que traitement de l'addiction à un opioïde illicite, 74 (31,2 %) médecins ont déclaré que la buprénorphine était « complètement » efficace et 145 (61,2 %) « plutôt » efficace, tandis qu'en tant que traitement de l'addiction à un médicament antalgique opioïde, ils étaient 28 (11,8 %) à répondre « complètement » efficace, 91 (38,4 %) « plutôt » efficace et 68 (28,7 %) « je ne sais pas ». La buprénorphine participait « complètement » à l'amélioration de la qualité de vie des patients prenant ce médicament pour 96 (40,5 %) des répondants et y participait « plutôt » pour 127 (53,6 %).

Au cours des deux dernières années, 206 (86,9 %) médecins ont suivi un ou des patient(e)s ayant un TUO, parmi lesquels 177 (85,9 %) ont effectué un renouvellement de buprénorphine et 47 (22,8 %) une initiation.

Dans le modèle de régression logistique, le fait d'avoir une formation en addictologie était associé à celui d'être initiateur d'un traitement par buprénorphine (OR 4,66 ; IC (2,15-10,08) ; p value < 0,0001). Le genre féminin était associé au fait de ne pas initier de la buprénorphine (OR 0,46 ; IC (0,22-0,98) ; $p = 0,0455$).

Données de l'étude qualitative

14 entretiens individuels ont été réalisés entre juin 2021 et février 2022. 5 médecins ont participé à l'entretien de groupe. L'échantillon total comprenait 9 femmes et 10 hommes. Les caractéristiques sociodémographiques des

participants étaient globalement variées. Le statut de maître de stage et la localisation en Occitanie étaient toutefois deux paramètres sur-représentés.

Inspiré du concept symbolisé en « Marguerite des compétences du MG » par le CNGE, nos résultats ont mis en évidence l'existence de compétences spécifiques au MG dans la prise en charge des patients sous buprénorphine. Ces compétences ont des similitudes avec celles qui sont nécessaires dans la prise en charge des autres pathologies chroniques en soins primaires, mais sont limitées par un certain nombre de freins propres au TUO : le sentiment de mise en danger, l'impression d'un besoin minoritaire, la peur de mal faire et le sentiment d'illégitimité, la crainte d'un bouleversement de sa pratique, le sentiment d'impuissance, s'associaient de manière plus ou moins prégnante selon les caractéristiques individuelles, de mode d'exercice et de formation du médecin, pouvant le pousser à se désinvestir de la prise en charge de ces patients. Le poids des représentations semblait revêtir un rôle particulièrement important et influencer l'ensemble de la prise en charge. À l'inverse, la formation, la sensibilisation et le renforcement de la collaboration semblaient favoriser un exercice serein et épanouissant, dont le médecin avait pu définir des limites qui lui étaient propres et qu'il acceptait, afin de garantir une prise en charge adaptée au patient et à sa situation.

Nos résultats ont également mis en exergue l'existence de stratégies permettant aux MG de réguler leur activité de prescription de MSO. Ce contrôle revêt un double niveau de sélection de patients et donne lieu à l'adaptation de leur exercice à leurs propres limites.

Discussion

Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, il n'existe pas de travail de recherche récent s'intéressant à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine. Le schéma mixte de notre étude a permis d'étudier le sujet à travers deux approches complémentaires.

Il existait un biais de sélection inhérent au mode d'enquête : malgré l'absence de sélection sur leurs compétences en addictologie, les médecins répondants appartenaient tous au réseau Sentinelles et pourraient donc avoir des habitudes de prescription différentes des autres MG français. D'autre part, le sujet de l'étude traitant explicitement d'un sujet d'addictologie, il y a probablement eu une sélection des répondants sur l'intérêt qu'ils portent à cette question. Le taux de réponse a limité les possibilités d'analyses multivariées. Le manque de

significativité de nos résultats pourrait être lié à un manque de puissance de notre étude.

Discussion des résultats

Les résultats de l'enquête sont encourageants car les MG de notre échantillon ont un point de vue plutôt positif de la buprénorphine, qu'il s'agisse de leur opinion globale ou de leur avis concernant l'efficacité pour le traitement du trouble de l'usage des opioïdes illicites, ainsi que l'impact sur la qualité de vie des patient(e)s. Cependant, dans un contexte d'augmentation de la morbi-mortalité liée à la consommation de médicaments opioïdes, nombreux sont ceux qui ne considéraient pas qu'il s'agisse d'un médicament efficace pour traiter ce type de TUO.

L'étude qualitative a permis d'identifier de nombreux freins à la prescription de buprénorphine par les médecins généralistes, concordants avec les données de la littérature. Ces difficultés dont la nature et l'importance sont très variables selon les MG interrogés sont révélatrices d'une grande diversité dans leurs profils de prescripteurs.

Nos résultats montrent que la formation en addictologie est associée au fait d'être initiateur de traitement par buprénorphine. Le genre féminin que nous avons retrouvé associé au fait de ne pas être prescripteur de buprénorphine, qu'il s'agisse de renouvellements ou d'initiations, est à interpréter en fonction d'un possible effet générationnel. L'effet de posture et d'assurance du médecin était relevé dans l'étude qualitative comme étant plus déterminant que le genre.

L'épanouissement professionnel des MG impliqués semblait en partie résider dans l'acceptation de leur propre vulnérabilité et l'appropriation d'une démarche éducative centrée-patient. Renforcer la formation initiale doit constituer un enjeu prioritaire dans le champ de l'addiction, notamment pour favoriser l'adoption de cette approche et lutter contre la stigmatisation, avant que les représentations des patients et leur maladie ne s'ancrent dans le vécu professionnel. La création de dispositifs innovants pour favoriser la coopération interprofessionnelle et pour renforcer les compétences, qu'ils soient d'ordre éducationnel ou dans les organisations des soins, apparaît essentielle pour permettre aux MG d'acquérir la confiance nécessaire pour s'engager dans la prescription de MSO.

Notes

1. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2016.

2. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrara A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. déc 2018;5(12):987-1012.
3. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2021 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union.; 2021.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
5. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2020 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union.; 2020.
6. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amendement_JUN2015.pdf?ua=1
7. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Buprenorphine (final decision) [Internet]. 2006 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6.2Buprenorphine.pdf
8. Mattick R, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cité 29 mai 2021];(2). Disponible sur: [/CD002207/ADDICTN_buprenorphine-maintenance-versus-placebo-or-methadone-maintenance-for-opioid-dependence](https://doi.org/10.1002/CD002207)
9. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 juill 2009;(3):CD002209.
10. Degenhardt L, Randall D, Hall W, Law M, Butler T, Burns L. Mortality among clients of a state-wide opioid pharmacotherapy program over 20 years: Risk factors and lives saved. *Drug Alcohol Depend*. 1 nov 2009;105(1):9-15.
11. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addict Abingdon Engl*. janv 2011;106(1):32-51.
12. Santo T Jr, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2 juin 2021 [cité 19 oct 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0976>
13. Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » : Mise à jour 2020 [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2020 [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf>
14. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. *Curr Psychiatry Rep*. oct 2007;9(5):358-64.
15. Thirion X, Lapiere V, Micallef J, Ronflé E, Masut A, Pradel V, et al. Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2002;65(2):197-204.
16. 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*. 1 janv 2005;30(1):187-91.

17. Haute Autorité de Santé. Bon usage des antalgiques opioïdes. Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes [Internet]. HAS. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-antalgiques-opioides-prevention-et-prise-en-charge-du-mesusage-et-des-surdoses-d-opioides-note-de-cadrage
18. Dupouy J. Actualités dans la prise en charge du trouble de l'usage des opiacés en médecine générale. *Courr Addict*. sept 2018;20(3).
19. Groupe Santé Addictions. Transformer la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes [Internet]. SOS ADDICTIONS. 2018 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/communiqu-e-groupe-sante-addictions-transformer-prise-charge-patients-dependants-aux-opioides>
20. Dupouy J, Maumus-Robert S, Mansiaux Y, Pariente A, Lapeyre-Mestre M. Primary Care of Opioid use Disorder: The End of « the French Model »? *Eur Addict Res*. 2020;26(6):346-54.
21. Lépine B, Debin M, Dassieu L, Gimenez L, Palmaro A, Ponté C, et al. Prescribing buprenorphine for opioid use disorder in primary care: A survey of French general practitioners in the Sentinelles network. *J Subst Abuse Treat*. 1 déc 2022;143:108891.
22. Réseau Sentinelles. Bilan d'activité 2020 [Internet]. Sentiweb. 2021 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=bilan>
23. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart J et al. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 113-172, 1997.
24. Royer I, Zarlowski P. Chapitre 8: Échantillon(s), Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management*. Dunod, 2014, pp. 219-260.