

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

Année 2021

Thèse n°137

THESE PRESENTEE ET SOUTENUE

POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. Médecine générale

PAR

Eloïse Jinfen LIU
Née le 25 mars 1994 à Strasbourg (67)

**Suivi du mésusage des traitements de substitution aux opiacés
dans la pratique du médecin généraliste :**
enquête auprès de médecins généralistes et autres spécialistes

Composition du jury de thèse :

Président de thèse

Pr Laurence LALANNE

Professeur

Directeur de thèse

Dr Claude BRONNER

Docteur



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option ; Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES			
HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMD Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	NRP6 CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury

Je tiens à remercier le Professeur LALANNE Laurence

Pour l'honneur qu'elle me fait en acceptant de présider, faire partie du jury de cette thèse et de juger mon travail. Je la remercie pour ses conseils et sa bienveillance.

Je remercie le Docteur BRONNER Claude

D'avoir accepté de diriger ce travail, de m'avoir donné envie d'aller plus loin, de sa patience, de sa disponibilité, du temps qu'il m'a accordé, de son expérience et conseils avisés, de son exigence toujours bienveillante et de sa confiance.

Je remercie le Docteur DENIS Claire

D'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Tu me fais l'honneur de me suivre une fois encore dans une autre étape de ma vie, après la fameuse unité covid. Je n'oublierai jamais ta présence si bienveillante durant ces dures semaines.

A tous ceux qui m'ont accompagnée durant mes études

A toute l'équipe de Médecine Interne et l'unité COVID de l'Hôpital de Colmar, au Docteur Blaison, à Clémentine et Adrien, qui sont devenus plus que des co-internes, à Etienne, Maxime, Jérôme, Hanta, Bastien et l'équipe covid Claire, Pauline, Céline ainsi que l'équipe soignante.

Pour votre bonne humeur et votre enseignement, pour votre bienveillance, vos sourires visibles malgré vos masques, votre soutien durant cette dure période. Vous l'avez rendue pleine de bons souvenirs.

A toute l'équipe de cardiologie de l'Hôpital Schweitzer de Colmar, au Docteur Pynn ou Sophie qui est si inspirante, à Camille et Matthieu, Emna, Timmy, Wendy, Amine, Romain, Baptiste, Camille, Jérôme et mention spéciale à la formidable équipe soignante de l'USIC.

Pour votre accueil et enseignement si précieux, pour la confiance que vous m'avez donnée. De m'avoir fait passer de super moments qui m'ont fait oublier le quotidien du couvre-feu et confinement.

A toute l'équipe de gynécologie, au Dr Kutnahorsky, à Emiliana, Marion, Dean, Mégane, Hubert, Thomas, Chris, Elise, Sara, Thomas, François, Véronique, Martine et l'équipe soignante.

Pour votre humour et tous les bons petits déj post staff. Pour la césarienne que j'ai pu faire le jour de mon anniversaire et l'accouchement 4 mains lors d'une garde.

A toute l'équipe médicale et soignante des Urgences de Haguenau et mes 15 co-internes.

Pour votre accueil lors de mes 6 premiers mois d'internat et vos sourires lorsque je revenais faire des gardes durant tout cursus.

Aux médecins généralistes qui m'ont formée.

Tout d'abord au Dr L'Hôte qui restera un modèle de bienveillance et m'a confortée dans l'envie de faire ce métier. Mais aussi aux Dr Bole et Schelcher pour leurs précieux conseils et sorties trail du mardi midi, au Dr Huang pour son accueil, ainsi qu'aux Dr Roméo, Conrad, Wintz et Olteanu de m'avoir accordé votre confiance.

A mon groupe de tutorat

Manon, Amandine, Margot, Marine, Lucien, Tristan, Delphine, Francis, Philippe, Mélanie et Carine. En souvenirs de nos séances visio à nous écouter râler.

A Mr Meher TRABELSI

Qui m'a permis de réaliser mon questionnaire de thèse.

A tous ceux que je n'ai pas cités,
Qui ont participé à ma formation et m'ont permis de devenir le Docteur que je suis.

A ma famille

A mon papa

Pour avoir toujours été présent, souvent un soutien silencieux. De m'avoir donné envie de devenir docteur pour goûter aux fameux mets de la cantine de HautePierre. D'avoir toujours cru en moi et permis de réaliser ces longues études dans les meilleures conditions. J'espère te rendre fier par mon parcours.

A ma maman

Pour ton soutien et écoute sans faille, ta force, ta tendresse. Merci d'avoir toujours été là dans mes moments de doute. Pour tous tes conseils avisés et merci de m'avoir transmis les valeurs qui font de moi la personne que je suis aujourd'hui.

A mon frère jumeau

Pour avoir partagé ma vie depuis le tout début, y compris les mêmes études. Même si je ne le dis pas assez, tu es ma force et je ne me serais pas imaginée grandir sans toi. Merci de m'avoir lancée dans le trail, de me pousser dans mes retranchements, parfois sous la tyrannie.

A ma petite sœur

Simplement la plus douce, gentille et serviable des sœurs. Au-delà d'une sœur, j'ai trouvé une confidente et tu es ma fierté.

A ma mamie

En partant, j'ai perdu mon pilier, celle qui avait l'oreille et toujours les conseils justes. Tu étais, es et seras toujours mon exemple. J'espère que de là où tu es tu seras fière de moi. Tu me manques chaque jour.

A mon papi

Merci de m'avoir inculqué les valeurs d'une famille unie. J'espère que de là où tu es, tu te diras, « Strupfel, peut mieux faire ».

A mon grand-père chinois (Yeye 爷爷)

Que j'aurais beaucoup aimé voir en ce jour pour représenter ma famille chinoise.

A ma grand-mère chinoise (Neinei 奶奶)

Partie brutalement avant de voir arriver un médecin de plus dans la famille Liu.

A ma marraine Marie-Louise, mes tontons Marc et Gilles (tonton flingueur), marraine Anny, Pierre et mon parrain.

Chaque moment en famille est source de joie et de souvenirs heureux. Merci d'être là et d'avoir permis d'avoir une grande famille unie.

A mes cousins, petits cousins et mon filleul, Catherine, Michel, Elsa, Nicolas, Victor, Julien, Louis, Florentin, Théo, Lucas et Robin, sans oublier Steph et Geoffray.

A toutes nos cousinades passées et à venir, qui m'emplissent de joie comme ils me fatiguent. Une famille Fauth en or. A toi Elsa qui m'a choisie comme témoin, à toi Catherine comme marraine. A toi Michel qui m'a donné une cousine de plus, à toi Nicolas qui me fais passer de super weekends jeux et bons vins.

A ma famille chinoise

Qui me rattache à mes origines à l'autre bout de la planète.

A mes amis

A mes amis d'enfance, Caro, Constant, Guillaume

Pour nos weekends, nos vacances, nos rando, nos soirées sur la colline, tous les moments qui restent à venir et pour cette nouvelle aventure qui nous liera encore plus l'été prochain... Vous avez été mon soutien durant toutes ces années et j'espère pour toutes celles à venir. On ne choisit pas sa famille mais on choisit ses amis.

A ma plus vieille amie, Eugénie

J'espère pouvoir trinquer avec toi jusqu'en maison de retraite et ne pas perdre le lien qui nous unit.

A mes boulets, Loulou, Alinou et Léo

A vous qui m'avez poussée jusque dans le vestiaire durant toutes ces années GR. A ce sport qui m'a apporté la ténacité, fait connaître le podium français et nous a unies pour la vie, qui nous a fait vivre des émotions fortes avec Mag.

A mes jumelles, Amandine et Manon

A vous deux copies (presque) conformes assises à côté de moi sur les tabourets de TD d'histo en ce premier jour de P2. A vous qui êtes devenues plus que de simples amies et peut-être un jour des collègues. A nos weekends, à nos futures vacances, nos confidences et soirées jeux.

A Marion et Augustin

Sans vous mes années d'externat n'auraient pas été aussi belles. Merci de me soutenir dans les bons comme les mauvais moments. Merci Marion de m'avoir choisie pour demoiselle d'honneur et... Vive les chats !

A la stras carabine, Camille, Margot, Claire, Emilie, Matilda, Aline, Camille Eli, Clara et Marie

Merci d'avoir rythmé mes années médecine de beaux moments de partage et de rires !

A tous mes amis et ceux que j'ai oublié de citer

A Rosie et ma famille néo-zélandaise, à Julie ma copine de trail, à Ana, à Emma ma copine de ragots, à juju ma copine de P1, Emilie ma voisine, et à tous les autres...

Et enfin, merci à toutes les personnes qui ont croisé mon chemin et contribué de près comme de loin à devenir la femme que je suis aujourd'hui.

Si vous décidez de vous arrêter aux remerciements, je ne vous en veux pas, je vous retrouve tous pour fêter ça !

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	24
II.	DEFINITIONS	25
1.	DEFINITION DE L'ADDICTION	25
2.	DEFINITION DU MESUSAGE	29
3.	DEFINITION DES OPIACES	30
4.	MEDICAMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES	32
5.	LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES	32
III.	LES TSO DANS LE MONDE	33
1.	ÉPIDEMIOLOGIE.....	33
2.	PROFIL DES USAGERS	34
3.	DANS LE MONDE ET NOTAMMENT EN EUROPE (10).....	36
a.	<i>Allemagne</i>	36
b.	<i>Belgique</i>	37
c.	<i>Italie</i>	38
d.	<i>Espagne</i>	39
e.	<i>Royaume-Unis</i>	39
f.	<i>Danemark</i>	40
g.	<i>Suisse</i>	41
h.	<i>États-Unis</i>	41
4.	STRUCTURES PRENANT EN CHARGE LES TSO	42
IV.	LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN FRANCE	47
1.	L'HEROÏNE.....	47
a.	<i>Mode de consommation</i>	47
b.	<i>Les effets de l'héroïne</i>	47
c.	<i>Syndrome de sevrage</i>	48
d.	<i>Complications</i>	48
e.	<i>Conséquences du mésusage</i>	49
2.	CONTEXTE LEGAL	50
a.	<i>Traitements de substitution : buprénorphine haut dosage</i>	51
b.	<i>La Méthadone</i>	52
c.	<i>La Buprénorphine haut dosage-naloxone : Suboxone</i>	53
3.	INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS AUX TSO	54
4.	ACTIONS MISES EN PLACE POUR FAVORISER LE BON USAGE	54
V.	ENQUETE AUPRES DES MEDECINS	59
1.	INTRODUCTION	59
2.	MATERIEL ET METHODE	60
a.	<i>Type d'étude</i>	60
b.	<i>Questionnaire</i>	61
c.	<i>Échantillon des personnes sondées</i>	62
3.	RESULTATS	67
a.	<i>Caractéristiques des répondants</i>	67
b.	<i>Aisance de prescription des TSO et formation</i>	72
c.	<i>Mode de pratique dans la prescription des TSO</i>	73
d.	<i>Opinion sur les TSO</i>	75
e.	<i>Mésusage de la Buprénorphine</i>	77
f.	<i>Stratégies contre le mésusage</i>	79
g.	<i>Signaux d'alerte</i>	84
h.	<i>Autre signal d'alerte</i>	85
i.	<i>Stratégies anti-détournement</i>	87
j.	<i>Prise en charge d'un patient AME substitué</i>	89
k.	<i>Commentaires</i>	91

VI. DISCUSSION	93
1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	93
2. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	94
a. <i>A propos de l'étude</i>	94
b. <i>Validité interne</i>	95
c. <i>Validité externe</i>	96
3. POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE	97
a. <i>Biais de sélection</i>	97
b. <i>Biais de classement</i>	99
c. <i>Biais d'interprétation</i>	99
d. <i>Biais d'investigation</i>	99
e. <i>A propos du questionnaire</i>	101
4. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE	102
a. <i>La population répondante</i>	102
b. <i>L'intérêt des traitements de substitution oraux et leur méconnaissance</i>	105
c. <i>Stratégies de lutte contre le mésusage</i>	107
PERSPECTIVES DE RECHERCHE	116
1. UNE ÉTUDE QUANTITATIVE	116
2. UNE ÉTUDE COMPARATIVE CHEZ DES MÉDECINS AVEC OU SANS FORMATION	116
3. UNE ÉTUDE COMPARATIVE CHEZ UN PATIENT AVEC UN SANS CARTE VITALE	116
4. IMPLICATIONS PRATIQUES DE LA THÈSE.....	117
VIII. CONCLUSION	118
IX. BIBLIOGRAPHIE	122
X. ANNEXES.....	126
QUESTIONNAIRE MÉDECIN.....	126

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Mode d'action des opiacés	31
Figure 2 Classification des analgésiques	31
Figure 3 Répartition de l'utilisation des antalgiques dans 7 pays européens	36
Figure 4 principales ressources spécialisées dans la prise en charge de l'addiction (23)	43
Figure 5 Échelle POMI : dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes	56
Figure 6 Test rapide urinaire	57
Figure 7 Test urinaire ABBOTT	57
Figure 8 Nombre de destinataires	67
Figure 9 Caractéristiques des médecins répondants	68
Figure 12 Pourcentage de réponse selon la spécialité	69
Figure 11 Exercice dans une zone à forte densité de toxicomanie	69
Figure 13 Pourcentage de réponse selon le département	70
Figure 14 Carte de la France selon le taux de réponse	71
Figure 15 Échelle de 0 à 10 selon l'aisance de prescription	72
Figure 16 Formation à la prescription des TSO	72
Figure 17 Pratiques et suivi de patients sous TSO	74
Figure 18 Nombre de patients sous TSO	75
Figure 19 Opinion sur l'utilité de la substitution	76
Figure 20 Avis sur la réglementation de prescription des TSO	76
Figure 21 Opinion sur le mésusage	78
Figure 22 Historique de la carte vitale	80
Figure 23 Appel à la caisse d'assurance maladie	81
Figure 24 Appel à la pharmacie	82
Figure 25 Accord du patient	82
Figure 26 Présence de stratégies de repérage du mésusage	83
Figure 27 Signaux d'alerte	85
Figure 28 Stratégies contre le détournement	88
Figure 29 Parler de mésusage avec ses patients	88
Figure 30 AME et risque de mésusage	90
Figure 31 AME et risque de mésusage (1)	90
Figure 32 Comparaison entre le Subutex® et un générique	114

TABLE DES ABREVIATIONS

CIM	Classification Internationale des maladies
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MSO	Médicament de Substitution aux Opiacés
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CJC	Consultations jeunes consommateurs
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CCAA	Centres de Cure Ambulatoire en Addictologie
CSST	Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
ELSA	Équipes hospitalières de Liaison de Soins en Addictologie
RMS	Réseau de microstructures Médicales
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
IV	Intra Veineuse
IM	Intra Musculaire
SC	Sous Cutané
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
DSQ	Doctor Shipping Quantity
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
FMC	Formation Médicale Continue
FMF	Fédération des Médecins de France
RIPH	Recherches Impliquant la Personne Humaine
CPP	Comités de Protection des Personnes
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CEIP	Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
OFMA	Observatoire Français des Médicaments Antalgiques
HAS	Haute Autorité de Santé

CRPV	Centres Régionaux de Pharmacovigilance
POMI	Prescription Opioid Misuse Index
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
HTA	Hypertension artérielle
AME	Aide Médicale d'Etat
CMU	Couverture Maladie Universelle
DMP	Dossier Médical Partagé

I. Introduction

La prescription d'opiacés fait partie intégrante de notre pratique médicale actuelle, que ce soit dans un cadre thérapeutique notamment pour l'antalgie ou dans un cadre non thérapeutique pour l'utilisation récréative. Les opiacés, issus du pavot, sont déjà connus en Chine sous forme d'opium depuis le VIII^e siècle (1) et font l'objet d'un usage médical. C'est à partir du XVIII^e siècle, lorsque les Anglais vont prendre part au commerce que les opiacés se font connaître en Europe. Ils sont initialement utilisés pour traiter les douleurs quelles qu'elles soient. C'est à partir de cette pratique que sont apparues les dérives d'utilisation ou addiction, c'est-à-dire une utilisation répétée visant la recherche de plaisir mais elle est alors difficilement contrôlable.

L'addiction aux opiacés, notamment à l'héroïne, est apparue aux alentours de la fin du XIX^e siècle et se développe fortement à partir des années 1960 aux États-Unis puis en Europe. S'ensuivent toutes les complications médicales liées à la toxicomanie et donc à l'addiction : décès par surdosage, infections des tissus mous, atteintes cardiovasculaires, transmission virale et atteintes psychiatriques (2). L'addiction conduit ensuite à la désinsertion sociale et professionnelle avec risque de précarisation.

C'est dans le but de palier à l'addiction et ses complications qu'est élaboré le traitement de substitution avec notamment la Méthadone dans les années 1930, la Buprénorphine dans les années 1970 et Suboxone[®] en 2012 (3). Ce traitement n'est pas prescrit à visée curative et a pour objectif la réduction des risques, c'est-à-dire la réduction des conséquences de l'usage de drogues.

En France en 2014 (4), 17.3% des français ont reçu une prescription d'antalgiques opiacés, soit 12 millions de personnes avec une proportion de 57% de femmes d'un âge moyen de 52 ans, par contre, depuis 2004 on compte deux fois plus de personnes traitées par opioïdes forts

pour des douleurs non cancéreuses soit 1.1% de la population (environ 800 000 personnes), la Morphine restant le premier médicament le plus prescrit devant l'Oxycodone, le Fentanyl et la Buprénorphine.

Lors de l'un de mes stages en médecine de ville, de nombreux patients se sont présentés pour le renouvellement d'ordonnance de leur traitement de substitution aux opiacés. Nombreux sont ceux qui suivent ce traitement depuis des années, sans réussir à diminuer les doses voire arrêter le traitement ou reviennent avec des chevauchements d'ordonnance. Nous nous sommes interrogés sur les besoins réels de ces patients. En effet, le détournement (au sens revente essentiellement) des médicaments opiacés et particulièrement la Buprénorphine est fréquemment un souci pour les médecins prescripteurs.

Ce travail a pour but de s'intéresser au sujet du détournement des médicaments opiacés dans son aspect de « gestion en pratique » au cours de nos consultations. Il permet également de s'intéresser aux raisons pour lesquelles certains médecins ne souhaitent plus prendre en charge ce type de patients.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la définition de l'addiction, des traitements substitutifs oraux, de son cadre légal en France et dans d'autres pays. Puis nous traiterons l'enquête réalisée auprès des médecins en France et enfin les moyens mis en œuvre pour éviter le détournement de traitements de substitution aux opiacés.

II. Définitions

1. Définition de l'addiction

Une addiction (2) a été définie en 1990 comme un « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation

de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

Le comportement peut être une consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments, opiacés) ou une addiction sans substance ou comportementale (sport, jeux de hasard, sexe, jeux vidéo).

Il y a trois grands ensembles de symptômes dans les troubles addictifs :

- symptômes comportementaux : envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par des comportements addictifs au détriment des autres rituels avec impossibilité d'arrêter ou réduire le comportement addictif, la perte de contrôle, l'envie irrépressible ou « craving ».
- répercussions sociales et/ou médicales durables et ayant un impact sur la vie du sujet. Il y a un risque de d'isolement, perte d'emploi, séparation, marginalisation et sur la santé propre à chaque addiction.
- symptômes pharmacologiques propres à la substance addictive qui à terme peuvent aboutir à une tolérance avec augmentation des doses puis de sevrage.

D'un point de vue scientifique et médical (5) les addictions sont une pathologie cérébrale entraînant une dépendance à une substance ou activité ayant des conséquences délétères. Celles-ci sont codifiées par des classifications internationales avec des critères tels que la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur ses activités, la poursuite de consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre. Le diagnostic d'addiction repose principalement sur deux classifications : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) créée par l'American Psychiatric Association et la

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'OMS.

La 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM V), parue en 2013 et réalisée sous l'égide de l'Association Américaine de Psychiatrie, a modifié la définition de l'addiction décrite auparavant dans la DSM IV.

La DSM V définit l'addiction selon 11 critères (5):

- 1- Besoin impérieux et irrésistible - ou *craving* - de consommer la substance ou de jouer.
- 2- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédiés à la prise de substance ou au jeu.
- 3- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu.
- 4- Augmentation de la tolérance au produit addictif.
- 5- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu.
- 6- Incapacité de remplir des obligations importantes.
- 7- Usage même lorsqu'il y a un risque physique.
- 8- Problèmes personnels ou sociaux.
- 9- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité.
- 10- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu.
- 11- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

Le seuil diagnostique est la présence d'au moins 2 critères sur une période minimale de 12 mois.

La sévérité de l'addiction est établie selon le nombre de critères présents chez le patient :

- 2 à 3 critères : addiction faible.

- 4 à 5 critères : addiction modérée.

- 6 critères ou plus : addiction sévère.

La classification de l'OMS, DIM 10 fait apparaître les concepts d'usage nocif, de craving, de dépendance et le phénomène de tolérance.

1. Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Pour faire ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année.

Dans la consommation de substances psychoactives, il y a trois types de comportements : le non-usage, l'usage simple et le mésusage.

Le non-usage : absence de consommation.

L'usage simple : consommation usuelle d'une substance (définition valable uniquement pour l'alcool) ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne représente de caractère pathologique.

Le mésusage : toute conduite ou consommation entraînant des risques et/ou dommage et/ou de dépendance. Tout usage simple de substances psychoactives est un mésusage à l'exception des médicaments et de l'alcool. Dans le mésusage on retrouve :

L'usage à risque : niveau de consommation exposant à des risques de complication (usage chronique ou aigu)

L'usage nocif : consommation répétée induisant des dommages médicaux (somatique ou psychiatrique) ou sociaux

La dépendance : c'est l'impossibilité de s'abstenir de consommer avec perte de contrôle de l'usage.

2. Définition du mésusage

Il est défini comme l'utilisation intentionnelle et inappropriée, non conforme aux termes de l'AMM, pour l'utilisation, la voie d'administration, la posologie ou la durée de traitement, ainsi qu'aux recommandations de bonne pratique (6)(7).

Parmi les différents types de mésusage des traitements de substitution aux opiacés on a (8) :

- L'usage détourné des TSO par revente hors prescription ou trafic.
- L'administration détournée avec l'utilisation de voies autres que celles prévues par l'AMM : intraveineuse, nasale ou fumée.

- La consommation en association à d'autres substances psychoactives.

3. Définition des opiacés

Les opioïdes (9) constituent une famille de substances dérivées de l'opium lui-même tiré de la culture du pavot, *Papaver Somniferum*, qui est utilisé depuis l'Antiquité pour soulager la douleur. L'opium en a été extrait ; son activité analgésique est essentiellement due à l'un de ses alcaloïdes constitutifs, la morphine.

Le terme « opiacés » est théoriquement réservé aux dérivés naturels de l'opium. De nombreuses substances ont été synthétisées chimiquement et ressemblent, soit par leur structure soit par leur activité, à la morphine. La morphine est le métabolite actif de plusieurs substances : l'héroïne, la codéine, la pholcodine, la codéthyline, ce qui signifie que dans l'organisme, la codéine, la pholcodine, la codéthyline et l'héroïne sont transformées en morphine.

Les opioïdes regroupent donc ceux d'origine naturelle ou opiacés (morphine), semi-synthétique (héroïne) et synthétique (codéine, méthadone, fentanyl, oxycodone, nouveaux produits de synthèse).

Les opioïdes ont plusieurs actions, notamment analgésique comme cité plus haut, anesthésique, antidiarrhéique et antitussive. Les effets secondaires sont tous les mêmes qu'ils soient opioïdes « forts » ou « faibles » : constipation, nausées, vomissements, dépression respiratoire, troubles de la vigilance, tolérance et dépendance (10). Le risque de surdosage, de dépression respiratoire et de la dépendance sont donc commun à tous les opioïdes.

Les opiacés miment les effets des opioïdes endogènes : les enképhalines, les endorphines, les dynorphines. Plusieurs types de récepteurs aux opiacés ont été identifiés : récepteurs mu (μ),

kappa (κ) et delta (δ), localisés dans différentes zones du système nerveux central et en périphérie. Chaque opiacé présente un profil d'affinité spécifique vis-à-vis de ces récepteurs, chaque catégorie de ces récepteurs a une distribution qui lui est propre. A chaque type de récepteur sont reliés un type d'effet et des voies de transduction propres. Certains ont une action agoniste, d'autres antagonistes ou encore agoniste/antagoniste.

Opiacés puissants	Morphine Dérivés morphiniques	Morphine Fentanyl, sufentanil, rémifentanil, alfentanil, péthidine, pentazocine, hydromorphone, oxycodone
Opiacés faibles	Agonistes purs Agonistes/antagonistes	Codéine, dextropropoxyphène, tramadol Nalbuphine, buprénorphine
Opiacés de substitution	Méthadone, buprénorphine	Méthadone, buprénorphine
Antagoniste	Naloxone, naltrexone, nalorphine (agoniste partiel et antagoniste)	Naloxone, naltrexone, nalorphine (agoniste partiel et antagoniste)

Figure 1 Mode d'action des opiacés

- Agoniste complet : stimule les 3 sous-types de récepteurs (ex : morphine).
- Agoniste partiel : effet moins important que pour l'agoniste complet.
- Agoniste-Antagoniste : agoniste pour un sous-type de récepteur et antagoniste pour un autre (ex : buprénorphine).
- Antagoniste complet : antagonise les effets sur tous les sous-types de récepteurs (Naloxone).

De ces substances, certaines sont illicites (11) et produites clandestinement à partir du pavot ou achetées illégalement sur internet, notamment l'héroïne.

Opioides pharmaceutiques	Substances illicites
Analgésiques opioïdes faibles ¹ Codéine ² (1/6) ³ Poudre d'opium Tramadol (1/5) ³	Opium* et rachacha*
Analgésiques opioïdes forts ¹ Morphine et sulfate de morphine* Oxycodone* (x 2) ³ Fentanyl* (x 160 minimum) ³	Héroïne* (x 2 à 3) ³ NPS opioïdes* dont dérivés du fentanyl (jusqu'à x 1000) ³
Médicaments de substitution aux opioïdes Méthadone* (x 10) ³ Buprénorphine haut dosage (BHD) (x 30) ³	

Opioides naturels, opioïdes semi-synthétiques, opioïdes synthétiques

* Opioides classés comme stupéfiants

1. Selon la classification OMS

2. La codéine est également utilisée comme antitussif.

3. Les mentions (1/a) et (x b) concernent la puissance analgésique par rapport à la morphine. Elles signifient que la substance est environ a fois moins puissante que la morphine ou b fois plus puissante.

Sources : OFDT, EMCDDA et Fédération nationale de lutte contre le cancer

Figure 2 Classification des analgésiques

4. Médicament de substitution aux opiacés

Le médicament de substitution aux opiacés (MSO) a les mêmes activités pharmacologiques que celles de la drogue addictive. La substitution prévient les symptômes physiques et psychiques de manque qui surviennent lors de l'arrêt ou diminution de la consommation des opiacés à l'origine de l'addiction (12).

Les bases du traitement de substitution reposent sur les travaux de V. Dole, M. Nyswander et M.J. Kreek publiés en 1965 (13) et ont été reprises en 2001 par le rapport de Montastruc (12).

Ainsi, le médicament de substitution doit :

- avoir les mêmes propriétés pharmacodynamiques que le produit à substituer.
- avoir une durée d'action longue, au minimum 24 heures, pour ne pas nécessiter plusieurs prises par jour, et éviter une fluctuation de l'effet.
- ne pas générer d'euphorie, ou très peu, et ne pas avoir d'effet de renforcement pour le produit lui-même et les autres drogues.
- s'administrer par voie orale ou sublinguale et ne pas comporter d'attrait particulier pour les autres voies, surtout pour la voie intraveineuse.
- être compatible avec une qualité de vie satisfaisante.
- avoir reçu une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

5. Les traitements de substitution aux opiacés

Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) comprennent la prescription des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) mais aussi une notion de prise en charge globale du patient et une alliance thérapeutique, les MSO constituant un moyen alors que les TSO sont une pratique (14). Ses objectifs sont :

- soulager un état de manque douloureux ;
- assurer une gestion personnelle de la dépendance ;
- diminuer, voire cesser la consommation des opiacés illicites en s'accommodant au maintien 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 et motivations sont susceptibles d'évoluer au cours du traitement.

III. Les TSO dans le monde

1. Épidémiologie

En France, entre 2006 et 2017, la prescription d'opioïdes forts a augmenté d'environ 150 % (10). Parmi les usagers (15), dont l'âge moyen est de 65.9 ans, on retrouve une indication dans les douleurs chroniques rhumatologiques majoritairement puis cancérologiques et loin derrière l'indication de substitution aux opiacés. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs puis le cancérologue et rhumatologue.

En 2015 (11), le nombre d'usagers problématiques d'opiacés entre 15 et 64 ans était estimé, aux alentours de 230 000, dont 78 % seraient sous traitement de substitution. Les médicaments opioïdes de substitution, Méthadone et Buprénorphine, étaient consommés par respectivement 34 % et 35 % des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Prescrits dans 8 cas sur 10, ils sont

parfois utilisés hors du strict cadre thérapeutique (dans 7 cas sur 10 pour la BHD, 2 sur 10 pour la méthadone)

On estimait, en 2017, que 500 000 personnes avaient expérimenté l'héroïne, soit 1,3 % des adultes de 18 à 64 ans (2,1 % des hommes et 0,5 % des femmes) et 0,7 % des adolescents de 17 ans (0,7 % des garçons, 0,6 % des filles). Chez les adultes, ce taux d'expérimentation s'est stabilisé depuis 2014, après avoir doublé entre 2000 et 2014. Le nombre estimé de consommateurs d'héroïne au cours d'un mois donné s'établit à 100 000 (IC = 87 000-147 000) en 2017. Le nombre de personnes recevant un traitement de substitution par Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou méthadone est estimé (11), en France, à 230 000 personnes. Il existe donc une forte proportion d'usage sortant du cadre légal d'utilisation.

2. Profil des usagers

Les opioïdes (11), qui souvent s'intègrent à un polyusage de drogues, occupent une place importante dans les consommations des usagers problématiques de drogues : 74 % des usagers interrogés en 2015 dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en avaient consommé au cours du mois précédent.

C'est dans cette population d'usagers actifs qui est très vulnérable que la consommation reste majoritairement injectée (55 % de ses usagers récents), mais aussi sniffée (45 %) ou fumée (28 %).

Parmi les usagers d'opioïdes illicites ou détournés, la consommation régulière d'héroïne est plutôt le fait des plus insérés socialement, entrés dans l'usage à la suite de l'évolution de son image et de sa pénétration, même modeste, dans l'espace festif alternatif, le sniff est devenu, si l'on considère l'ensemble des usagers, le mode d'usage majoritaire (62 % des usagers suivis

dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, CSAPA). Les usages, au départ récréatifs, peuvent déboucher sur une dépendance.

Dernièrement, des personnes aux profils multiples et non usagères de drogues illicites sont devenues dépendantes à la suite d'un traitement analgésique, particulièrement pour des pathologies non cancéreuses.

Le bon usage du médicament (10) repose sur plusieurs principes, notamment de ne pas prescrire plus de 3 mois un opioïde fort si les douleurs ne sont pas soulagées ou non-améliorées (en général douleurs neuropathiques, fibromyalgie) et de ne pas dépasser 150mg d'équivalent de morphine par jour sans l'avis d'un spécialiste. En effet, un des risques les plus importants de l'usage des opioïdes est le surdosage qui se manifeste par une dépression du système nerveux central entraînant une somnolence et troubles respiratoires avec myosis mais également le risque d'abus et pharmacodépendance (16). Il existe donc une surveillance dans la prescription.

3. Dans le monde et notamment en Europe (10)

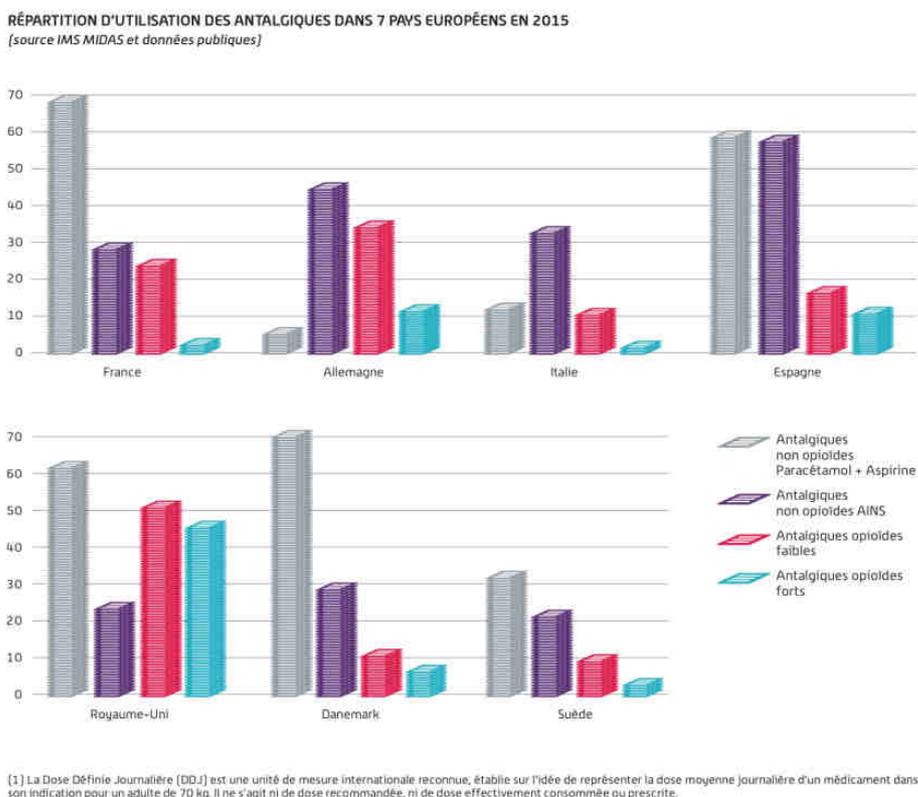


Figure 3 Répartition de l'utilisation des antalgiques dans 7 pays européens

On remarque que ces pays n'ont pas les mêmes profils d'utilisateurs d'antalgiques. L'Espagne et le Royaume-Unis sont les plus gros consommateurs d'antalgiques opioïdes forts alors que la France et l'Italie sont ceux qui en consomment le moins. Ces profils de consommation étant probablement liés à leurs modalités de prescription.

a. Allemagne

C'est le 2^e consommateur en opioïdes en Europe (17).

Prescripteur : uniquement médecin ou chirurgien-dentiste. S'il y a une erreur du prescripteur, le pharmacien peut apporter des corrections après discussion avec le prescripteur. Il faut être inscrit sur un registre pour prescrire des opioïdes (18).

Modalités de prescription : il faut une ordonnance spéciale avec imprimés numérotés et comportant le numéro d'identification du médecin prescripteur. Possibilité de prescrire d'autres médicaments en simultané. L'ordonnance se présente sous forme de deux exemplaires : une pour le pharmacien et une conservée par le prescripteur. A savoir qu'un médecin remplaçant peut utiliser les ordonnances du titulaire. De même, lors d'une situation d'urgence le prescripteur peut utiliser une ordonnance normale et régulariser la situation auprès du pharmacien ultérieurement.

L'ordonnance doit comporter la mention du nom, prénom et adresse du patient, la date de délivrance, la description du médicament, la quantité prescrite (pas de nécessité de l'écrire en toutes lettres et chiffres à la fois), la posologie, les coordonnées du prescripteur et la signature. Possibilité de rajouter un code comme par exemple « N » en cas d'urgence.

Concernant la quantité et durée de prescription, on ne peut dépasser une durée maximale de 30 jours, un médecin a la possibilité de prescrire une quantité supérieure à celle du chirurgien-dentiste. Il y a possibilité de prescrire hors règles (augmenter la durée, quantité et le nombre de produits prescrits) en ajoutant la mention « A », aucune dérogation n'étant nécessaire. Renouvellement non possible par le pharmacien.

Modalités de délivrance : il faut présenter une ordonnance de moins de 7 jours. Le pharmacien doit apposer sur l'ordonnance le nom et adresse de la pharmacie, la date de délivrance et signature. Conservation des ordonnances pendant 3 ans à communiquer en cas de contrôle.

b. Belgique

Il n'existe que très peu de contraintes légales dans le cadre de la prescription des antalgiques majeurs (17).

Prescripteur : réservée au médecin (ou médecin vétérinaire) ou au chirurgien-dentiste. Le médecin qui prescrit simultanément à plus de deux patients doit répondre à certaines conditions spécifiques notamment l'enregistrement à un centre agréé (19).

Modalités de prescription : il n'existe pas de formulaire spécial. L'ordonnance est datée et signée par le prescripteur, la quantité du médicament est inscrite en toutes lettres ce qui distingue la prescription d'antalgiques majeurs des autres traitements. Il n'y a pas de limite quant à la durée et quantité maximale.

Modalités de délivrance : ordonnance renouvelée par le pharmacien uniquement si le médecin a indiqué en toutes lettres le nombre et délai des renouvellements autorisés. Les pharmaciens gardent les ordonnances de psychotropes dans un registre et y mentionnent le nom du prescripteur et du patient.

c. Italie

La consommation moyenne de stupéfiants correspond à 10% de la française (17). C'est le pays d'Europe où l'on prescrit le moins d'antalgiques majeurs aux patients.

Prescripteur : il doit s'agir d'un médecin et il faut être spécialiste pour prescrire des opioïdes (20).

Modalités de prescription : ce sont des ordonnances spécialisées issues d'un carnet à souches mis à disposition par le Gouvernement. L'ordonnance doit comprendre les coordonnées du patient (nom, prénom, adresse), la prescription est en toutes lettres que ce soit le dosage, le mode et la durée d'administration. Enfin, le prescripteur doit apposer son nom, prénom, date et numéro de téléphone. Il y a 3 exemplaires à chaque ordonnance. Chaque prescription est limitée à une durée inférieure ou égale à 8 jours.

Modalités de délivrance : l'ordonnance est valable 10 jours après sa prescription. Le pharmacien vérifie l'identité du patient et note le numéro d'identité présenté. L'ordonnance n'est pas renouvelable. Les médecins doivent conserver l'ordonnance 2 ans et les pharmaciens pendant 5 ans.

d. Espagne

C'est le 3^e consommateur en Europe.

Prescripteur : le médecin (17)

Modalités de prescription : prescrit sur des ordonnances spécialisées numérotées en trois exemplaires. Elles doivent comporter les coordonnées du médecin, du patient, le tampon de l'ordre qui a remis le carnet d'ordonnances, la posologie quotidienne et durée, en toutes lettres le nombre de conditionnement nécessaire, la date de prescription avec la signature du prescripteur et la mention d'un éventuel renouvellement. Durée maximale de prescription de 30 jours en maximum 4 conditionnements.

Modalités de délivrance : l'ordonnance a une durée de validité de 10 jours après la rédaction, la délivrance est enregistrée dans un registre chez le pharmacien.

e. Royaume-Unis

C'est le 1^{er} consommateur d'antalgique opioïdes en Europe (16).

Prescripteur : il s'agit uniquement d'un médecin ou dentiste résidant au Royaume-Unis (17).

Modalités de prescription : pas de formulaire spécifique mais l'ordonnance doit être rédigée à la main avec une encre indélébile. L'ordonnance doit comporter l'identité du patient (nom, prénom, adresse) et coordonnées du prescripteur, la date de prescription, la dose nécessaire avec mention de la quantité en chiffre et toutes lettres ainsi que l'intervalle entre deux prises.

Pas de renouvellement possible de la même ordonnance. Il n'y a par contre pas de limite de quantité dans les prescriptions.

Modalités de délivrance : ordonnance valable pendant 13 semaines.

f. Danemark

En 1995 (17), 5% de la population était traitée avec une augmentation de 13% entre 1994 et 1995, expliquée par l'accroissement du nombre de consommateurs notamment de Tramadol (22.6%). Répartition géographique de prescription homogène.

Prescripteur : seul le médecin traitant est habilité à prescrire des antalgiques majeurs dans le cadre d'un traitement de longue durée. Si le médecin traitant est absent, il doit se mettre d'accord avec le patient et pharmacien ou autre médecin afin que le patient n'ait pas à s'adresser à un autre médecin (urgence). Un médecin ne peut prescrire d'antalgique majeur à un patient qui ne fait pas partie de sa clientèle régulière, sauf exception en quantité limitée et le médecin doit en informer le médecin traitant.

Modalités de prescription : ordonnance spéciale, numérotée. Elle doit comporter l'identité du patient (nom, prénom, adresse, numéro d'immatriculation et numéro de la commune), la date de délivrance, quantité prescrite en chiffres et toutes lettres, signature et numéro d'immatriculation du prescripteur. Il n'y a pas de limite aux quantités prescrites mais pas plus d'une prescription par ordonnance.

Modalités de délivrance : pas de limite dans la validité des ordonnances pour les antalgiques majeurs. Possibilité de transmission des ordonnances à la pharmacie par fax voire par téléphone si le médecin téléphone en personne. Obligation de garder l'ordonnance pendant 1 an par la pharmacie.

g. Suisse

Prescripteur : il ne s'agit que des médecins ou dentistes pour leurs patients ou des patients qu'ils ont examinés eux-mêmes (17).

Modalités de prescription : ce sont des ordonnances appelées « formules d'ordonnances officielles », ceux-ci ne sont pas nécessaires lors de la prescription au sein d'un établissement hospitalier pour leur utilisation lors d'une hospitalisation. Sur l'ordonnance il doit y avoir les coordonnées du prescripteur et du patient, la date de prescription, le nom du stupéfiant, sa quantité, son dosage et mode de prise ainsi que le mode d'emploi. On peut prescrire une quantité maximale pour l'utilisation d'un mois et peut être allongée à deux mois dans des cas exceptionnels si cela est spécifié par le médecin sur l'ordonnance.

Modalités de délivrance : ordonnance valable pendant un mois après la rédaction de celle-ci. Il existe un contrôle cantonal.

h. États-Unis

Les États-Unis comptent (21) 80% de la consommation mondiale d'opioïdes. Le pays est touché par une crise sanitaire avec augmentation des décès liés à la consommation d'opioïdes issus d'une prescription illicite. Il y a eu plusieurs vagues de décès la première datant de 1990 puis 2010 et 2013.

Prescripteur : seul le médecin généraliste a la possibilité de prescrire les opioïdes forts initialement, s'ajoutent ensuite les pharmaciens, médecins et cliniques.

Modalités de prescription (22): initialement réservé aux douleurs cancéreuses, possibilité de prescription élargie dans les douleurs dentaires, migraines, mal de dos, fibromyalgie. Il y a une durée maximale de 30 jours de prescription. Le médecin ayant la possibilité de rédiger 3

ordonnances datées du même jour en précisant les dates de dispensation possibles par les pharmacies.

Modalités de délivrance : pas de délai de carence pour présenter une ordonnance. Il n'y a pas de quantité limitée pour la délivrance par le pharmacien. En cas d'urgence, un prescripteur peut autoriser la délivrance par téléphone et le pharmacien ne délivrera que la quantité nécessaire à traiter la période d'urgence.

Enfin, les contraintes de prescription (être spécialiste et prescription limitée à 8 jours) en Italie peuvent donc expliquer la différence de consommation des antalgiques opioïdes forts. A contrario, au Royaume-Uni il n'y a que très peu de contraintes, il n'y a pas de durée limite de prescription par exemple. Plus globalement, les pays d'Europe sont plus épargnés par les problèmes de surdosage aux opioïdes contrairement à l'Amérique du Nord de par des systèmes de surveillance et conditions de prescription et délivrance très encadrés (21).

4. Structures prenant en charge les TSO

Elles sont regroupées en deux secteurs : de ville et médico-social, étroitement en lien dans la prise en charge du patient.

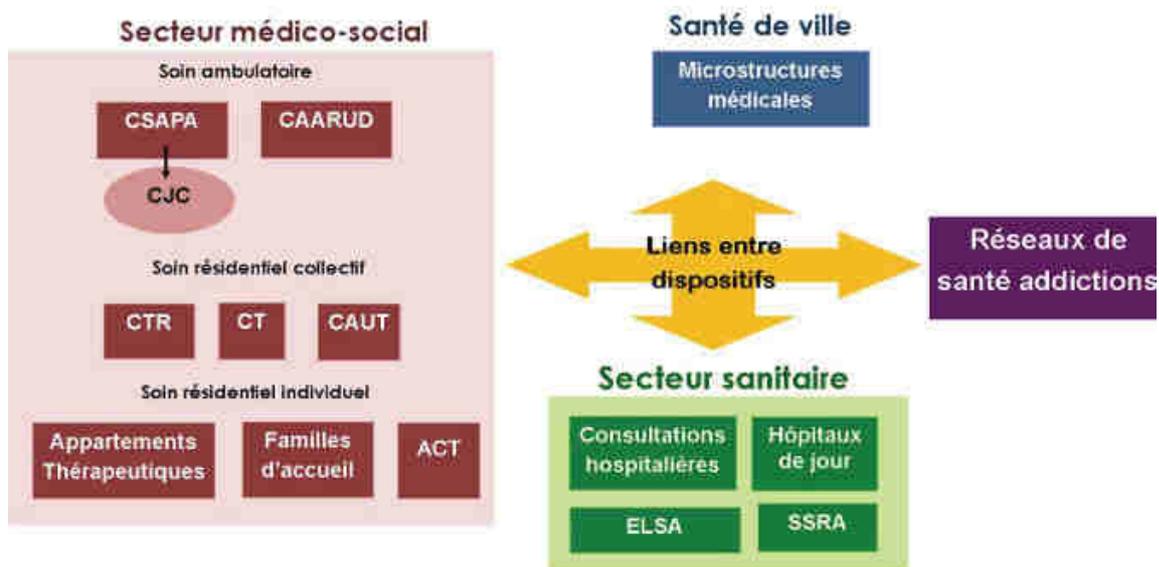


Schéma non exhaustif. Les partenariats varient en fonction des territoires et des acteurs en présence.

Figure 4 principales ressources spécialisées dans la prise en charge de l'addiction (23)

Secteur médicosocial et sanitaire

CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (2)(12)

C'est un lieu de prise en charge pluridisciplinaire comprenant : médecins, infirmiers, éducateurs, psychologues, professionnels sociaux éducatifs, de patients et leurs proches présentant des addictions à des substances psychoactives licites ou illicites ou addiction sans substance.

Les CSAPA sont instaurés en 2002 et remplacent les anciens centres de cure ambulatoire en addictologie (CCAA) et centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) depuis 2007 (24).

Les missions du CSAPA sont :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de toute personne concernée et de son entourage.

- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le sevrage et son accompagnement, ainsi que la prescription et le suivi des traitements médicamenteux.
- La réduction des risques et des dommages associés aux consommations de substances psychoactives notamment avec des séances d'informations collectives/conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, overdose, prévention des risques infectieux...)
- La prévention individuelle et collective.
- La participation aux dispositifs de recueil d'information et au dispositif de veille en addictovigilance et pharmacodépendance.

Selon l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) (16), en 2014, on comptait 377 CSAPA en ambulatoire et 11 CSAPA en secteur pénitentiaire.

A savoir que le CSAPA accueille les personnes mineures ou jeunes majeures au sein des CJC (Consultations Jeunes Consommateurs).

Prise en charge hospitalière (2) permet :

- Consultations d'addictologie.
- Équipes hospitalières de liaison de soins en addictologie (ELSA) (25) qui a de multiples missions telle que : évaluer le patient, élaboration d'un projet de soins, aide au repérage précoce, sensibilisation et formation des équipes de soins à l'addictologie, prise en charge médico psycho sociale en addictologie.
- Structures d'hospitalisation réparties en trois niveaux :

Niveau 1 : structure de proximité : pour sevrage simple. Cela comprend une consultation hospitalière d'addictologie et une équipe hospitalière de liaison, plus ou moins des lits d'hospitalisation (système de soins généraux).

Niveau 2 : structure de recours : service permettant de réaliser des sevrages et soins complexes. Cela comprend une consultation hospitalière d'addictologie, une équipe de liaison, un hôpital de jour et hospitalisation résidentielle.

Niveau 3 : structures hospitalo-universitaires : service d'addictologie universitaire.

Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) (23)(2).

Ils accueillent toute personne en difficulté avec un usage de substances illicites. Les missions du CAARUD sont :

- L'information et l'accueil collectif et individuel.
- Le conseil personnalisé pour usagers de drogues.
- Un soutien dans l'accès aux soins.
- La mise à disposition de matériel de prévention des risques et de réduction des dommages.
- L'incitation au dépistage des infections transmissibles
- Le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à la (ré)insertion professionnelle

A Strasbourg, l'association ITHAQ (26) regroupe un CSAPA, le réseau de microstructures médicales d'Alsace (RMS Alsace) et un centre CAARUD auquel est rattaché une salle de consommation à moindre risque (SCMR) prénommée Argos depuis novembre 2016. C'est un

dispositif expérimental, unique en France avec celle de Paris, permettant la consommation de produits dans des conditions sanitaires adaptées et sécurisées.

Plusieurs structures hospitalières dans le Bas-Rhin combinent une prise en charge CSAPA en leur sein (12) : le centre d'addictologie au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, Saverne, Haguenau, Sélestat et Wissembourg. Quatre structures possèdent un service hospitalier d'addictologie : Schirmeck, Obernai, Saverne et Erstein.

Un CSAPA est implanté dans le centre de détention de l'Elsau à Strasbourg. On dénombre au total 3 CSAPA de type ambulatoire dans le Bas-Rhin : l'association ITHAQ, l'association ALT (Association de Lutte contre la Toxicomanie) à Strasbourg et une antenne à Molsheim.

Secteur de ville

Le réseau de microstructures (RMS) (12)(26)

Créé en Alsace en 1999, c'est un dispositif de proximité permettant d'être suivi à proximité de chez soi. Elle est constituée d'une équipe de soins, au sein d'un cabinet de médecine générale. Le patient peut bénéficier de l'aide d'un psychologue, médecin, travailleur social. En 2019, ces microstructures étaient au nombre de 14, dont 6 à Strasbourg, réparties sur tout le territoire alsacien. Une 15^e microstructure a ouvert récemment à Kehl, en lien avec l'association ITHAQUE.

Les médecins libéraux

Selon le rapport de l'OFDT (16) sur l'état des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, le médecin généraliste était le principal prescripteur de MSO, à 62% pour les opioïdes forts contre seulement 21% par un médecin hospitalier. Par

contre, cette pratique ne concerne pas la majorité des médecins généralistes (12), en 2009, environ 60% des médecins généralistes interrogés ne prenaient pas en charge les patients toxicomanes et les réadressaient à un confrère ou une structure.

IV. Les traitements de substitution en France

1. L'héroïne

a. Mode de consommation

L'héroïne se prend de plusieurs façons (27) :

- Par voie injectée : en intraveineux ou « shoot », en intramusculaire ou en sous-cutané.
- Par voie intra-nasale : en sniff c'est-à-dire aspiré par le nez.
- Par voie inhalée ou fumée : l'héroïne est chauffée au-dessus d'une flamme d'où s'échappe des fumées et vapeurs qui sont aspirées.
- Par voie orale : comprimés ou sirop.

La cinétique des effets varie en fonction du mode d'administration mais également de nombreux facteurs tels que l'âge, la quantité et fréquence d'absorption, la durée de consommation. Tout usage d'héroïne est considéré comme un mésusage et donc comme un usage à risque. Le mésusage correspond à l'utilisation inappropriée d'un médicament ou substance, de manière intentionnelle en ne respectant pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ni les recommandations de bonne pratique (28).

b. Les effets de l'héroïne

La prise d'héroïne (2) produit une sensation d'euphorie et bien-être immédiat, c'est le « flash », durant moins de 30 minutes, qui est ensuite suivi d'une période de sédation,

d'apathie et de tranquillité d'environ 2 à 5h. La dernière phase est accompagnée d'anxiété et troubles cognitifs à type de troubles mnésiques ou de l'attention.

Les effets souhaités sont donc majoritairement la première voire deuxième phase. La dernière conduisant à répéter la prise pour éviter l'anxiété.

c. Syndrome de sevrage

Il regroupe plusieurs signes (2) :

- Les signes généraux : se rapprochant d'un syndrome pseudo-grippal avec frissons, tremblements, myalgies et parfois contractures musculaires, anorexie, douleurs abdominales, diarrhée, nausées et vomissements.
- Les signes neurovégétatifs : bâillement, larmoiement, rhinorrhée, mydriase bilatérale, tachycardie et HTA.
- Les signes psychiatriques : l'anxiété pouvant être majeure (attaque de panique), irritabilité, agressivité, insomnie, agitation.
- Les signes biologiques : hyperleucocytose, hyperglycémie.

L'intensité du syndrome de sevrage est variable et dépend de la nature de l'opiacé (agoniste fort ou faible) et de la dose habituellement consommée. Le délai d'apparition et la durée du syndrome de sevrage dépendent de la demi-vie de l'opiacé habituellement consommé. Ils peuvent durer jusqu'à trois semaines après l'arrêt.

d. Complications

Il existe des complications psychiatriques et somatiques. Concernant les complications psychiatriques, on retrouve souvent des co-addictions à l'alcool, cocaïne et aux

benzodiazépines. Il existe un risque majoré d'épisodes dépressifs, troubles anxieux et troubles délirants.

Concernant les complications médicales non psychiatriques, on retrouve des complications propres à la voie d'abord. Si celle-ci est par voie IV, le consommateur peut avoir des marques d'injections, veines sclérosées, lymphœdème avec le syndrome de Popeye. Localement on peut avoir des infections (abcès, cellulite, lymphangite) et pouvant se généraliser (endocardite bactérienne, candidose ophtalmique, hépatites, VIH). Pour la voie nasale par exemple, le consommateur risque une perforation de la cloison nasale et des sinusites.

Pour toutes les voies, la complication la plus grave reste l'overdose. On retrouve le consommateur en état de coma par dépression respiratoire avec myosis, abolition des réflexes ostéo-tendineux. Souvent à moindre niveau, surviennent un amaigrissement, des lésions dentaires, une aménorrhée, des RCIU chez la femme enceinte, risque de fausse couche majoré.

L'une des complications quasiment constante restant l'isolement social et le risque de comportements à délinquants (vols, prostitution, trafic) pour se procurer le produit à l'origine d'un craving.

e. Conséquences du mésusage

Le mésusage étant défini dès lors que l'on consomme de l'héroïne ou de manière inappropriée un substitut. Le patient, pour se procurer des doses plus importantes destinées soit à la revente soit à son usage propre et inapproprié, est amené à réaliser du nomadisme

médical ou pharmaceutique ; il change régulièrement de médecin et pharmacie pour avoir des doses plus rapprochées.

L'indicateur de nomadisme médical (Doctor Shipping Quantity DSQ) correspond à la part de médicaments obtenue avec des prescriptions qui se chevauchent ou de médecins différents. Si l'indicateur est supérieur ou égal à 1, c'est du mésusage (10). L'analyse montre qu'en 2013, c'était la Morphine qui avait l'indicateur le plus élevé (4%).

Le nomadisme médical est également favorisé par l'absence de carte vitale sur laquelle un contrôle est possible. Absence soit par oubli intentionnel soit par non-possession d'une carte. C'est le cas notamment chez les patients en AME. En effet (29), les patients bénéficiant de cette aide ne possèdent qu'une attestation de droits AME. Le fait de ne pas avoir de carte vitale empêche le médecin ou pharmacien de contrôler l'historique de délivrance des médicaments.

Le consommateur peut également être amené à s'approvisionner via un marché parallèle et donc par une obtention illégale du produit. Il existe notamment un marché noir bien installé de la BHD (4 euros le comprimé de 8 mg en moyenne en 2017) (11).

2. Contexte légal

Toutes ces prescriptions sont sécurisées et entrent dans le cadre d'un décret datant du 31 mars 1999 fixant les spécifications techniques des ordonnances mentionnées à l'article R. 5194 du code de la santé publique et publié au Journal Officiel le 1^{er} avril 1999. Il n'y a pas eu

de modification de ce décret depuis. Il y a donc une obligation de l'utilisation d'ordonnances spécifiques et la rédaction en toutes lettres de la prescription ainsi que la mention obligatoire du nom de la pharmacie de délivrance (30).

a. Traitements de substitution : buprénorphine haut dosage

Forme : La Buprénorphine haut dosage (BHD) ou Subutex[®] est un dérivé morphinique utilisé dans la cadre de la substitution à l'héroïne ou autres opiacés, elle se distingue des morphiniques classiques par une action agoniste « partielle » (appelée également agoniste-antagoniste). Cela lui confère une meilleure sécurité d'emploi (risque de surdosage faible). Il existe un effet plafond lié à l'action agoniste partielle de la buprénorphine, ce qui explique la minimisation des risques de dépression respiratoire, à la différence des agonistes complets (héroïne, morphine, méthadone, etc.).

Prescription : La prescription sécurisée de ce traitement est prise en charge à 65% par la sécurité sociale et est réservée aux adultes et adolescents de plus de 15 ans. Pour être efficace, le traitement par BHD se poursuit en général pendant plusieurs années. (31) La dose initiale recommandée est de 4 à 8 mg par jour en une prise quotidienne par voie sublinguale, la posologie de stabilisation est généralement comprise entre 8 et 12mg, la posologie maximale recommandée dans l'AMM est de 24mg par jour pour les comprimés sublinguaux et de 18mg pour les lyophilisats oraux. Sa primo-prescription peut se faire en cabinet de ville sans passer par un centre dédié.

Délivrance : fractionnée par période de 7 jours sauf mention expresse sur l'ordonnance.

L'impact de ce traitement a permis de diviser par 5 le risque de décès par surdosage et 50% ont une meilleure situation sociale(32)(33) et surtout professionnelle (12) . On note le risque

de détournement du traitement substitutif oral qui sont vendus sur le marché noir ou utilisés de manière inappropriée.

b. La Méthadone

Forme : La méthadone (34) est un agoniste complet des récepteurs aux opiacés comme la Morphine, qui agit sur les récepteurs mu (μ). Elle possède des propriétés analgésiques et antitussives, elle entraîne un syndrome de dépendance pharmacologique.

Prescription : Elle est prescrite sous forme de gélule ou de sirop. La forme gélule n'est pas prescrite en initiation d'un traitement. Initialement seule la forme sirop est utilisée, les gélules sont permises après un an de traitement par la forme sirop et chez un patient stabilisé sur le plan médical et conduite addictive. La forme gélule sera prescrite d'emblée à la posologie correspondant à la forme sirop, la dose d'entretien se situe en général entre 60 et 100mg/jour. Les modalités de prescription sont les mêmes que pour la BHD avec l'utilisation d'ordonnances sécurisées, pour une durée maximale de 28 jours pour la forme gélule et 14 jours pour la forme sirop avec un fractionnement de 7 jours. Son initiation est par contre réservée aux médecins exerçant en CSAPA ou dans des services hospitaliers spécialisés. Les patients sont soumis à une surveillance pluridisciplinaire régulière et obligatoire. La législation actuelle par le Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 impose l'utilisation d'analyses urinaires à l'initiation du traitement et de contrôles périodiques (35) (14).

Effets indésirables : Les principaux risques sont notamment une augmentation du QTc avec risque de torsade de pointe pour des posologies élevées de Méthadone (>120mg/j) et un risque de dépression respiratoire si le traitement est associé à une prise d'alcool et de médicaments sédatifs.

Délivrance : fractionnée par période de 1 à 7 jours, sauf mention expresse sur l'ordonnance.

c. La Buprénorphine haut dosage-naloxone : Suboxone®

Forme : La Buprénorphine haut dosage-naloxone appelée Suboxone®, est composée de deux molécules : le chlorhydrate de buprénorphine et le chlorhydrate dihydraté de naloxone, associés selon un rapport respectif de 4/1. La Naloxone (12) (36) est un antagoniste des morphiniques et antagoniste pur des morphinomimétiques sans effet agoniste, c'est un opioïde de synthèse et un antidote des opiacés. Elle permet de supprimer rapidement les effets cliniques (31) (dépression respiratoire, coma). Elle est peu efficace en cas de prise d'agoniste-antagoniste comme la Buprénorphine. Devant un passage hépatique complet, elle n'a pas d'effet lors d'une prise orale et doit être administrée par voie IV, IM ou SC pour être efficace.

Prescription : Le mode d'utilisation de la BHD-naloxone est une prise quotidienne par voie sublinguale et permet un effet identique à la BHD seule. En cas de consommation par voie IV, la Naloxone exerce alors un effet antagoniste et provoque un syndrome de sevrage. La durée maximale de prescription étant de 28 jours avec une posologie moyenne de 8mg/jour.

Délivrance : fractionnée par période de 7 jours sauf mention expresse sur l'ordonnance. La Suboxone® a reçu sa première AMM en 2006 et ne sera autorisée à la commercialisation qu'à partir de 2012 (37). Son indication repose sur : traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés. Il permet de dissuader du mésusage par voie IV. Conditions de prescription similaires à celles de la BHD.

3. Indications et contre-indications aux TSO

L'indication d'un TSO réside sur la dépendance avérée aux opiacés. L'objectif de ce traitement étant (14) de soulager un état de manque douloureux, diminuer voire cesser la consommation des opiacés. A terme, obtenir une abstinence complète des opiacés.

Les TSO sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 7 ans. De manière exceptionnelle entre 7 et 15 ans (10). Ils sont également contre-indiqués chez le patient présentant une insuffisance respiratoire décompensée, un asthme grave, une insuffisance hépatocellulaire ou rénale graves. Il ne faut pas les associer.

4. Actions mises en place pour favoriser le bon usage

Il existe plusieurs actions mises en place dans le but de favoriser le bon usage des opioïdes et donc de diminuer son mésusage.

L'État table notamment sur la surveillance sanitaire par le biais d'un dispositif d'addictovigilance piloté par l'ANSM (28) avec des enquêtes annuelles (DRAMES, OPPIDUM, OSIAP) mais également des centres d'évaluation sur la pharmacodépendance (CEIP) ainsi que l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA). Il existe par contre un retard dans la communication des informations en raison des délais dans la mise à disposition des données. Il existe également la HAS (22), autorité indépendante à caractère scientifique, créé en 2004, qui évalue les médicaments, dispositifs médicaux et actes en vue de leur remboursement, elle recommande les bonnes pratiques et élabore les recommandations de santé publique. Les CRPV jouent également un rôle dans l'évaluation et prévention des risques médicamenteux potentiels ou avérés et dans la promotion du bon usage du médicament. Il existe 31 CRPV en France.

Ces différentes institutions ont pour but d'améliorer les pratiques de prescription et de renforcer les informations sur les médicaments. Il existe actuellement la Naloxone, qui est un antidote spécifique utilisé dans le traitement d'urgence des surdoses en opioïdes (22). C'est un agoniste pur qui n'a pas d'effet sur une personne n'ayant pas consommé d'opioïde et permet ainsi une grande sécurité d'emploi. Son accès, initialement réservé à un usage hospitalier a été élargi notamment la Naloxone® par voie nasale et injectable depuis peu accessibles dans les CSAPA.

Le professionnel de santé joue un rôle clé dans la prévention des risques de mésusage. Il ne faut pas banaliser la prescription d'opioïdes et une prescription bien encadrée est nécessaire. Il est recommandé de dépister (22) le risque d'addiction grâce à un outil simple : « Opioid Risk Tool » et de rechercher un mésusage lors de chaque renouvellement par l'outil POMI : « Prescription Opioid Misuse Index ».

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNÉ(S) PAR CES QUESTIONS : codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone		Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITÉ PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLÈMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score :		<input type="text"/>	

Compter 1 point par réponse positive. Faire la somme des réponses positives. Si le score est ≥ 2 , il est possible que vous présentiez un usage à risque de ce traitement antalgique. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien en cas d'automédication.

Figure 5 Échelle POMI : dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes

Renforcer la communication avec le patient, en gagnant sa confiance et donc en abordant le sujet permet également de prévenir le mésusage des opioïdes.

L'utilisation de tests urinaires peut être un bon moyen de suivi du bon usage des traitements substitutifs par opiacés. Il est obligatoire et régulier lors de l'introduction d'un traitement par Méthadone en CSAPA (35). Actuellement, il n'existe cependant pas de loi qui oblige ou encourage son utilisation en cabinet de ville dans la surveillance du bon usage des TSO. Les tests urinaires à lecture rapide permettent une vérification rapide d'une consommation récente d'opiacés pouvant appuyer le diagnostic d'une dépendance à l'héroïne ou tout autre opiacé. Ils sont utilisés obligatoirement dans les centres introduisant un traitement par Méthadone et dans le suivi. Ces tests peuvent également être utilisés, en cas de doute, afin

de vérifier que le traitement est bien pris par le patient et n'est pas utilisé dans un marché parallèle (38).

Il se présente sous cette forme :

- **2 traits : test négatif.** Le produit recherché n'est pas présent dans les urines du patient.
- **1 trait supérieur : test positif.** Le produit recherché est présent dans les urines du patient.
- **Pas de trait : test invalide à refaire.**

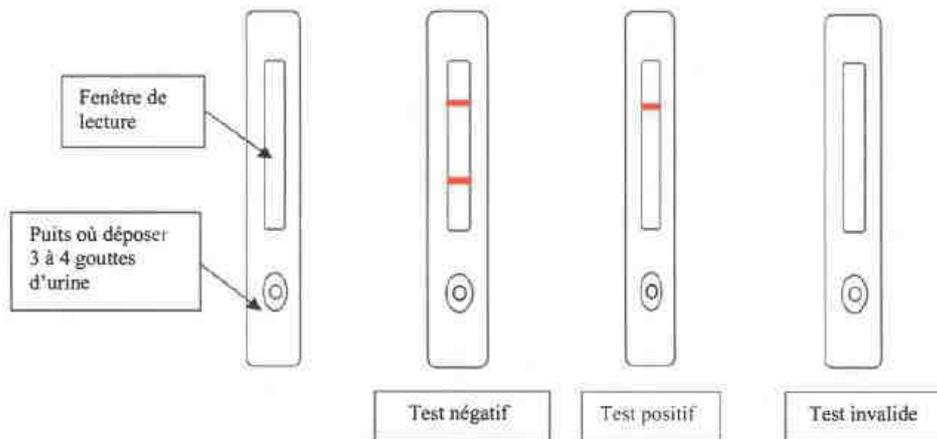


Figure 6 Test rapide urinaire



Figure 7 Test urinaire ABBOTT

L'utilisation des tests urinaires est peu connue des cabinets de ville et reste majoritairement utilisée dans les centres spécialisés habilités à l'initiation de prescription de la Méthadone pour qui l'utilisation d'analyses urinaires est obligatoire.

La carte vitale est un bon outil de surveillance du mésusage. En effet, son historique des remboursements est consultable par tous les professionnels de santé si le patient se présente

avec sa carte. Elle a été créée en 1998 (39) afin de moderniser le système de remboursement des patients et d'en simplifier les démarches.

Dans l'historique de la carte vitale, on peut consulter : les actes de radiologie, biologie, médicaments remboursés, consultations chez un médecin ou dentiste, les arrêts de travail, hospitalisations, transports pris en charge. Ils sont consultables sur les 12 derniers mois (40).

V. Enquête auprès des médecins

1. Introduction

La prescription fréquente d'un traitement de substitution reste très surveillée et entre dans un protocole de soins en France mais le détournement (au sens revente pour l'essentiel) des médicaments opiacés et en particulier de la Buprénorphine est un souci pour les médecins prescripteurs. Ces dérives conduisant de nombreux médecins à restreindre voire arrêter leur prescription. Nous avons décidé de nous intéresser au sujet dans son aspect « gestion en pratique » au cours des consultations. Ce travail, principalement destiné à la médecine générale se tourne également vers toute autre spécialité car la prise en charge de patients en addictologie touche toutes les spécialités.

L'objectif principal de cette étude est de suivre les moyens mis en place pour lutter contre le mésusage des traitements de substitution aux opiacés dans la pratique du médecin généraliste. Secondairement, les principaux freins à leur prescription.

Les témoignages de médecins généralistes français ayant été confrontés ou non au mésusage de la Buprénorphine ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire informatique. Le but de cette enquête étant d'évaluer la place du mésusage de la Buprénorphine dans la pratique du médecin généraliste et d'identifier au travers les différentes réponses, les moyens mis en place dans sa lutte mais aussi les freins que constituent la prescription des traitements de substitution.

2. Matériel et méthode

a. Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive de données quantitatives a été utilisée sous forme d'un questionnaire informatique adressé via internet à des médecins français répartis sur tout le territoire et ayant des modes d'exercices variés. Il était disponible pendant 18 jours du 19/09/2020 au 06/10/2020. Le but de cette analyse est d'avoir l'opinion des personnes interrogées tout en leur permettant de s'exprimer librement sur quelques points du questionnaire. Nous avons décidé de l'adresser aussi bien aux médecins généralistes (principaux intéressés) qu'aux autres spécialités afin d'avoir une vision globale de l'utilisation des TSO dans la pratique courante de prescription et aussi un échantillon représentatif des médecins en France. Une analyse quantitative a été réalisée afin de mesurer un paramètre simple, dans notre cas, les moyens mis en place pour lutter contre le mésusage, en particulier de la Buprénorphine.

Nous avons décidé de partager ce questionnaire via internet. En effet, interroger chaque médecin individuellement n'aurait pas permis d'avoir autant de réponses, cela aurait demandé un temps bien plus considérable et nous aurions recueilli des données qualitatives. De plus, les médecins ont alors pu répondre lorsqu'ils le souhaitaient en un temps plus restreint. Enfin, la diffusion éventuelle du questionnaire par les médecins interrogés à des confrères a élargi le champ des personnes interrogées. Le questionnaire en ligne a également permis d'avoir directement des statistiques de réponses codées à l'aide du langage PHP et HTML, ce qui évite des erreurs de comptage.

b. Questionnaire

Il a été proposé sous forme de 4 parties permettant de structurer le questionnaire. Une première partie s'intéressant au sondé puis les trois suivantes destinées aux pratiques et connaissances du sondé sur la prescription des TSO, sur leur opinion et leurs stratégies mises en place pour lutter contre le mésusage. Nous avons décidé de laisser un espace de libre expression car les questions fermées ne laissent pas la possibilité à la personne interrogée de donner ses propres idées, opinions et expériences auxquelles nous n'aurions pas pensé. Certaines questions étaient redondantes mais posées de manière différente afin de croiser les réponses et voir leur cohérence lors des résultats.

La première partie de l'enquête consiste en des questions fermées sur les caractéristiques des médecins sondés d'une part leur mode d'exercice (installé, hospitalier ou non, rural ou urbain, médecine générale ou autre spécialité) et d'autre part leur part d'activité centrée sur les addictions ainsi que leur mode de formation et aisance dans la prescription.

La seconde partie de l'enquête propose des questions fermées s'intéressant à la part de leur patientèle sous traitement substitutif aux opiacés, leur opinion sur l'utilité de leur prescription et sur l'aspect réglementaire de la prescription de TSO.

La troisième partie propose des questions fermées concernant l'opinion de la personne sondée vis-à-vis du mésusage de la Buprénorphine.

Et enfin, la quatrième et dernière partie concerne les stratégies de lutte contre le mésusage, elle propose une partie de questions fermées et donne également la possibilité de s'exprimer

librement en fin de questionnaire via une question ouverte. Les médecins interrogés étaient invités à proposer d'autres signaux d'alerte qu'ils ont pu remarquer dans leur pratique qui n'étaient pas évoqués dans le questionnaire.

Les questions permettaient de nuancer son avis par une échelle numérique de 1 à 10 ou par des échelles de d'appréciation (pas d'accord, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, d'accord, jamais, parfois, toujours). Le questionnaire utilisé est à retrouver en annexe.

Peu de temps après le recueil des données du questionnaire le 08/10/2020, une FMC a été organisée portant sur la prescription d'opiacés et leur mésusage. Les résultats du questionnaire ont été utilisés pour illustrer les propos, notamment concernant les moyens que l'on peut mettre en place en cabinet de ville pour éviter le mésusage lors de la prescription des TSO : vérifier l'historique de prescription de la carte vitale, appeler la pharmacie, utilisation de tests urinaires. Il était intéressant de noter que les réactions des médecins présents à la FMC concordaient avec les résultats du questionnaire obtenu.

c. Échantillon des personnes sondées

Critères d'inclusion et d'exclusion

L'échantillon de médecins interrogés doit permettre d'explorer les opinions les plus diverses possibles. Ainsi, tout médecin français, thésé ou non, qu'il soit remplaçant, installé, actif ou retraité pouvait répondre au questionnaire. Nous avons décidé de ne pas mettre de limite d'âge car certains médecins retraités continuent leur activité de manière réduite et ont peut-

être pris en charge des patients sous TSO. Une expérience plus ancienne pouvant également enrichir les réponses.

Le questionnaire s'intéresse principalement à la spécialité de médecine générale mais tout médecin d'une autre spécialité a pu répondre au questionnaire. Nous avons décidé de procéder ainsi car même si le questionnaire vise plutôt la pratique en médecine générale, il peut être intéressant que d'autres spécialités soient mises au courant des différents moyens mis en place pour lutter contre le mésusage de la Buprénorphine. La médecine générale n'étant pas la seule spécialité concernée.

Taille de l'échantillon

Il n'y avait pas de nombre minimum de réponses à avoir, il fallait un échantillon assez représentatif de la population de médecins en France, en moyenne environ 1000 répondants (41) permettant, sur la base d'un échantillon représentatif, à une incertitude moyenne de $\pm 3\%$, d'avoir un échantillon représentatif des médecins en France. Lorsque le questionnaire a été arrêté nous avons considéré que le nombre de répondants était suffisant, il dépassait le nombre de 1000 médecins.

Mode de recrutement

Les médecins ont été recrutés sur la base de contacts emails du fichier d'Espace Médecine. Espace Médecine est une association loi 1901. Son président est le Dr Claude Bronner. Elle a été créée le 30 septembre 1990 à Strasbourg dans l'optique de gérer la participation des médecins généralistes aux réseaux de soins.

Pendant plusieurs années, l'association a joué ce rôle pour finir par n'être plus que le support d'un annuaire de médecins.

Elle est actuellement dénommée Espace Médecine car son public est à la fois généraliste et spécialiste libéraux. Elle est composée des structures qui utilisent sa seule production actuelle : un annuaire de médecins.

Le fichier d'Espace Médecine est un fichier des médecins libéraux mis à jour au fil de l'eau et à fond tous les 5 ans lors des élections professionnelles qui génèrent la publication des listes des 120 000 médecins libéraux. Il vient ainsi d'être remis à jour.

Aux adresses professionnelles, spécialité, secteur d'exercice et téléphone que l'on trouve sur les listes fournies par l'assurance maladie et rendues publiques dans l'annuaire Ameli, l'Espace Médecine rajoute les téléphones portables et les adresses mail des médecins en respectant les règles RGPD pour les professionnels qui sont contactés par des structures professionnelles. Ainsi, chaque structure qui utilise l'annuaire s'engage à gérer les désinscriptions à sa propre communication.

Les structures utilisant actuellement Espace Médecine sont des associations de formation médicale continue (fmc ActioN et A2FM) et le syndicat FMF dans ses différentes composantes généralistes et spécialistes et la structure Open Rome.

Au 10 novembre 2020, le fichier Espace Médecine compte 113 956 adresses de médecins libéraux se répartissant entre 59 240 généralistes et 54 548 spécialistes, remplaçants compris. 40 600 fiches comportent une adresse mail, dont 29 626 généralistes et 10 874 spécialistes.

Ce sont ces adresses mail qui servent de support à la communication vers les médecins, essentiellement pour des invitations à des réunions, des publications de la part des structures et des envois de questionnaires pour des thèses et autres travaux.

Les médecins ayant reçu le questionnaire étaient libres de transmettre ce questionnaire à leur propre réseau c'est ce qu'a fait l'association Open Rome (Organize and Promote

Epidemiological Networks, Réseaux d'Observation des Maladies et des Épidémies), possédant un fichier commun avec Espace Médecine a relayé le questionnaire à 1147 médecins généralistes actifs ou à la retraite de la France entière.

Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé grâce au questionnaire envoyé par email aux contacts d'Espace Médecine. Il a été disponible pendant une durée assez limitée considérant qu'au bout de plusieurs jours, les médecins oublieraient d'y répondre et que le nombre de répondants serait alors quasiment maximal. Chaque réponse était anonyme et seules les caractéristiques (âge, sexe, lieu d'exercice) sont analysées dans les résultats. Les réponses étaient ensuite synthétisées dans un fichier Excel.

Analyse

L'étude utilise une variable quantitative pour toutes les réponses fermées. J'ai réalisé une analyse selon plusieurs thèmes à partir des différentes parties de mon questionnaire.

La première partie concernait le médecin répondant : âge, exercice, lieu d'exercice, pourcentage de patientèle en addictologie. La seconde partie était plus axée sur la réglementation et recommandations concernant les TSO. La troisième partie s'intéressait à l'opinion du sondé sur le mésusage des TSO et la dernière les stratégies mises en place par la personne interrogée.

Concernant les réponses libres, j'ai également analysé les réponses en les séparant selon l'avis des répondants : positif, négatif ou neutre.

J'ai décidé de créer des graphiques permettant de mieux visualiser les réponses données et d'analyser les résultats de manière plus parlante.

Éthique

Chaque personne était libre de répondre ou non au questionnaire et de l'arrêter à tout moment. Je ne connaissais aucun médecin ayant répondu au questionnaire ce qui a permis un anonymat total. Le questionnaire a été envoyé par email, permettant non seulement une totale objectivité des réponses (je ne suis pas intervenue dans le choix des réponses) et un anonymat complet car je n'ai récupéré que les résultats sous forme de pourcentage et les réponses ouvertes ne contenaient pas les coordonnées du répondant. J'ai par ailleurs rappelé le caractère anonyme et libre des réponses données au moment de la diffusion des résultats. Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Ma recherche s'adressant à des personnels de santé et visant à évaluer les pratiques des professionnels, elle est hors loi Jardé (Article R1121-1 II 2° du code de la santé publique) qui définit un cadre juridique pour les recherches impliquant la personne humaine (RIPH) afin de diminuer le risque de lien d'intérêt entre les promoteurs, investigateurs et comités de protection des personnes (42).

De plus, mon questionnaire ne rentre pas dans les critères cités dans l'article 35.1 du RGPD (43) qui prévoit que le responsable doit effectuer une AIPD lorsqu'un traitement est susceptible d'engendrer « un risque élevé pour les droits et libertés des personnes physiques » puisqu'il concerne une analyse de pratiques adressée directement aux médecins.

Mon questionnaire n'étant pas multicentrique et n'impliquant pas directement la personne humaine et s'intéressant aux pratiques des médecins interrogés, il n'y a aucune formalité nécessaire ni d'inscription au registre des activités de traitement (44).

3. Résultats

a. Caractéristiques des répondants



Figure 8 Nombre de destinataires

Quel est votre sexe ?

Homme
 Femme

Quelle est l'année de votre première installation ?

Quel est votre lieu d'exercice ?

Urbain
 Rural

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre activité ?

Médecin généraliste
 Médecin spécialiste

Dans quel département exercez-vous ?

Approximativement, quelle est la part en pourcentage de votre activité centrée sur les addictions ?

%

Exercez-vous dans une zone à forts problèmes de toxicomanie ?

Oui
 Non

J'ai reçu 1117 réponses sur 44289, soit 2.5% de réponses. La répartition des réponses homme/femme était quasiment comparable avec 48.25% d'hommes et 51.21% de femmes (0.54% de non-réponse) d'un âge moyen d'une cinquantaine d'années (49.67 ans).

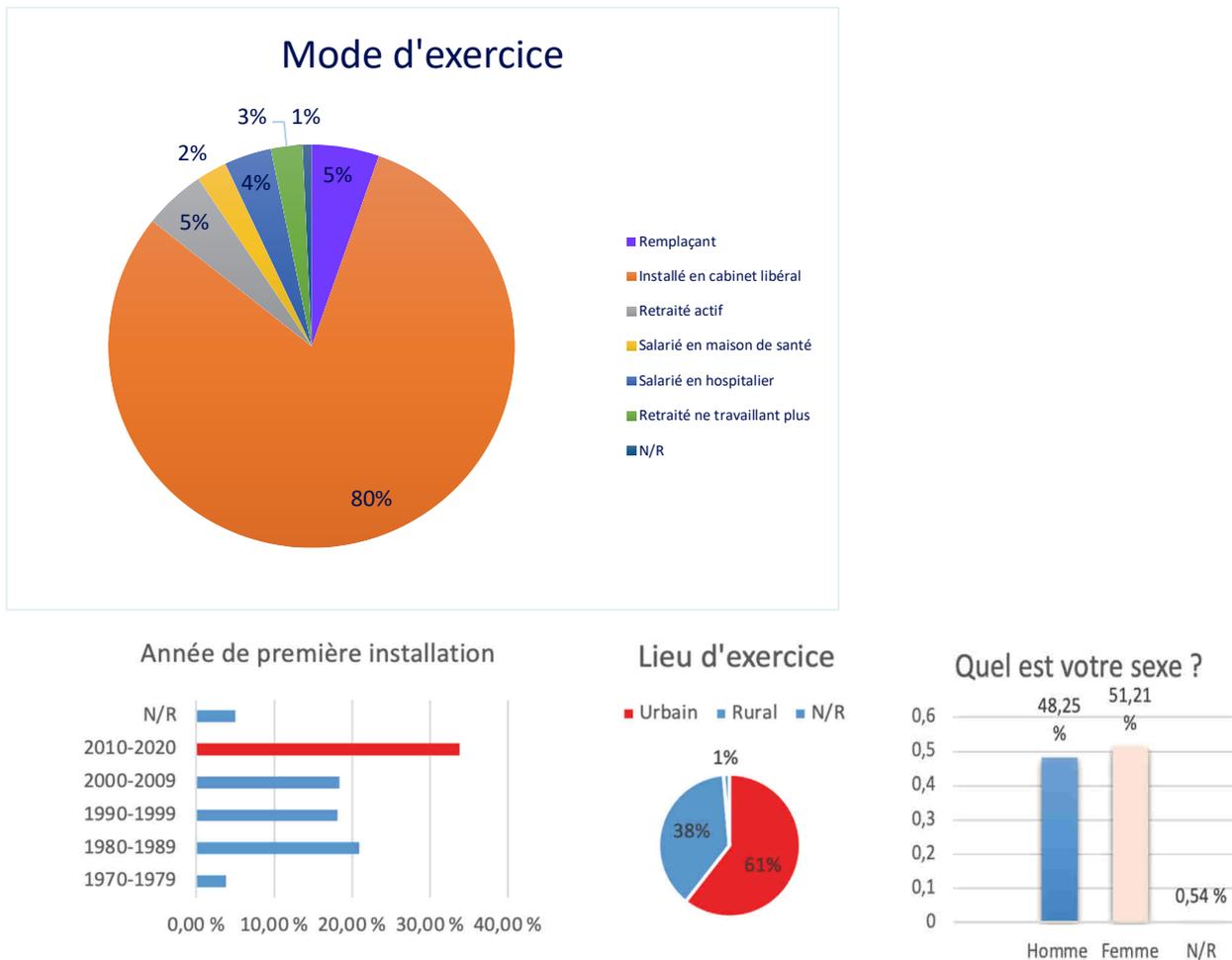


Figure 9 Caractéristiques des médecins répondants

Plus d'un tiers (33.75%) des répondants s'étaient installés récemment entre 2010 et 2020 et la majorité exerce en milieu urbain.

La plupart des répondants étant des médecins installés en cabinet libéral.

Plus de deux tiers des praticiens n'exerce pas dans une zone à forts problèmes de toxicomanie (66.25%) et la majorité des répondants sont médecins généralistes (92.3%). L'autre spécialité fortement répondante est la psychiatrie à près d'un tiers (29.73%) mais reste une minime part par rapport à la proportion de médecins répondants totale, probablement car c'est la spécialité qui prend en charge les addictions. Seule une minime part (6.44%) des médecins

rapporte une activité centrée sur les addictions.

Allergologie	2,70 %	Chirurgie Vasculaire	0,00 %	Médecine Cardiovasculaire	5,41 %	Neurologie	2,70 %
Anesthésie-Réanimation	2,70 %	Chirurgie Viscérale et Digestive	1,35 %	Médecine Intensive-Réanimation	0,00 %	Oncologie Médicale	1,35 %
Anatomie et Cytologie pathologiques	0,00 %	Dermatologie-Vénérologie	0,00 %	Médecine Interne et Immunologie clinique	2,70 %	Oncologie-Radiothérapie	0,00 %
Biologie médicale	0,00 %	Endocrinologie diabétologie et nutrition	1,35 %	Médecine Légale et expertise médicale	2,70 %	Ophthalmologie	0,00 %
Chirurgie générale	2,70 %	Génétique médicale	0,00 %	Médecine Nucléaire	0,00 %	Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	5,41 %
Chirurgie Maxillo-Faciale	0,00 %	Gériatrie	2,70 %	Médecine Physique et Réadaptation	2,70 %	Pédiatrie	4,05 %
Chirurgie Orale	0,00 %	Gynécologie médicale	4,05 %	Médecine et Santé au Travail	0,00 %	Pneumologie	0,00 %
Chirurgie Orthopédique et traumatologique	2,70 %	Gynécologie-Obstétrique	2,70 %	Médecine Vasculaire	0,00 %	Psychiatrie	29,73 %
Chirurgie Pédiatrique	0,00 %	Hématologie	0,00 %	Médecine d'Urgence	2,70 %	Radiologie et Imagerie Médicale	0,00 %
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	0,00 %	Hépatogastro-entérologie	0,00 %	Néphrologie	0,00 %	Rhumatologie	4,05 %
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire	1,35 %	Maladies Infectieuses et Tropicales	0,00 %	Neurochirurgie	2,70 %	Stomatologie	1,35 %
		Santé publique	0,00 %	Urologie	0,00 %	N/R	8,11 %

Figure 10 Pourcentage de réponse selon la spécialité

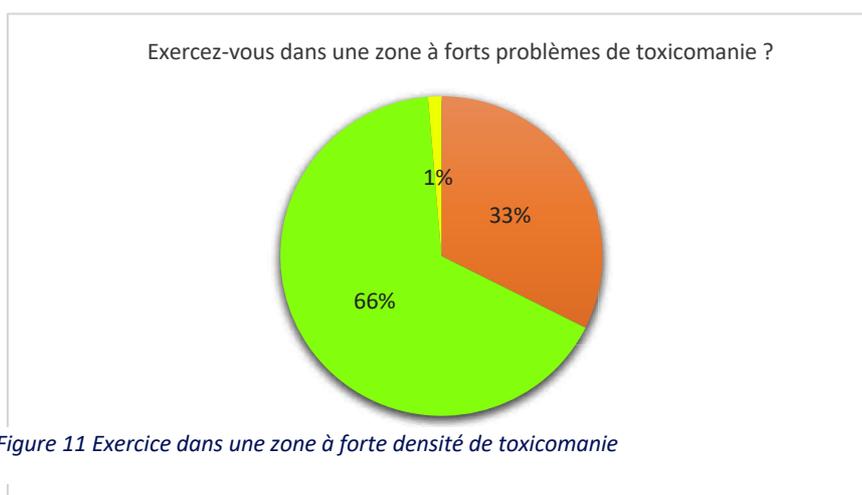


Figure 11 Exercice dans une zone à forte densité de toxicomanie

SYNTHESE : l'échantillon de médecins interrogés est principalement composé de médecins d'âge moyen (environ cinquante ans), il y a autant de femmes que d'hommes répondants. La plupart exerce en libéral et dans des zones peu touchées par la toxicomanie. Les médecins installés récemment étant plus répondants. La médecine générale et psychiatrie sont les deux spécialités ayant le plus répondu.

Concernant la répartition géographique des répondants, quasiment tout le territoire français est représenté dans les réponses avec une majorité provenant du Bas-Rhin (5.01%), seuls les départements du Cantal, de la Creuse, de la Lozère et de la Guyane ne sont pas représentés et 27 praticiens n'ont pas répondu à la question, soit 2.42%.

1	1,25 %	27	0,36 %	53	0,09 %	79	0,27 %
2	0,90 %	28	0,27 %	54	1,16 %	80	0,45 %
3	0,27 %	29	0,72 %	55	0,36 %	81	1,07 %
4	0,36 %	30	1,34 %	56	1,97 %	82	0,72 %
5	0,63 %	31	3,94 %	57	1,16 %	83	1,88 %
6	1,97 %	32	0,45 %	58	0,09 %	84	1,07 %
7	0,98 %	33	2,60 %	59	4,83 %	85	0,63 %
8	0,90 %	34	2,42 %	60	1,16 %	86	0,36 %
9	0,36 %	35	1,25 %	61	0,36 %	87	0,36 %
10	0,45 %	36	0,27 %	62	1,34 %	88	0,45 %
11	0,81 %	37	2,06 %	63	0,72 %	89	0,54 %
12	0,27 %	38	3,13 %	64	0,54 %	90	0,18 %
13	2,95 %	39	0,36 %	65	0,63 %	91	1,16 %
14	1,34 %	40	0,18 %	66	0,81 %	92	1,25 %
15	0,00 %	41	0,63 %	67	5,01 %	93	1,25 %
16	0,18 %	42	0,54 %	68	3,04 %	94	0,63 %
17	0,45 %	43	0,45 %	69	2,60 %	95	0,54 %
18	0,54 %	44	1,61 %	70	0,18 %	971	0,81 %
19	0,09 %	45	0,54 %	71	0,45 %	972	0,18 %
20	0,27 %	46	0,36 %	72	0,09 %	973	0,00 %
21	0,54 %	47	0,27 %	73	0,90 %	974	1,16 %
22	0,45 %	48	0,00 %	74	1,97 %	976	0,09 %
23	0,00 %	49	0,98 %	75	3,49 %	N/R	2,42 %
24	0,36 %	50	1,25 %	76	1,16 %		100,00 %
25	1,34 %	51	0,90 %	77	1,34 %		
26	1,16 %	52	0,18 %	78	1,25 %		

Figure 12 Pourcentage de réponse selon le département

A noter que les départements les plus répondeurs hors Bas Rhin sont le Nord (59, Lille), la Haute Garonne (31, Toulouse), Paris (75), l'Isère (38, Grenoble), le Haut Rhin (68, Colmar), Les Bouches-du-Rhône (13, Marseille) et la Gironde (33, Bordeaux).

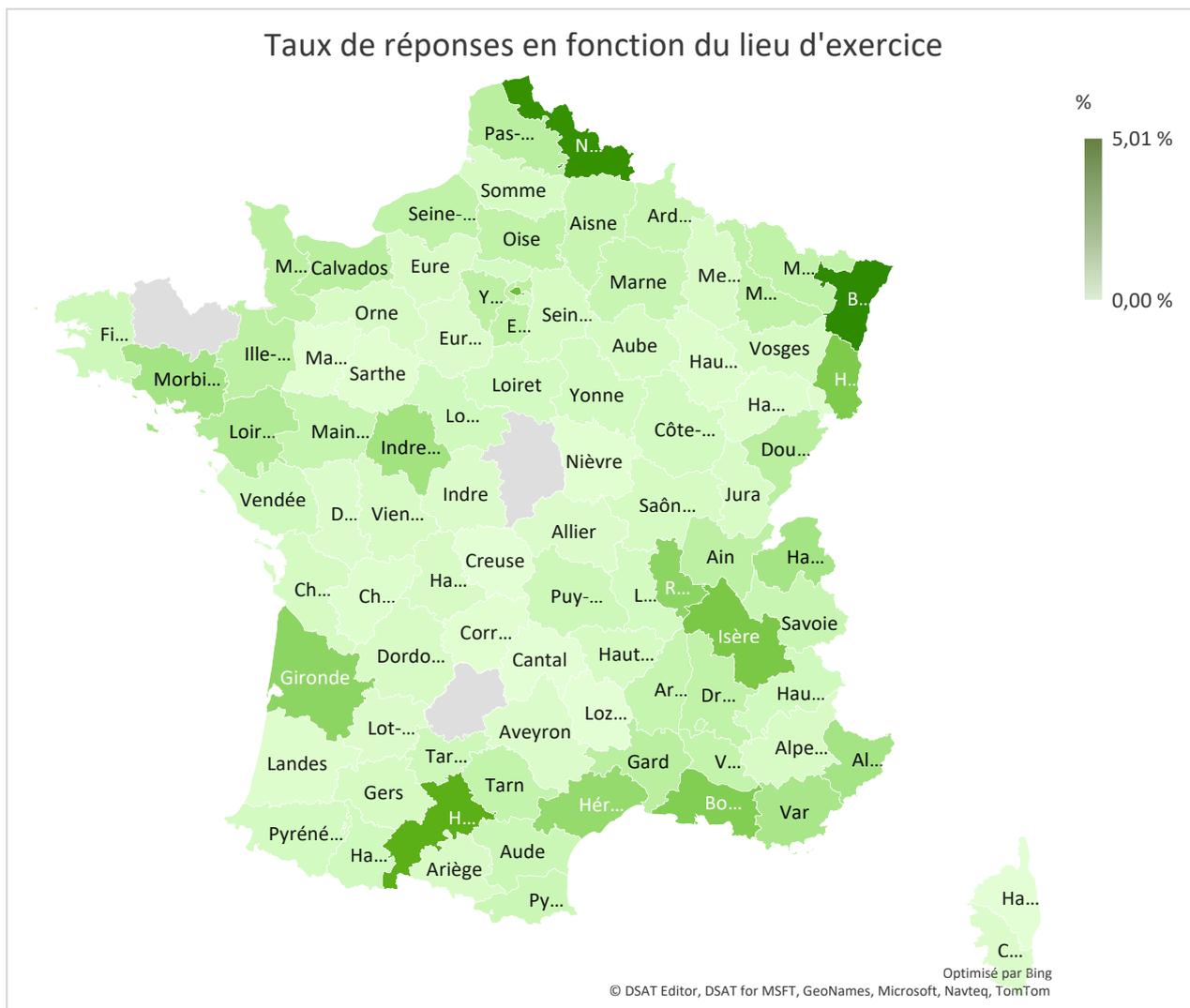


Figure 13 Carte de la France selon le taux de réponse

SYNTHESE : la répartition géographique des répondants est plutôt homogène. On remarque que plusieurs départements ont plus répondu, correspondant souvent à de grandes métropoles probablement plus touchées par la toxicomanie. Ou bien de la région Alsace où le Dr Bronner exerce et où nous avons probablement le plus de contacts interrogés.

b. Aisance de prescription des TSO et formation

Sur une échelle de 0 à 10, notez votre aisance dans la prescription des TSO

0 = pas à l'aise, 10 = très à l'aise.

Votre aisance : ...



0 5 10

Aisance de prescription des TSO	
0	9,67 %
1	8,15 %
2	9,94 %
3	9,31 %
4	6,27 %
5	5,28 %
6	10,12 %
7	9,40 %
8	11,10 %
9	4,30 %
10	4,21 %
N/R	12,26 %
	100,00 %

Figure 14 Échelle de 0 à 10 selon l'aisance de prescription

Concernant l'aisance des médecins dans la prescription des TSO, on remarque que près de la moitié se considère peu à l'aise, c'est-à-dire inférieur ou égal à 5 sur une échelle de 0 à 10 (48.62%) avec 137 personnes n'ayant pas répondu (12.26%).

Un tiers n'a aucune formation dans la prescription (32%) et un bon tiers s'est formé par l'expérience (34%), très peu ont finalement bénéficié d'une vraie formation par diplôme universitaire, formation continue ou maîtrise de stage.

Comment vous êtes-vous principalement formés à la prescription des TSO ?

- Aucune formation
- Par DU ou FST
- Formation continue
- Formation par l'expérience
- Formation par l'enseignement - maîtrise de stage

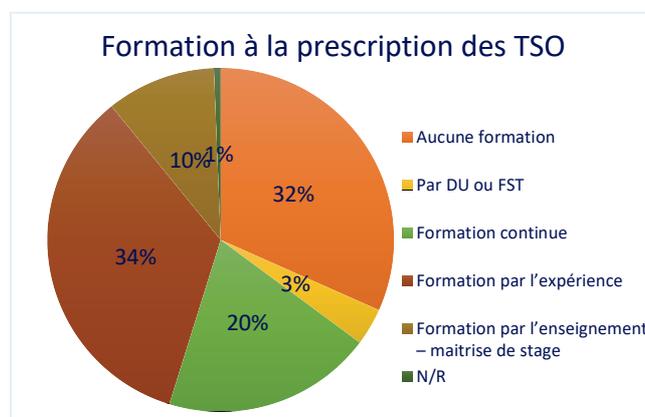


Figure 15 Formation à la prescription des TSO

SYNTHESE : peu de médecins se considèrent à l'aise dans la prescription des TSO notamment par manque de formation.

c. Mode de pratique dans la prescription des TSO

<p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Avez-vous déjà suivi des patients sous traitement substitutif aux opiacés ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>	<p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Suivez-vous ACTUELLEMENT des patients sous traitement substitutif ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Dans ma pratique...</p> <p><input type="radio"/> J'instaure <input type="radio"/> Je me contente de renouveler des traitements instaurés par d'autres</p>	<p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Vous suivez actuellement des patients traités par...</p> <p><input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Buprénorphine <input type="checkbox"/> Suboxone <input type="checkbox"/> Autre</p>

1004 médecins ont déjà suivi des patients sous traitements substitutifs aux opiacés soit 90% mais 724 (soit 65%) en suivent encore actuellement. On remarque donc qu'une grande proportion, environ un tiers, a arrêté d'en prescrire.

Plus de deux tiers des médecins interrogés déclarent principalement renouveler un traitement substitutif instauré par d'autres médecins (69.11%) et les principales molécules prescrites restent la Buprénorphine (59.80%) et Méthadone (50.13%) avec une grande proportion de non-répondants (254 médecins soit 22.74%), sachant que plus de la moitié des patients est sous Buprénorphine (56.74%) et un tiers sous méthadone (35.39%).

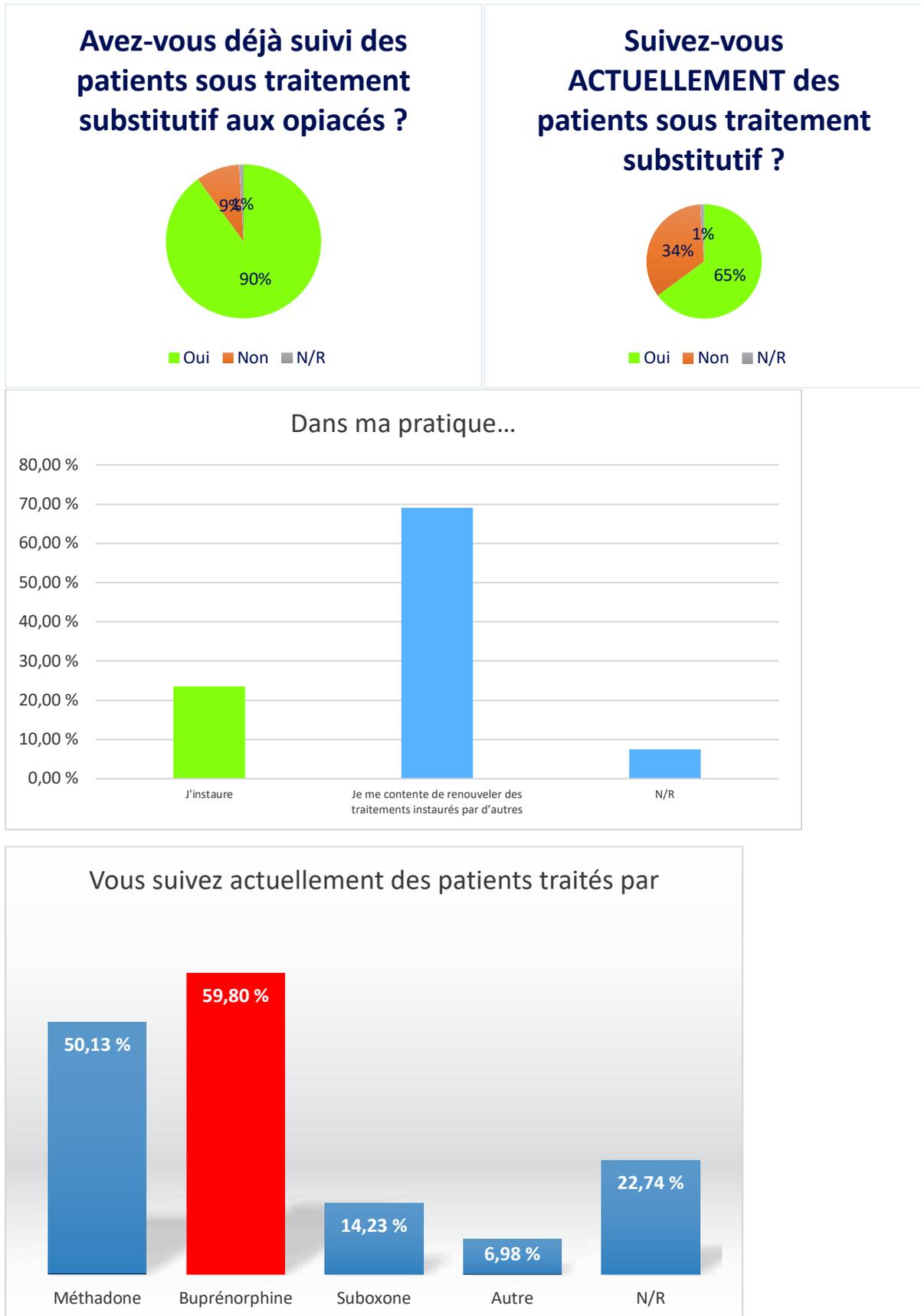


Figure 16 Pratiques et suivi de patients sous TSO

SYNTHESE : en général, les médecins prescrivent peu les TSO et se contentent de les renouveler. Il s'agit principalement des TSO par Buprénorphine ou Méthadone.

d. Opinion sur les TSO

Combien suivez-vous de patients substitués dans votre patientèle actuelle ?

- Moins de 5
 Entre 6 et 20
 Plus de 20

Quelle est votre opinion sur l'utilité de la substitution aux opiacés ?

- Sans intérêt
 Peu utile
 Utile
 Très utile

Donnez la répartition en pourcentage des différents traitements substitutifs aux opiacés parmi vos patients sous TSO.

Buprénorphine %
 Suboxone %
 Méthadone %
 Sous une autre substance %

Comment trouvez-vous la réglementation de la prescription de TSO ?

- Trop souple
 Adaptée
 Trop sévère

La plupart des médecins n'ont qu'une proportion très réduite de patients sous TSO, près des trois quarts suivent moins de 5 patients dans leur patientèle.

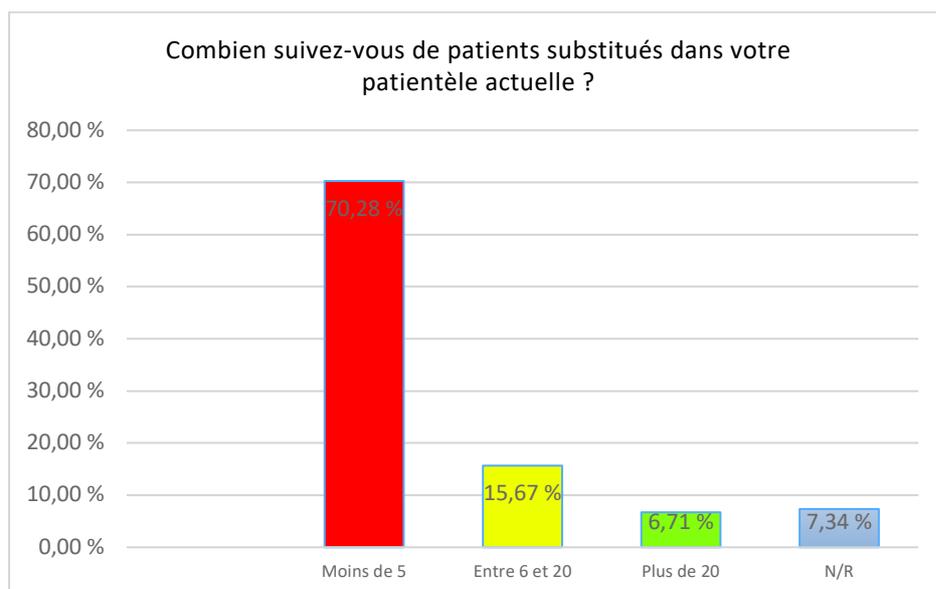


Figure 17 Nombre de patients sous TSO

Une grande majorité des médecins interrogés jugent utile voire très utile (86%) la substitution aux opiacés et trouvent la réglementation de la prescription des TSO adaptée (71.44%) alors qu'une minime part la trouve trop souple ou trop sévère (5%).

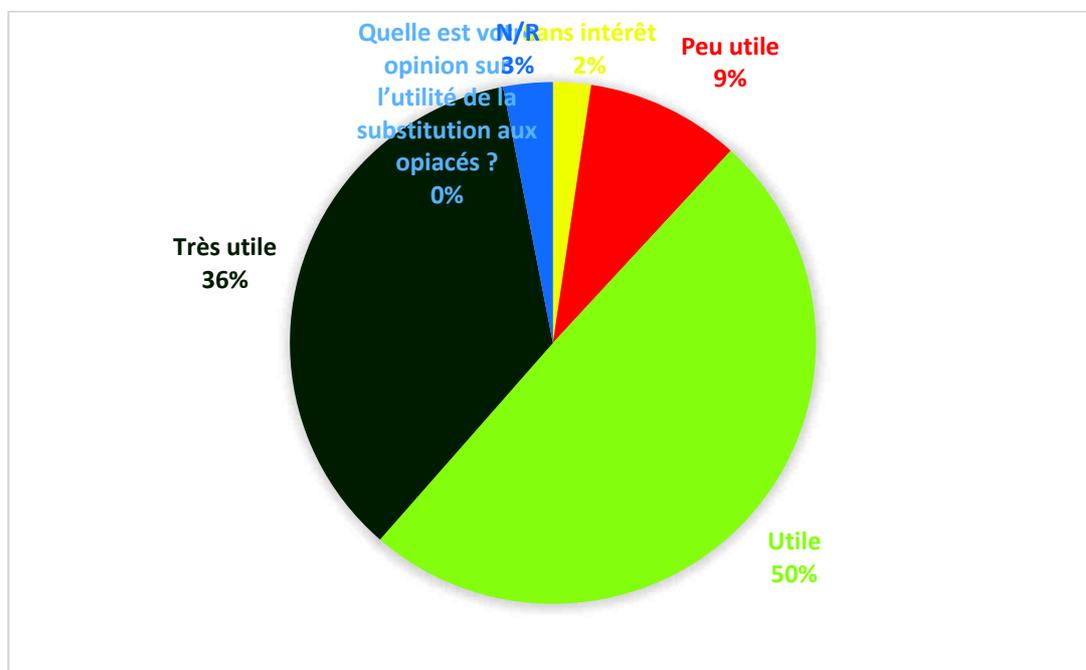


Figure 18 Opinion sur l'utilité de la substitution

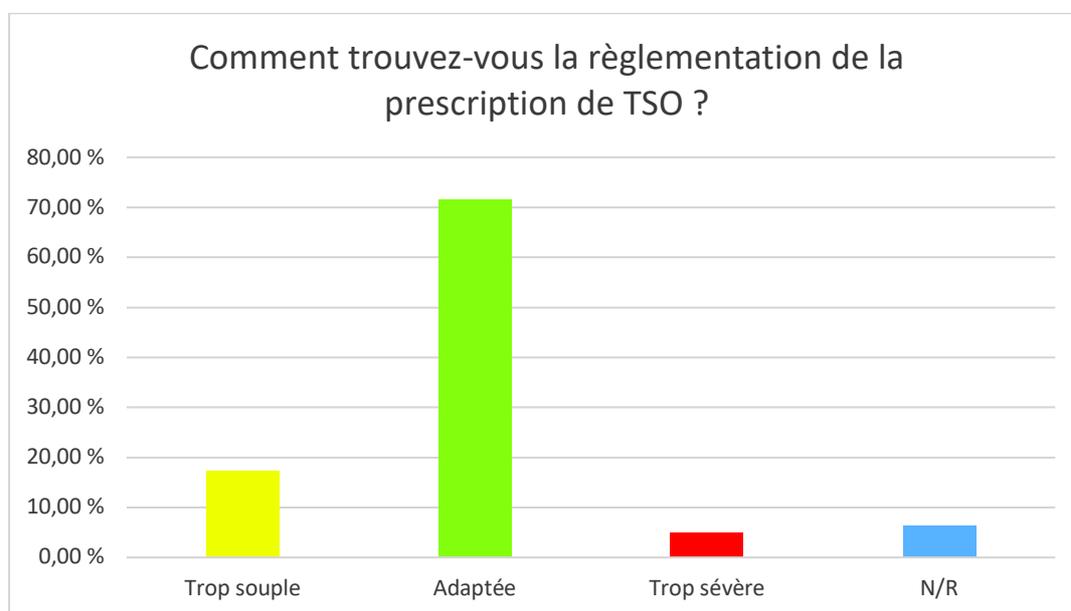


Figure 19 Avis sur la réglementation de prescription des TSO

SYNTHESE : la substitution est jugée très utile avec une réglementation de prescription adaptée, la part de la patientèle sous TSO reste très anecdotique en général.

e. Mésusage de la Buprénorphine

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le mésusage est ma plus grande peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le mésusage risque d'atteindre mon intégrité personnelle, c'est contre mes principes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le mésusage risque d'atteindre mon intégrité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne pense pas au mésusage lorsque je prescris le TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crains trop le mésusage, je ne prescris pas de TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le traitement substitutif et la population qu'il concerne ne rapporte que de l'embêtement et il y a trop de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le risque du mésusage est faible par rapport à la révolution qu'a apporté le TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le pourcentage de mésusage est faible par rapport à l'ensemble des consommateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai pas d'opinion sur le mésusage je prescris parce qu'il le faut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis contre le TSO car trop de mésusage, mais je prescris tout même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malgré le risque de mésusage, je prescris le TSO, cela ne me pose pas de problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'il y avait des recommandations précises sur le TSO et le risque de mésusage protégeant le médecin, je prescrirais plus facilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le mésusage est rare voire inexistant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ferme les yeux, le mésusage n'apporte que des ennuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nous avons décidé de sonder les opinions des médecins interrogés vis-à-vis de la Buprénorphine et de son mésusage. Si la plupart des médecins sont conscients que le mésusage de la Buprénorphine existe (85%), la moitié des sondés (50%) ne prescrirait pas plus de Buprénorphine s'il existait des recommandations claires et protégeant le médecin lors de la prescription des TSO.

Étonnamment, malgré un avis négatif voire inexistant sur la prescription des TSO et malgré leur risque de mésusage, plus de la moitié prescrit ce traitement. De même, près de 54% pense que le mésusage concerne une minorité des consommateurs.

Les avis restent contrastés, en effet, le mésusage est pour près de la moitié des praticiens une grande crainte (49.86%) et un tiers juge qu'en prescrire atteint leur intégrité personnelle et que cela n'apporte que des désagréments. Une grosse majorité, en prescrivant des TSO, pense toujours au risque de mésusage que cela encourt (presque 60%) mais juge être une faible part par rapport à la révolution qu'apporte les TSO (60%).

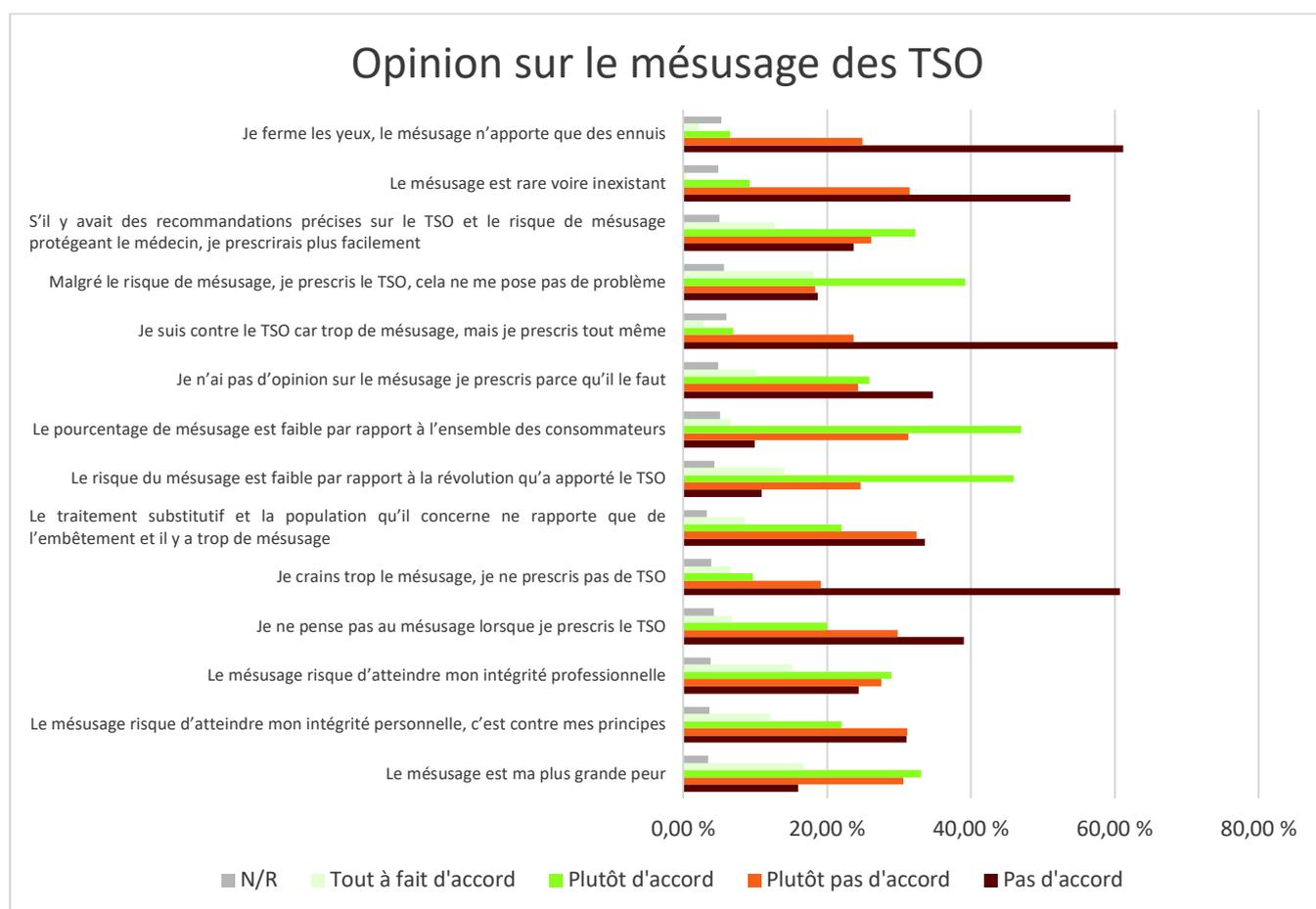


Figure 20 Opinion sur le mésusage

SYNTHESE : même si l'avis des médecins prescripteurs reste plutôt négatif vis-à-vis de la prescription de Buprénorphine et que tous gardent une crainte face au risque de mésusage, une majorité les prescrit tout de même. Il est intéressant de remarquer que même si la législation devenait plus claire et devait plus protéger les médecins prescripteurs, ceux-ci ne les prescriraient pas plus.

f. Stratégies contre le mésusage

Je vérifie l'historique des remboursements grâce à la carte vitale du patient.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'adresse un courrier ou un appel à la caisse d'assurance maladie.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'appelle la pharmacie pour avoir un aperçu de la consommation du patient.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour toutes ces modalités de vérification, respectez-vous toujours la règle théorique de l'accord du patient ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des stratégies de repérage des patients avec usage illicite ?

- Oui
 Non

Vérifier l'historique de remboursement grâce à la carte vitale

On remarque que les médecins ont plus tendance à vérifier l'historique de la carte vitale des patients chez qui ils suspectent un mésusage (37%). Une vérification systématique chez tous les patients (9%) ou chez les nouveaux patients (25.6%) est parfois réalisée.

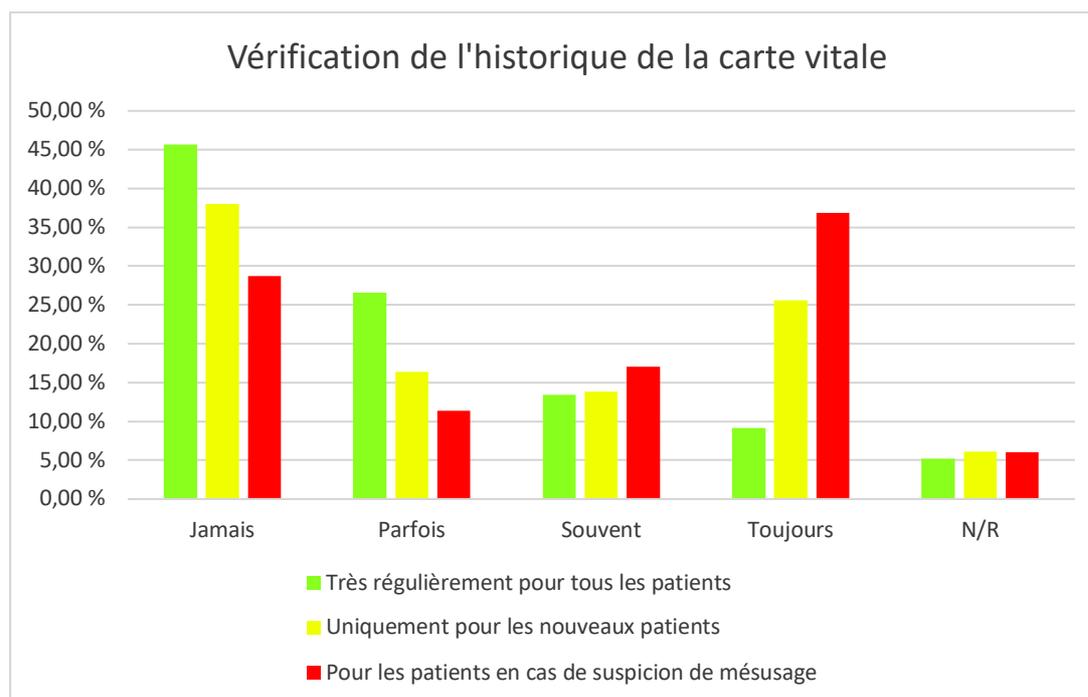


Figure 21 Historique de la carte vitale

Courrier ou appel à la caisse d'assurance maladie

Globalement, les médecins ont rarement recours à la caisse d'assurance maladie, que ce soit pour quelqu'un chez qui ils suspectent un mésusage (64%) ou pour tout autre patient (87%). Même si cela reste un peu plus fréquent chez un patient chez qui ils suspectent un mésusage.

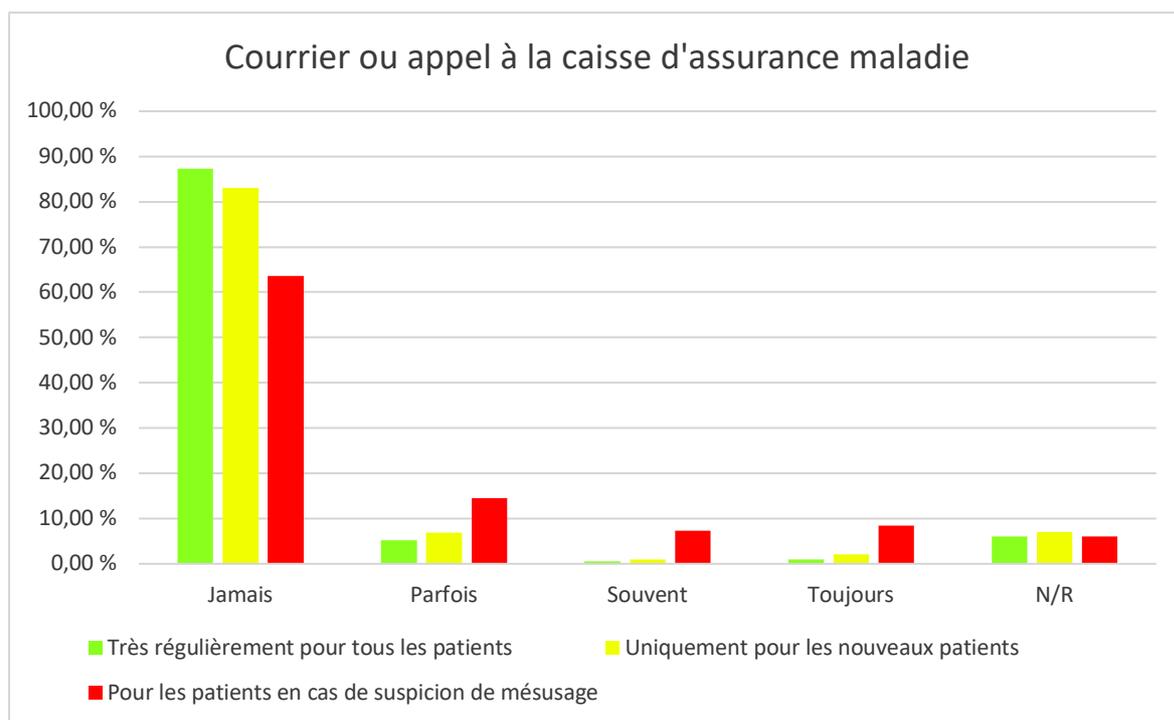


Figure 22 Appel à la caisse d'assurance maladie

Appel à la pharmacie pour un historique de consommation

On remarque que les médecins ont plus régulièrement recours à la pharmacie pour avoir un historique de prescriptions afin de vérifier la consommation des patients chez qui ils suspectent un mésusage, près d'un tiers (32%) appelle toujours la pharmacie s'ils suspectent un mésusage. Pour les nouveaux patients ce taux s'élève seulement à 13% et descend à 3.8% chez les autres patients.

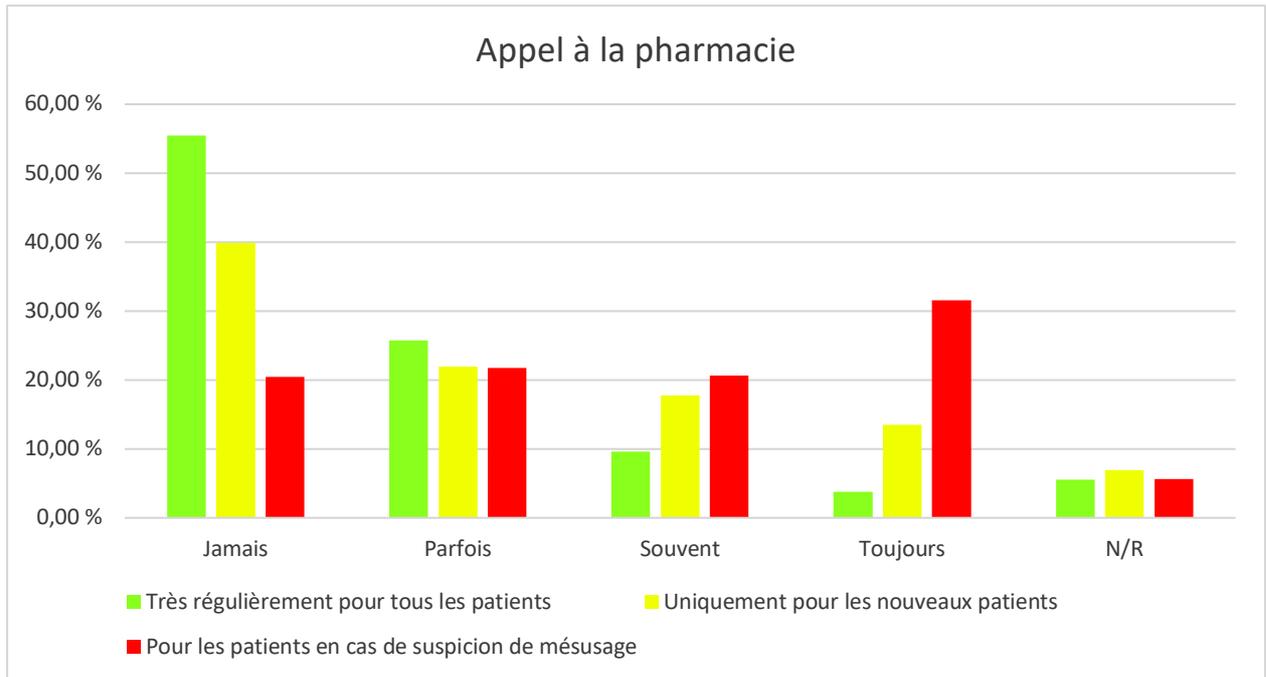


Figure 23 Appel à la pharmacie

Accord du patient

Pour toutes ces modalités de prescription, on remarque qu'un tiers (28% en moyenne) des médecins vérifie toujours la règle théorique de l'accord du patient, qu'il soit suspecté ou non de mésusage et un tiers ne la vérifie jamais chez aucun des patients.

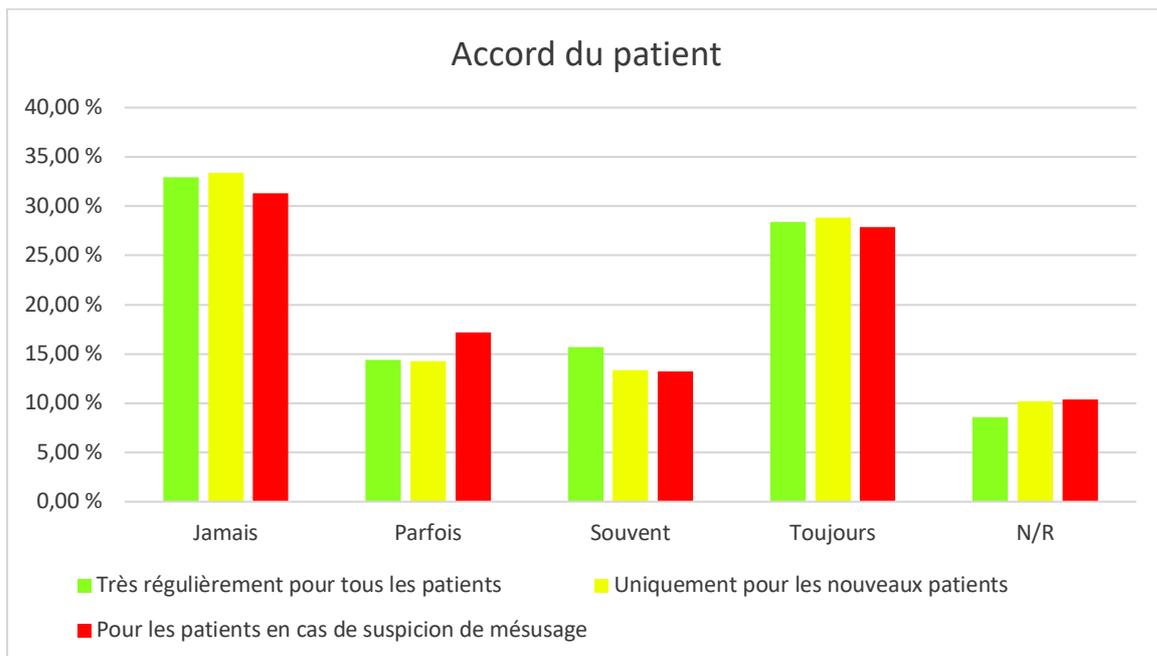


Figure 24 Accord du patient

Stratégies de repérage d'usage illicite

Deux tiers des médecins n'ont aucune stratégie de repérage d'un usage illicite des TSO (60%).

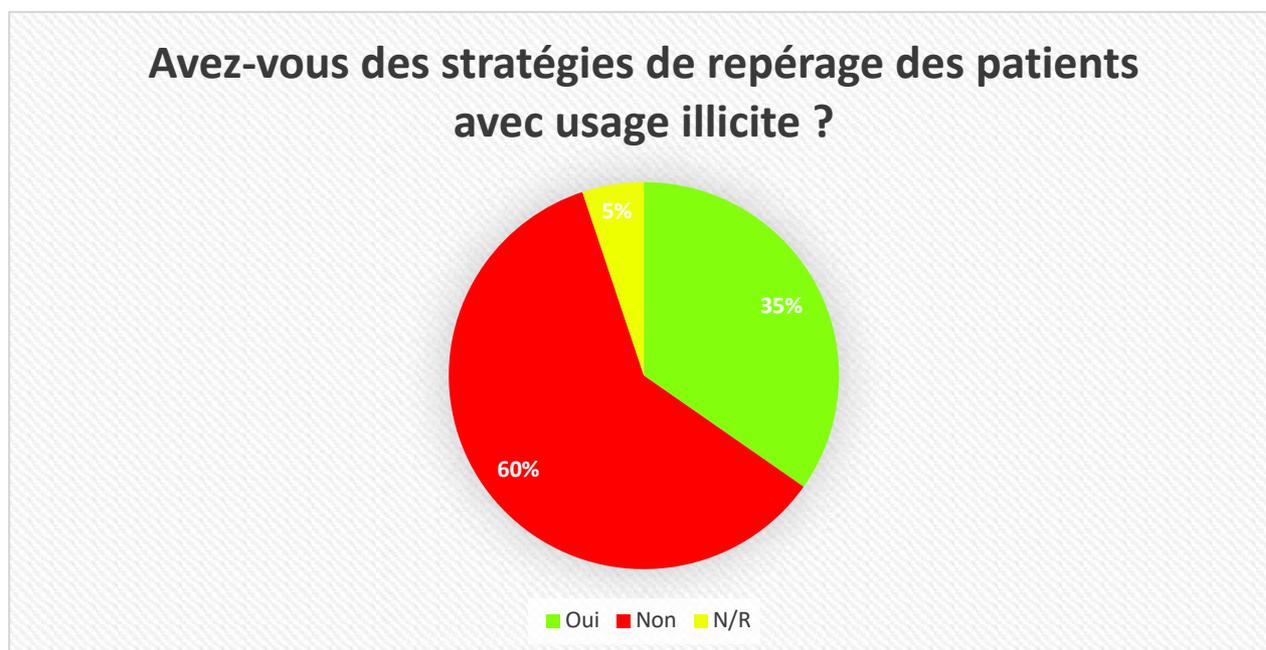


Figure 25 Présence de stratégies de repérage du mésusage

SYNTHESE : Un médecin sera plus susceptible de vérifier les consommations de son patient, que ce soit auprès de la pharmacie, en vérifiant la carte vitale ou contactant la sécurité sociale chez un patient chez qui il suspecte un mésusage. L'accord théorique du patient n'est que peu pratiqué et appliqué par seulement un tiers des médecins. Rares sont les médecins qui ont une stratégie de repérage d'un usage illicite de leurs prescriptions.

g. Signaux d'alerte

Quels signaux vous servent d'alerte ?				
	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Dose maximale demandée par le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de non substituable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nouveau patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carte vitale avec nomadisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de suboxone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de prendre des médicaments sous supervision (dosage supervisé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus d'une dose maximale pour un mois non négociable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus d'un fractionnement des doses rapproché	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de tests urinaires en laboratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de tests urinaires en cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chevauchement d'ordonnance fréquent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus d'aller au CSAPA en parallèle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations par un proche/amis/connaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appel d'une nouvelle pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tous ces signaux d'alerte sont régulièrement rapportés par les médecins interrogés. Un des signal les plus importants reste la présence d'une carte vitale avec nomadisme, un chevauchement d'ordonnance fréquent et un appel d'une nouvelle pharmacie.

Les autres signaux restent fréquents mais on remarque que le refus de traitement non-substituable, de tests urinaires et de Suboxone® est moins souvent considéré comme un signal d'alerte.

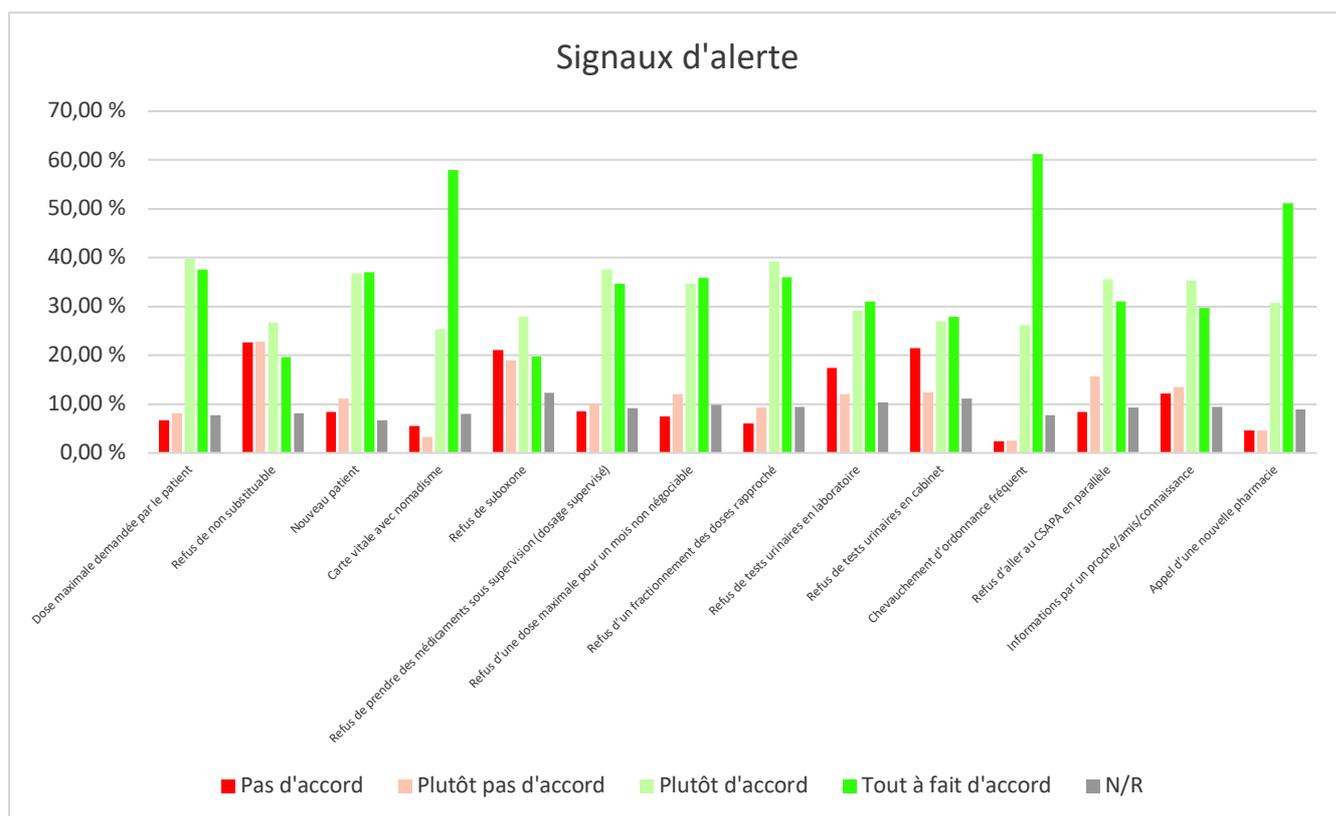


Figure 26 Signaux d'alerte

SYNTHESE : tous les signaux d'alerte proposés sont retenus par les médecins prescripteurs de Buprénorphine, mais les plus importants restent la présence d'un nomadisme médical sur la carte vitale, le chevauchement d'ordonnance et l'appel d'une nouvelle pharmacie.

h. Autre signal d'alerte

Nous avons laissé un espace de libre expression afin que les médecins interrogés puissent d'une part donner des signaux d'alerte utilisés en plus de ceux déjà suscités. Nous avons recueilli 230 réponses. On peut dégager trois grandes idées.

Premièrement, il y a 48 médecins, soit une proportion d'environ 27%, qui parlent de signaux liés au contrôle de carte vitale, appel de la caisse d'assurance maladie suite à un contrôle, chevauchement des ordonnances. Ce qui est souvent rapporté et que nous n'avons pas

proposé, sont la venue du patient en consultation sans carte vitale, la demande de represcription répétée pour diverses raisons (perte, vols) avec plus ou moins majoration des posologies et un non-respect des rendez-vous.

Deuxièmement, la même proportion de médecins rapporte l'importance du comportement des patients, le contexte psychosocial et leur état clinique. Ils rapportent des signes cliniques fréquemment présents, notamment des signes de dénutrition, poly-addictologie, mains de Popeye, signes de manque ou au contraire symptômes de surdosage avec agitation, anxiété, infections et signes d'inflammation.

Et troisièmement, 27 personnes soit une proportion d'environ 12% des 230 médecins parlent du fait que devant une relation de confiance avec leur patient, cela les conduit à parler de lui-même d'un éventuel mésusage ou bien leur propre intuition leur permet de déceler un mésusage. Rarement, un proche les contacte pour le leur dire.

SYNTHESE : les autres signaux d'alerte mis en avant par les médecins sont l'absence de carte vitale, la perte d'ordonnance, les signes cliniques et comportementaux ainsi que l'alliance thérapeutique avec le patient permettant de le savoir directement.

i. Stratégies anti-détournement

Quelles sont vos stratégies anti-détournement ?

- Dose maximale demandée par le patient
- Prescription de génériques
- Prescription de Suboxone
- Vérification de l'historique des remboursements
- Envoi d'un courrier/appel à la caisse d'assurance maladie
- Prise de contact régulière avec la pharmacie
- Prise de médicaments sous supervision
- Traçabilité par le dossier pharmaceutique ou DMP
- Fractionnement rapproché des prescriptions
- Tests urinaires en laboratoire
- Tests urinaires en cabinet
- Refuser un chevauchement d'ordonnance
- Demande à un proche ou connaissance
- Suivi CSAPA en parallèle
- Autre

Nous avons listé une dizaine de propositions pouvant servir de stratégie contre le détournement de Buprénorphine. On remarque que les stratégies les plus utilisées restent la vérification de l'historique de la carte vitale, le refus de prescription si chevauchement d'ordonnance, la prise de contact régulière avec la pharmacie, le fractionnement rapproché des prescriptions et un suivi CSAPA en parallèle.

Les stratégies les moins utilisées étant la traçabilité par le DMP ou dossier pharmaceutique, la prescription en générique ou de Suboxone®, la prise sous supervision, la prise de contact avec la caisse d'assurance maladie et plus rarement encore, l'utilisation de tests urinaires en cabinet ou laboratoire, la demande à un proche.

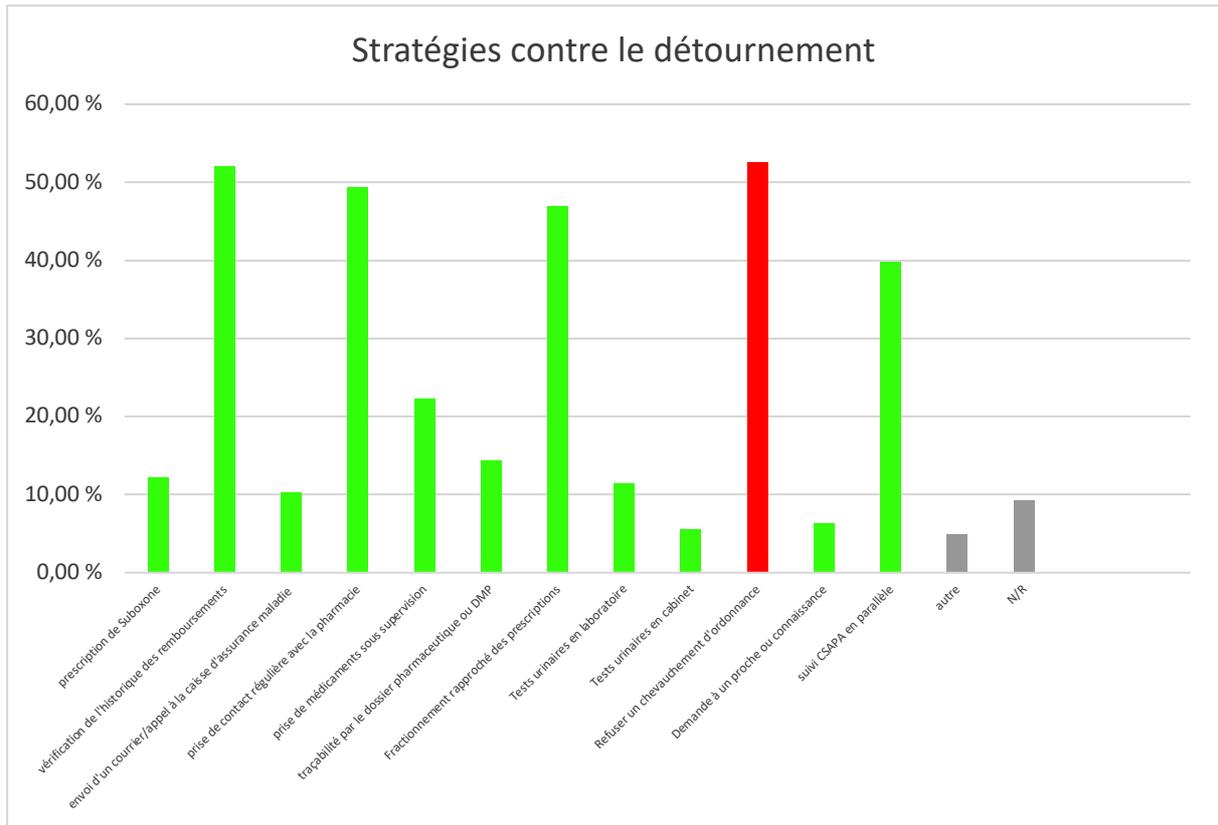


Figure 27 Stratégies contre le détournement

Les médecins, pour la plupart, parlent du mésusage avec leurs patients, moins d'un tiers n'en parle pas.

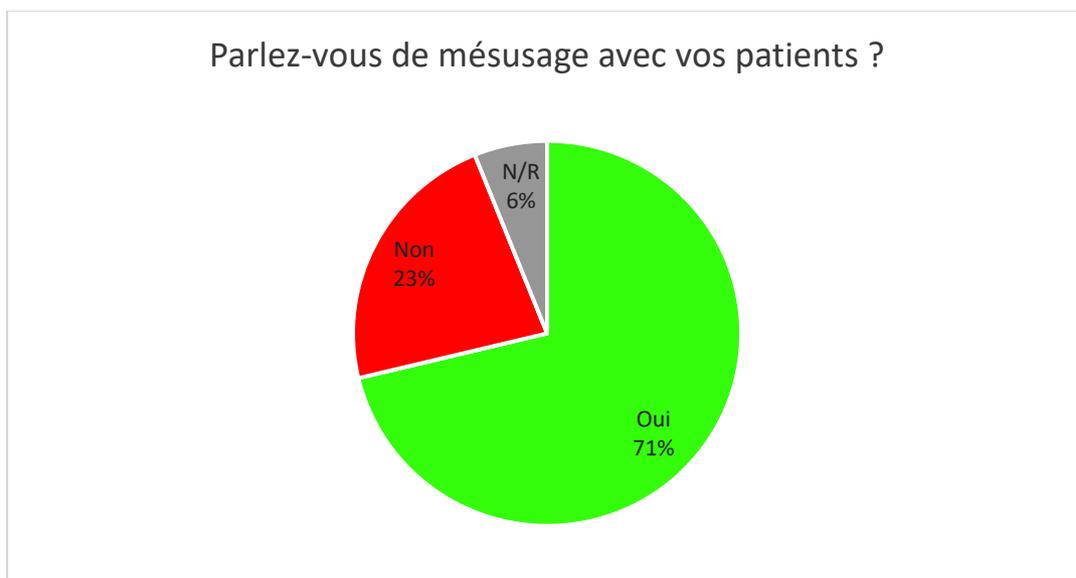


Figure 28 Parler de mésusage avec ses patients

SYNTHESE : les stratégies les plus utilisées restent la vérification de l'historique de remboursement de la carte vitale, la prise de contact avec la pharmacie, le fractionnement rapproché des prescriptions et le refus de chevauchement d'ordonnance. Les autres stratégies restent en général anecdotiques. La majorité des médecins évoquent le mésusage avec leurs patients.

j. Prise en charge d'un patient AME substitué

<p>Le patient en AME n'a pas de carte vitale ni d'historique de remboursement, considérez-vous que cette situation favorise le détournement ?</p>	<p>Cette situation vous incite-t-elle encore plus à utiliser les stratégies citées plus haut (contact pharmacie, prescription fractionnée, proposition de suboxone, tests urinaires etc) ?</p>
<p><input type="radio"/> Pas d'accord</p> <p><input type="radio"/> Plutôt pas d'accord</p> <p><input type="radio"/> Plutôt d'accord</p> <p><input type="radio"/> Tout à fait d'accord</p>	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>

Un patient bénéficiant de l'Aide Médicale d'État (AME) (45), permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès gratuit aux soins, sous condition de résidence en France depuis plus de 3 mois et selon un plafond de ressources. Il possède alors une attestation AME. Il ne s'agit pas d'une carte vitale, nous n'avons donc aucun accès à l'historique des prescriptions.

Nous constatons dans les réponses qu'un patient en AME sera considéré par les médecins comme plus susceptible de détourner un traitement par Buprénorphine du fait de l'absence de contrôle possible de l'historique de la carte vitale. Plus de 50% des médecins interrogés sont d'accord voire tout à fait d'accord pour affirmer cela et cela incite pour plus de deux tiers d'entre eux à utiliser les stratégies anti-détournement suscitées.

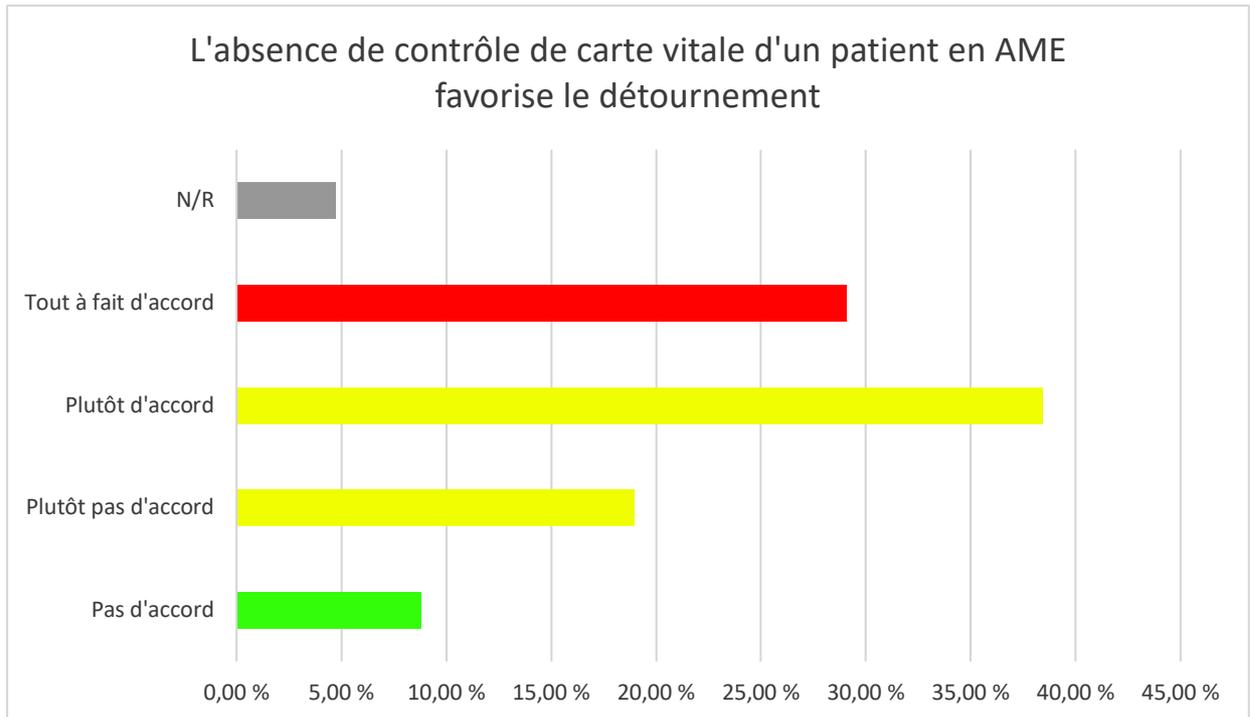


Figure 29 AME et risque de mésusage



Figure 30 AME et risque de mésusage (1)

SYNTHESE : un patient en AME serait plus susceptible de pratiquer le détournement du fait de l'absence de surveillance de l'historique de la carte vitale selon les médecins interrogés, raison pour laquelle ils utilisent plus volontiers des stratégies anti-détournement.

k. Commentaires

Nous avons décidé de laisser un espace de libre expression afin de recueillir d'éventuelles autres stratégies utilisées pour lutter contre le détournement de la Buprénorphine ou tout simplement donner leur avis sur la prescription de substitution. Il y a eu 323 réponses.

91 médecins, soit environ un tiers des répondants (28.2%) s'exprimaient contre la prescription des TSO ou le fait que la majorité des patients sous ce traitement pratiquent le mésusage. Beaucoup ne souhaitent plus prescrire de TSO et refusent toute prise en charge du fait de mauvaises expériences passées. Plusieurs médecins refusant la prescription soulignent notamment le sentiment d'insécurité avec le risque d'être agressé. Parmi les commentaires les plus représentatifs on note : « Je ne soigne plus d'adulte en partie à cause d'une agression de la part d'un patient à qui j'ai refusé de prescrire ce qu'il exigeait en dose de Suboxone. J'ai fini par lui prescrire pour éviter les violences », « Je me rappelle avoir été agressée quand j'étais médecin remplaçante en refusant la prescription de Subutex® ».

La barrière de la langue est également un frein à la prescription car absence de possibilité de dialogue avec le patient.

Environ 19% (60 médecins) se prononcent plutôt comme étant mitigés dans la prescription des TSO, ils acceptent d'en prescrire mais seulement si cela rentre dans leurs conditions souvent strictes : suivi en CSAPA en parallèle, fractionnement rapproché. Ils sont par ailleurs

globalement peu concernés et continuent de prescrire à des patients sous TSO depuis longue date et donc à priori « équilibrés » dans leur traitement et suivis. Beaucoup soulignent aussi le côté plus facile de suivi car peu nombreux chez un médecin ayant une activité plus rurale qu'urbaine. L'un des freins à la prescription reste également le manque de formation, beaucoup envoient leurs patients vers des centres spécialisés type CSAPA, CARUUD.

Enfin, 76 médecins, soit une proportion d'environ 24%, sont plutôt en faveur d'une prescription de TSO. Ils jugent les bénéfices des TSO bien supérieurs au risque de mésusage. Il est par ailleurs important pour une grande partie qu'il y ait une relation de confiance avec le patient permettant de pouvoir parler librement de la question du mésusage. Beaucoup conseillent un suivi par un CSAPA en parallèle ou instaurent un contrat moral avec le patient ainsi que des protocoles stricts. Un médecin souligne le fait que pour lui, le mésusage et donc l'achat de Buprénorphine par des patients addictes permettrait de les encourager à devenir patient et entrer dans un vrai protocole de soins.

Certains médecins proposent des clés qui peuvent permettre une amélioration de la prescription et d'éviter un éventuel mésusage. Ils parlent notamment de pouvoir accéder à un historique des prescriptions accessible même en l'absence de carte vitale, de créer un annuaire des prescripteurs et donc un réseau permettant la surveillance des prescriptions. Ils proposent aussi de rendre obligatoire la diminution progressive des doses de Buprénorphine à partir du moment où il y a prescription.

Enfin, certains docteurs relèvent le problème de l'absence de possibilité de surveillance de l'historique de carte vitale chez certains patients ayant la CMU, selon la caisse d'assurance (MSA) ou carte vitale non à jour.

SYNTHESE : un tiers des médecins reste réfractaire à la prescription des TSO, par manque de formation, par peur et sentiment d'insécurité. Le suivi par un centre spécialisé type CSAPA ou CARUUD, un contrat de soin et une relation de confiance sont les principales clés retrouvées chez les médecins en faveur de la prescription des TSO.

VI. Discussion

1. Synthèse des principaux résultats

Les médecins se considèrent globalement peu à l'aise dans la prescription des traitements de substitution par manque de formation. Ils sont peu à en prescrire et si c'est le cas, ils se contentent de renouveler les traitements qui sont principalement la Buprénorphine et Méthadone.

Les traitements de substitution sont jugés utiles et la réglementation adaptée. Tout en restant tout de même assez craintifs quant à la prescription des TSO (48.62% se disent peu à l'aise), ils les prescrivent tout de même, pour la plupart. Les principales clés retrouvées en faveur de la prescription des TSO sont le suivi par un centre spécialisé tels le CSAPA ou CAARUD.

Concernant la surveillance des patients dans la prescription des TSO, les médecins utilisent principalement la carte vitale (37%), l'appel auprès de la pharmacie (32%), rarement par

contact auprès de l'assurance maladie (8.5%). 60% des médecins répondants n'ont pas de stratégies de repérage d'un usage illicite.

Concernant les signaux d'alerte utilisés pour repérer un mésusage, on note principalement le nomadisme médical (58%) lors de la surveillance de la carte vitale, le chevauchement d'ordonnance (61%) et l'appel d'une nouvelle pharmacie (51%). Les médecins relèvent également d'autres signaux importants tels que l'absence de carte vitale, dose maximale demandée, les signes cliniques et comportementaux d'usage et l'alliance thérapeutique permettant d'en discuter librement avec le médecin.

Les stratégies utilisées pour palier au détournement restent principalement la vérification de l'historique de remboursement qui nécessite une carte vitale au moins à la première consultation, la prise de contact avec la pharmacie, le fractionnement rapproché des prescriptions et le refus de chevauchement d'ordonnance.

Pour plus de 50% des médecins répondants, les patients possédant l'AME seraient plus susceptibles de pratiquer le détournement du fait de l'absence de carte vitale empêchant la consultation de l'historique de remboursement. Les stratégies anti-détournement sont alors d'autant plus utilisées.

2. Points forts de l'étude

a. A propos de l'étude

Afin d'évaluer le mésusage de la Buprénorphine en cabinet de ville, il me semblait judicieux de proposer un questionnaire adressé aux médecins exerçant en cabinet de ville. Cela m'a

permis de recueillir des données quantitatives. De plus, le mésusage touchant tout le territoire français, il était plus facile d'adresser un questionnaire par email que d'essayer de contacter des médecins uns à uns pour les interroger à travers la France. J'ai également pu recueillir un plus grand nombre de réponses plutôt qu'une étude qualitative. L'étude quantitative était le type d'étude le plus approprié pour ce travail.

Le sujet de ce travail est original car il n'existe aucun travail récent portant spécifiquement sur l'étude du mésusage de la Buprénorphine dans les cabinets de ville.

L'intérêt de l'étude repose sur le peu de travaux menés sur la prescription des traitements de substitution et le risque de mésusage qui touche tous les prescripteurs qui n'ont que peu de clés pour le repérer et l'éviter.

L'étude possède une bonne puissance car j'ai pu recueillir un nombre important de réponses, qui s'élève à plus de 1100.

b. Validité interne

Les médecins répondants lors de cette étude correspondaient aux critères d'inclusion initiaux. Il n'y a pas eu d'exclusion.

Le questionnaire informatif a été créé dans l'optique de limiter le biais de subjectivité : les questions ont été rédigées pour éviter d'orienter les réponses. La plupart des réponses étant standardisées avec des échelles de réponse (pas d'accord, plutôt d'accord, etc.) cela a permis de faciliter l'analyse des résultats qui a été uniforme.

Concernant les réponses libres, je les ai toutes lues et classées selon trois catégories : positif, négatif et neutre, cela dans le but d'éviter au maximum le biais d'interprétation.

c. Validité externe

La population de médecins ayant répondu au questionnaire est représentative de celle à l'échelle nationale que ce soit au niveau de l'âge ou du genre (46). Globalement le questionnaire proposait toutes les idées notamment pour les questions à choix multiples sur les stratégies mises en place pour lutter contre le mésusage et les signaux d'alerte. En effet, lorsque j'ai laissé libre expression aux médecins, 230 médecins ont laissé un commentaire pour compléter les signaux d'alerte et 325 médecins dans l'onglet de libre expression. Ils ont plutôt appuyé des idées qui étaient déjà proposées ou apporté quelques compléments sur les propositions faites. Les principales idées étant déjà citées.

La validité externe d'une étude observationnelle descriptive est jugée selon la qualité, la variété et le nombre de données apportées. J'ai pu recueillir un nombre important de réponses (plus de 1000) variées tant sur les caractéristiques sociodémographiques (médecins venant de toute la France et exerçant dans des zones variées) qu'à travers leur parcours (médecins généralistes formés ou non, psychiatres et autres spécialités).

3. Points faibles de l'étude

a. Biais de sélection

Biais de recrutement

Je souhaitais interroger les médecins à l'aide d'un questionnaire internet afin de faciliter le recrutement et le nombre de réponses. Les médecins contactés étaient ceux présents dans le carnet d'adresse d'Espace Médecine soit 44289 emails remis. Au 1^{er} janvier 2020, on recense 307130 médecins en France (46), la totalité des médecins n'a donc pas été contactée. Espace Médecine ayant été créée en Alsace, il y a une antériorité qui entraîne plus de réponses avec un carnet d'adresse mieux mis à jour. Cela s'est notamment vérifié car nous avons obtenu un taux de réponse supérieur dans le département du Bas Rhin (5%) par rapport aux autres départements.

Ce biais de recrutement peut également être expliqué par un nombre plus important de contacts dans les départements où il existe un plus grand nombre de structures ou syndicats en lien avec la prise en charge des patients traités par TSO.

Chacun pouvait envoyer le questionnaire à ses propres contacts, c'est ce que l'association Open Rome a fait. Elle possède un carnet d'adresse de médecins généralistes en France, commun avec Espace Médecine et a permis de renforcer le message auprès des médecins de son groupe. Cela participe également au biais de recrutement.

Il existe toutefois un biais de sélection puisqu'il aurait fallu réussir à contacter un nombre identique de médecins sur tout le territoire ou posséder une base de données sur tous les médecins de France.

On constate la part de médecins généralistes répondants représente la majeure partie des réponses à hauteur de 92.3%. Probablement également en lien avec la base de données d'Espace Médecine créée par un médecin généraliste et le questionnaire relayé uniquement à des médecins généralistes par l'association Open Rome.

Biais de volontariat

Sur l'ensemble des médecins ayant répondu, il est possible que ceux qui étaient concernés par le sujet ont répondu plus facilement. On voit en effet qu'une part minime de 2.5% parmi les 44289 médecins contactés a répondu au questionnaire. La majorité des répondeurs (86%), trouvait la substitution aux opiacés utile voire très utile. Il est probable que les médecins ayant répondu au questionnaire y ont trouvé un intérêt dans leur pratique alors que ceux qui ne se sentaient pas ou peu concernés ont moins répondu. C'est sans doute pour cela que les psychiatres étaient les plus nombreux à répondre parmi les autres spécialités hors médecine générale à hauteur de 29.7%. Cela constitue un biais de volontariat.

A l'inverse, des médecins se sentant peu concernés ont également répondu, c'est ce que j'ai pu constater dans les réponses libres : « Je ne savais pas qu'il existait des stratégies de ce type puisque je soigne peu ces patients », « Je n'ai pas de patients concernés par l'usage des stupéfiants (hors cannabis). Je n'y connais pas grand-chose en ce domaine », « Je ne prescris pas ces produits », « je ne me sens pas concernée par votre questionnaire, car je ne fais plus aucun TSO ». Pour rappel, 35% des médecins répondeurs ne prescrivent pas de TSO.

b. Biais de classement

Biais d'évaluation subjective

Les réponses données par les médecins sont fonction de leur interprétation propre de la question posée. Notamment lorsque je leur ai demandé d'évaluer leur aisance dans la prescription des TSO sur une échelle de 0 à 10, ils étaient 48.6% s'estimant peu à l'aise, c'est-à-dire entre 0 et 5 sur 10. Tout cela reste subjectif car chaque médecin a sa propre échelle d'évaluation et tolérance.

c. Biais d'interprétation

Les réponses données dans le questionnaire étaient quantitatives et regroupées en pourcentages. Cela permet une analyse sans trop de biais d'interprétation.

En revanche, les données récoltées dans les deux questions ouvertes étaient interprétées de manière qualitative et peut être parfois analysées à tort dans l'analyse thématique (négatif, positif, neutre). Certaines réponses n'ont pas été exploitées : « C », « xxxx », « bonne thèse », « je voudrais bien avoir le résultat de ce sondage ».

d. Biais d'investigation

Biais de mémorisation

Quelques médecins éprouvaient des difficultés dans leurs réponses car leur exercice datait de plusieurs années. « Je ne prescris plus depuis 10 ans ne faisant que de la gériatrie à l'hôpital. Réponses concernant mes prescriptions de plus de 10 ans. » « Je suis retraité depuis 3 ans ». On peut supposer que cela a induit un biais de mémorisation dans les réponses recueillies.

Biais de subjectivité

La subjectivité est limitée par la neutralité de la personne interrogée. En effet une personne étant contre la prescription des TSO jugera peut-être la réglementation peu sévère et l'utilité des TSO moins importante. A l'inverse un médecin habitué et formé dans la prescription des TSO pourra trouver la réglementation adaptée et son utilité importante. Le fait de proposer un questionnaire permettait cependant d'éviter une certaine subjectivité car je n'ai pas ajouté d'information pouvant orienter les réponses.

Biais de réponse

Certains médecins n'ont peut-être pas répondu exactement ce qu'ils souhaitaient notamment parce qu'ils ont pu craindre un manque d'anonymat, même si je l'ai spécifié au début du questionnaire.

Ce qui a aussi pu conduire à un biais de réponse est l'absence de l'encart « je ne sais pas », comme l'ont noté plusieurs médecins dans les commentaires libres « il vous manque, dans ce questionnaire, les cases à cocher = "je ne sais pas " et/ou " je n'en ai pas " », « vos propositions de réponse ne laissent pas la place à la réponse « je ne sais pas » ».

Il y a aussi un biais de réponse par les médecins retraités qui ne se sentent plus forcément concernés par les questionnaires de thèse ou n'ont pas les proportions exactes du nombre de patients qu'ils ont pu suivre durant leur exercice comme certains l'ont souligné dans les réponses libres « J'ai répondu de mon mieux aux questions mais je doute de vous être très utile car je n'ai jamais induit de traitement moi-même et je suis en retraite depuis 6 mois ».

e. A propos du questionnaire

Structure du questionnaire

Le questionnaire contient 4 grandes parties avec dans chacune plusieurs questions, en général 10 et contenant plusieurs propositions. Il y avait également 2 encarts pour permettre un espace de libre expression. Ce questionnaire était peut-être un peu long pour certains médecins et a pu conduire à l'arrêt prématuré du questionnaire. Les questions se voulaient en revanche assez courtes pour essayer de palier à cela. Le questionnaire tout en étant long restait succinct par rapport à un entretien qualitatif et les médecins avaient la possibilité d'y répondre quand ils le souhaitaient.

Déroulement du questionnaire

Le questionnaire est resté disponible pendant 18 jours, soit un peu moins de trois semaines. Nous avons fait le choix de ne pas le laisser disponible trop longtemps, de fait, passé un certain nombre de jours, la personne interrogée oubliera de répondre. J'ai eu en effet une majorité de réponses dans les premiers jours qui ont suivi la diffusion du questionnaire.

Cependant, j'ai fait le choix de ne pas diffuser mon questionnaire à un nombre restreint de médecins en phase test avant un envoi général. En effet, nous étions satisfaits du contenu du questionnaire mais cela aurait permis d'éviter l'absence de l'encart « je ne sais pas » qui aurait été jugé utile par plusieurs médecins répondants.

Les questions ouvertes ont permis de laisser un espace de libre expression. Le médecin n'est pas contraint à répondre uniquement à un questionnaire fermé et cela lui permet de donner des idées ou propositions que nous aurions oublié de donner. On remarque que les idées apportées par les médecins répondants sont globalement les mêmes que celles proposées dans le questionnaire, mais ils mettent plus ou moins l'accent sur certains moyens utilisés

pour favoriser l'observance : rendre la diminution des doses des TSO obligatoire, alliance thérapeutique primordiale.

4. Discussion des principaux résultats et comparaison avec la littérature

En s'appuyant sur les réponses au questionnaire et sur les différentes réponses apportées librement par les répondants, on peut distinguer plusieurs points importants concernant le mésusage de la Buprénorphine. Cela reste notamment un sujet mal traité d'une part par les médecins qui restent peu à l'aise pour 48.6% dans la prescription des traitements de substitution aux opiacés et d'autre part par les pouvoirs publics. L'opinion des médecins répondants reste en demi-teinte : le mésusage des TSO représente une grande crainte pour 50% mais une même part estime que le risque est faible face à la révolution qu'a apporté l'usage des TSO. Leur utilisation est jugée utile à 86%. Pour pallier au mésusage, les médecins ont recours à de nombreuses stratégies et reconnaissent aussi de nombreux signaux d'alerte.

a. La population répondante

Profil des médecins

Un point fort de mon étude réside sur les profils diversifiés des médecins interrogés en termes d'âge, de sexe, de durée d'exercice et de lieu d'exercice. La majorité des médecins répondants est installée en cabinet de ville. Concernant le peu de répondants remplaçants, cela réside sans doute en partie sur le fait qu'ils soient moins touchés du fait de l'absence de suivi prolongé et donc un taux moins important de médecins confrontés au mésusage car un remplaçant prend part ponctuellement à un suivi chronique, mais aussi dans la structure du fichier mail.

Pour ce qui est des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins et retraités actifs ou ne travaillant plus, seule une minime part a répondu mais leur proportion en France reste anecdotique, en 2020, ils représentaient respectivement 6% et 22% (46). A noter un certain biais de réponse par les médecins retraités qui ne se sentent plus forcément concernés par ces questionnaires ou pour certains plus à jour dans les connaissances « mes réponses sont sur la base de mon activité et mes règles de prescription de 1990 à 2012. A noter MG retraitée sans activité depuis 2012 ».

La proportion des médecins salariés ayant répondu est minime. Cela s'explique notamment par la part majoritaire de médecins généralistes ayant répondu et dont leur activité libérale reste prépondérante à hauteur de 60% (46). A noter que parmi la proportion la plus importante de médecins d'autres spécialités ayant répondu est la psychiatrie, à quasiment 30%, cela montre qu'ils sont plus concernés par cette question.

Concernant l'âge et le genre des médecins répondants, leur proportion est comparable à celle nationale. En effet, on a une moyenne de 51% de femmes médecin qui ont répondu (au niveau national on a 50.4% de femme de spécialité en médecine générale et 52.4% de femmes dans les autres) et tous genres confondus de l'âge de 50 ans ce qui correspond à la moyenne d'âge des médecins exerçant sur le territoire français (46) qui est de 50.5 ans.

Un point important est à souligner, les médecins les plus récemment installés (entre 2010 et 2020) sont ceux qui ont répondu en plus grand nombre à hauteur de 33.75% alors que la part de médecins installés ne cesse de diminuer depuis les années 2000 et que la part d'activité salariale augmente (47)(46). Les médecins récemment installés sont donc proportionnellement plus nombreux à avoir répondu. Cela s'explique notamment par l'attrait des patients sous TSO à tester de nouveaux cabinets ou nouveaux médecins pouvant potentiellement répondre à leurs demandes. En effet, c'est souvent le cas lors de la présence

d'un médecin remplaçant ; de nouveaux patients ou même anciens viennent tester les remplaçants afin d'obtenir quelque chose qu'un ancien médecin ne délivrerait pas (48). L'autre explication peut également être en lien avec une génération de médecins plus intéressés par le sujet ou encore plus sensibilisés et concernés par les questionnaires en ligne et qui auront plus tendance à répondre. La nouvelle génération de médecins étant plus connectée elle répondra plus rapidement et facilement à une sollicitation en ligne.

Démographie

J'ai pu remarquer que le taux de réponse par département est globalement plutôt homogène mais que certains départements avaient plus répondu. Il y a notamment les deux départements de l'Alsace. Cela peut s'expliquer par le fait que le carnet d'adresse mis à disposition regroupe plus de praticiens de la région. Cependant, les départements du Nord, de la Haute Garonne, Paris, Isère et Gironde ont plus répondu que les autres. Ces départements regroupent de grandes métropoles (Toulouse, Grenoble, Marseille, Bordeaux). Il est connu que les grandes métropoles sont plus touchées par les questions de l'usage de drogue, usage illicite et mésusage, la plupart étant également limitrophes d'autres pays (Belgique, Allemagne, Suisse, Espagne) favorisant le trafic. Parmi les départements les plus touchés par le trafic de drogues (49), on retrouve les Bouches du Rhône, la Haute Garonne et le Nord qui font partie des départements ayant le plus répondu.

On peut aussi expliquer un taux de réponses plus élevé de par une démographie plus importante de médecins dans les départements ayant répondu. D'où l'absence de réponse de départements tels que le Cantal, Lozère ou encore la Creuse qui sont connus comme étant des déserts médicaux (46).

b. L'intérêt des traitements de substitution aux opiacés et leur méconnaissance

Intérêt de la prescription des traitements de substitution

Bien que la majorité des médecins répondants ont peu de patients sous TSO ; près des trois quarts en suit 5 et plus de 80% et jugent ce traitement utile voire très utile. L'intérêt de la substitution ne fait plus de doute, 80% des répondants jugent ce traitement utile, voire très utile. L'étude OPPIDUM (50) a souligné l'intérêt des médicaments de substitution notamment sur le plan de la santé publique. On note une diminution de la proportion d'usager de drogues par voie IV et diminution de la consommation d'héroïne. La prescription des TSO a également permis (51) de diviser le risque de surdosage par 5, de diminuer le taux de mortalité (33) et de réduire de 54% le risque de transmission du VIH (52) chez les usagers de drogues. Il y a aussi une nette réduction de la morbidité infectieuse, une baisse de la criminalité et diminution des infractions sur la législation sur les stupéfiants et le processus de réinsertion sociale est grandement amélioré (53). Ces traitements sont devenus essentiels dans la prise en charge des toxicomanes (54) leur permettant de bénéficier d'un suivi régulier et d'éviter si possible un nomadisme médical.

Règlementation de la prescription

Le traitement de substitution aux opiacés concerne une population souvent précaire présentant une vulnérabilité somatique et psychologique (37). Cela génère d'autant plus de risques de mésusage et nécessite une réglementation des plus strictes pour pallier ce risque. Plus de deux tiers des médecins répondants trouvent la réglementation de prescription des TSO adaptée avec l'utilisation notamment d'ordonnances sécurisées (30), une durée de prescription et dispensation limitée ainsi qu'une primo prescription dans un centre dédié. Malgré cela, elle reste touchée par le mésusage avec près de 8% d'obtention illégale de BHD

et méthadone (50). En prévenant et sensibilisant un maximum de professionnels sur le risque de mésusage, cette proportion pourrait tendre à diminuer.

Méconnaissance et sujet mal traité par les médecins

Les réponses mettent en avant le sujet de l'addiction et de son mésusage reste peu connu des professionnels de santé. En effet, de nombreux médecins qui ont répondu dans ce questionnaire disaient préférer « que les patients soient suivis dans des centres dédiés », que « tous les médecins qui se destinent à la médecine générale devraient faire un DU d'addictologie », que l'on « ne s'improvise pas addictologue. Il faut former former et encore former pour enrayer ces prescriptions dévastatrices au long cours ». De ce fait, beaucoup préfèrent orienter « systématiquement vers un collègue habilité à ce genre de suivi » ou alors décident de ne pas utiliser ces produits car ils n'ont « aucune formation les concernant ». Par exemple, le témoignage du Dr VENTROUX, médecin généraliste, qui suit majoritairement des usagers de drogue écrivait sur le sujet : « une pratique de TSO en médecine générale et libérale » (55), pour lui, le suivi résidait en un suivi normal comme toute personne présentant une addiction quelconque telle le tabac, l'alcool ou encore le sport. Un usager de drogues ayant le même comportement, cela lui permettait de banaliser le contact avec ses patients. Il pointe du doigt le fait que l'on ne possède que peu d'études sur l'évolution des personnes sous TSO devant la difficulté du suivi : nomadisme, perte de suivi. Le rapport de l'OFDT de 2011 souligne le fait que la prescription de MSO est répandue mais qu'une grande part ne dispose pas d'une grande expérience dans la pratique et le déplore, il y a donc une grande importance dans la formation des médecins (56).

c. Stratégies de lutte contre le mésusage

Il y a différents types de mésusage :

- Le mésusage par délinquance-revente.
- Le mésusage par le mauvais usage tel que le chevauchement ou l'utilisation du traitement de substitution oral par voie IV.

Mesures mises en place dans la prescription des TSO

Les mesures mises en place dans la prescription des TSO sont pour rappel :

- Une prescription sur ordonnance sécurisée.
- D'une durée limitée.
- Délivrance dans une pharmacie unique.
- Primo prescription de la Méthadone dans des centres dédiés.

Les médecins trouvent globalement la réglementation de prescription des TSO adaptée. Mais ces mesures, certes strictes, restent insuffisantes car il persiste toujours près de 8% (50) d'obtention illégale des TSO. La législation est assez floue et vise surtout à respecter la déontologie de prescription des TSO par les médecins (57). On pense notamment aux articles R.4127 du code de la santé publique relatifs à la déontologie médicale concernant la liberté de prescription, l'indépendance professionnelle, le consentement et l'information du patient. Rien n'est fait pour faciliter le travail des médecins pour le suivi et l'accueil de ces patients traités par TSO. Le médecin se sent souvent agressé ou en danger comme l'attestent les nombreux témoignages que j'ai pu recueillir : « Je ne soigne plus d'adulte en partie à cause d'une agression de la part d'un patient à qui j'ai refusé de prescrire ce qu'il exigeait en dose de Suboxone. J'ai fini par lui prescrire pour éviter les violences. Je pense que le TSO est une formidable révolution et je pourrais en prescrire si j'étais dans un centre de soins avec des agents de sécurité proches », « j'estime que ce genre de prescription attire des patients

hautement dangereux. J'ai eu plusieurs conflits très graves avec des patients simplement en refusant de renouveler », « Nous avons régulièrement des soucis de violences verbales agitations ». Le fait que le médecin ne se sente pas protégé juridiquement et que l'on ne valorise pas cette « prise de risque » de suivre ce type de patients qui risquent d'être instables et agressifs peut également jouer dans les avis négatifs.

Il est quand même intéressant de noter que les médecins répondants ne prescriraient pas plus les TSO même si la législation venait à changer et visait à protéger d'avantage les médecins.

Stratégies contre le mésusage

Différentes solutions ont été explorées dans le travail. J'ai tout d'abord proposé une partie de stratégies sous forme d'un questionnaire puis par un encart pour laisser libre expression.

On remarque que parmi les moyens proposés, lorsqu'un médecin suspecte un quelconque risque de mésusage il sera plus susceptible de contrôler l'historique de la carte vitale, appeler la pharmacie, s'adresser à la caisse d'assurance maladie. Malgré tout, la majorité des médecins n'ont aucune stratégie de repérage des patients avec usage illicite. Il reste de nombreuses améliorations à apporter dans la lutte contre le mésusage afin de le prévenir au maximum mais aussi des améliorations visant à trouver des stratégies bien codifiées utilisables et utilisées de tous les médecins.

➤ **Historique des remboursements**

Actuellement on peut par exemple vérifier l'historique des remboursements en utilisant la carte vitale ou en consultant le DMP, mais cela reste limité par la présence de la carte ou l'existence d'un DMP qui nécessite une carte vitale pour son ouverture. Comme rapporté par de nombreux médecins, il n'est pas possible de vérifier s'il existe du nomadisme ou chevauchement d'ordonnance pouvant faire suspecter du mésusage : « Demande de

nouvelles ordonnances pour perte du traitement/ de l'ordonnance, absence de présentation de la carte vitale », « nouveau patient qui se présente sans carte vitale ni attestation (car impossible dans ce cas de vérifier l'historique des délivrances et/ou avoir son numéro d'immatriculation pour alerter la caisse) ou patient régulier qui n'a pas de carte vitale pendant plus d'1 an (idem remarque pour vérification de l'historique) ».

De plus, de nombreuses catégories de patients ne possèdent pas de carte vitale. Notamment les patients possédant le régime AME, certains régimes de CMU ou certaines caisses. De ce fait, les médecins semblent plus méfiants et utilisent plus encore les stratégies citées.

Se soulève alors la question de pouvoir consulter l'historique de prescriptions du patient même sans carte vitale à l'aide de listes de patients accessibles à tous les professionnels de la santé et paramédicaux dans le respect du secret médical ou d'annuaires de prescripteurs dans lesquels les patients devraient se rendre et permettant un relai d'informations entre prescripteurs agréés : « La plupart de mes patients consultant pour renouvellement de TSO n'ont pas de carte vitale. Pouvoir consulter l'historique des remboursements pour les patients sans carte vitale serait une révolution ! », « Soucis sur notre territoire : les patients sous TSO ne vont voir que 2 médecins connus comme prescripteurs de TSO...alors que je suis formé (j'ai travaillé en addictologie !) Création d'un annuaire des prescripteurs de TSO ? ». La création d'un espace permettant le contrôle de tous les patients possédant une couverture sociale sans avoir de carte vitale simplifierait la tâche mais semble utopique pour le moment.

➤ **Appel à la pharmacie**

Les médecins ont plus facilement recours à l'appel à la pharmacie quand ils suspectent un quelconque mésusage. Pour rappel, il est obligatoire de noter le nom de la pharmacie sur l'ordonnance sécurisée. Seul un tiers des médecins répondeurs utilisent cette possibilité. Il faudrait favoriser un système de correspondance entre le médecin et la pharmacie, plus simple qu'un appel qui parfois peut prendre du temps (appel en attente). Certains médecins organisent des réunions entre pharmaciens et médecins ou essaient de travailler en réseau avec la pharmacie : « Il m'est arrivé de virer un patient qui pratiquait le mésusage. J'ai organisé une rencontre Pharmacie/Médecins en Epu pour aborder ce problème il y a 20 ou 25 ans. Ce sont les pharmaciens qui ont choisi le thème de la réunion. Je souhaitais que nous puissions nous rencontrer pour échanger sur nos pratiques. La situation s'est considérablement assainie à la suite de cette rencontre et pendant très longtemps », « Aujourd'hui retraité, je suis convaincu de la nécessité de travailler en réseau avec les pharmaciens et les associations. Cette stratégie garantit l'approbation du patient, l'absence de client inopiné en salle d'attente concernant les drogues, et la perspective de résultats durables. ».

La possibilité de créer un système de prescriptions informatisées et sécurisées directement du cabinet à la pharmacie pourrait limiter également le risque de mésusage (57).

Le lien entre la pharmacie et le médecin reste trop peu utilisé et serait en définitive à améliorer.

➤ **Appel ou courrier à la caisse d'assurance maladie**

Cette stratégie est assez peu utilisée et lorsqu'elle l'est c'est principalement lorsqu'un mésusage est suspecté. Cette administration reste relativement difficile à contacter. En effet, par courrier, nous n'obtenons pas de réponse directement et par un appel, il n'y a pas de

numéro direct et rapide facilitant l'accès direct. Un médecin a « Déjà reçu des alertes par la caisse ».

Créer un numéro direct afin de pouvoir vérifier rapidement l'historique de remboursement du patient ou bien que la caisse crée un système d'alerte fiable et performant pourraient améliorer la prévention du mésusage.

➤ **Autres stratégies anti-détournement majoritairement utilisées**

On note le refus de prescription si chevauchement. En effet, le chevauchement pourrait signifier, soit une prescription à une dose insuffisante du traitement substitutif soit un mésusage nécessitant de revenir plus régulièrement chez le médecin.

Les médecins interrogés utilisent aussi le fractionnement rapproché permettant un suivi plus rapproché du patient avec un contact fréquent médical ou paramédical, de ce fait, le patient substitué plus à risque de marginalisation et nomadisme est plus surveillé. Cette stratégie est parfois très utile pour certains patients qui conviennent que cela peut les aider à stabiliser leurs prises de médicament.

Une des stratégies également utilisée est le suivi en parallèle par un centre dédié type CSAPA. Ce moyen est souvent cité par les médecins, d'une part parce que les patients sont suivis par des professionnels plus habitués à ces situations de mésusage, d'autre part parce qu'ils possèdent un plateau de professionnels plus large (psychologues...) permettant une prise en charge pluri disciplinaire et de donner un cadre au patient. Le médecin se sent moins isolé de la prise en charge et cela peut les rassurer. Plusieurs citent ces différentes raisons : « je me fie systématiquement à l'avis d'un centre régional d'addictologie », « Sans refuser de suivre des

patients pour sevrage d'opiacés, peu voire aucun ne vient me voir. J'imposais un protocole assez strict d'un RDV minimum tous les 28 jours, avec refus du chevauchement et demande d'un suivi en CSAPA au moins une fois par an après instauration du traitement par eux. », « Je ne prescris pas car pas de demande, en cas de demande je tenterai d'imposer un suivi CSAPA en parallèle. », « Je travaille en CSAPA spécialisé alcool, il y a donc un accompagnement pluridisciplinaire et une démarche du patient soutenue pour arrêter ».

Les autres stratégies utilisées mais plus anecdotiques sont la traçabilité par le DMP ou dossier pharmaceutique, la prescription en générique ou Suboxone[®], la prise sous supervision, la demande à un proche ou l'utilisation de tests urinaires.

Concernant les tests urinaires, ceux-ci sont peu connus par les médecins : « Je souhaite une info sur les tests urinaires en cabinet », « Pour info je ne savais que l'on pouvait faire des tests urinaires en cabinet ». Il s'agit notamment des « Tests urinaires de type ABBOT ALERE™ READER s'appelant désormais DIGIVAL™ ». Ceux-ci permettent notamment de vérifier de manière quantitative (présence/absence) d'une consommation récente d'opiacés (58) ou de vérifier au moindre de doute que le traitement prescrit est bien pris (prescription pour de la revente et non pour la prise personnelle du traitement).

Certaines stratégies peu utilisées pourraient être d'une grande utilité si les médecins les connaissaient et les utilisaient. D'autres seraient à améliorer pour permettre une utilisation plus facile et intuitive. On remarque donc que les mesures qui ont été mises en place sont insuffisantes et peu connues.

Signaux d'alerte

J'ai cette fois encore proposé une liste de signaux d'alerte et ai également laissé un espace de libre expression permettant aux médecins d'en citer d'autres auxquels je n'aurais pas pensé.

On remarque que les principaux signaux d'alerte sont aussi ceux utilisés dans les stratégies contre le mésusage : les chevauchements, le nomadisme médical, l'appel d'une nouvelle pharmacie.

Les autres moins utilisés sont notamment : le refus du test urinaire, la demande d'une dose maximale autorisée par le patient ou encore le refus de prescription générique du Subutex® ou passage à la Suboxone®. La Buprénorphine reste un traitement relativement peu générique puisqu'en 2008 il n'était prescrit qu'à hauteur de 31.1% en générique contre une moyenne de 81.7% pour le reste des médicaments (50)(59). Des études montrent que la Buprénorphine générique est moins utilisée chez des patients plus gravement dépendants qui gardent généralement le Subutex® non substituable (60). Même si le passage du Subutex® à un de ses génériques ne s'accompagne pas d'une augmentation de dose, ce qui prouve que le changement ne déstabilise pas le traitement de substitution du patient. C'est un traitement qui a un statut particulier et qui garde une connotation affective avec une relation très forte et très personnelle de leurs usagers. Ils gardent une opinion défiante vis-à-vis du générique du Subutex®, qu'ils l'aient essayé ou non. Un travail réalisé en 2013 a mis en évidence une moindre tolérance du générique du Subutex® malgré une composition qualitative et quantitative du principe actif équivalente et d'une bioéquivalence prouvée. On notera ainsi

que la galénique (taille des comprimés) est très différente entre le Subutex® et les génériques. Ainsi, un comprimé de Subutex® 8 mg pèse 380 mg alors que les génériques ne font que 110 mg.



Figure 31 Comparaison entre le Subutex® et un générique

L'hypothèse de l'existence d'une sensibilité aux substances opioïdes exacerbée chez cette population longtemps habituée ressentirait les minimes écarts en termes de concentration en principe actif entre le Subutex® princeps et son générique (61). Le refus du générique n'est donc pas forcément lié à un mésusage.

La Suboxone® et les dépistages étant moins connus des médecins c'est possiblement pour cela qu'ils sont moins considérés comme signal d'alerte. En effet, seulement 14% des médecins interrogés suivent des patients traités par Suboxone®.

Le chevauchement des prescriptions représente un mésusage pour la caisse d'assurance maladie, mais pas toujours du point de vue du médecin pour qui cela peut être considéré comme un usage acceptable. En effet, des patients ne veulent pas forcément augmenter les doses car ils feraient de toute façon un chevauchement. Si le chevauchement est systématiquement de la même durée, le patient ne pratique pas forcément un mésusage. Cependant, la prescription de fortes doses est un signal d'alerte fort.

Lorsque les médecins ont pu exprimer leur avis concernant les signaux d'alerte, il en ressort que les signaux comportementaux sont souvent retrouvés : « Recherche signe clinique de rechute », « traces d'injection », « nervosité anxiété », « Patient déclarant être en manque et ayant des signes de myosis serré, troubles comportementaux... Traces de piqûres récentes ». Cela met souvent la puce à l'oreille du médecin qui suspecte alors un mésusage ou consommation parallèle de substances signifiant une rechute de la part du patient.

Beaucoup de médecins soulignent le fait que le mésusage peut être décelé grâce à une alliance thérapeutique avec le patient qui de lui-même apporterait l'information ou par l'intuition du médecin : « je demande aux patient.e.s », « feeling », « Question directement au patient. Sur la vraie prise du ttt, le mode d'absorption, les doses et ce qu'ils font s'ils en ont en plus... les patients répondent parfois directement aux questions. », « L'alliance thérapeutique La confiance réciproque Je lui pose directement la question ».

Les signaux d'alerte se recoupent souvent avec les stratégies utilisées pour éviter le mésusage. Il apparait également que l'alliance thérapeutique est très importante pour déceler un éventuel mésusage ainsi que tous les signaux corporels : comportements, signes de manque. Un bon suivi de ses patients en restant attentif à la personne dans son aspect général et à son écoute est donc très important.

Perspectives de recherche

1. Une étude quantitative

Ce travail a mis en évidence un manque évident de formation et de connaissance lors de la prescription et du suivi de prescription des traitements de substitution aux opiacés. Il ressort que les médecins sont peu à l'aise et refusent régulièrement la prise en charge de patients sous TSO. Il serait intéressant d'interroger directement les médecins via une analyse qualitative et de manière plus approfondie sur leurs pratiques, leur point de vue et les moyens mis en place pour lutter contre son mésusage.

2. Une étude comparative chez des médecins avec ou sans formation

Le manque de formation reste un point important dans la prise en charge de patients sous traitement de substitution aux opiacés. Le fait de bénéficier d'une formation permettrait de sensibiliser et prévenir le risque de mésusage. Il serait intéressant de réaliser une étude comparative du taux de mésusage chez une patientèle d'un médecin formé versus un médecin n'ayant aucune formation.

3. Une étude comparative chez un patient avec et sans carte vitale

Posséder une carte vitale permet une surveillance des prescriptions du patient sous traitement de substitution, or il existe de nombreuses catégories de personnes qui n'en ont pas : AME, certains régimes spéciaux. Une étude comparative du mésusage chez un patient avec carte vitale ou sans serait intéressante.

4. Implications pratiques de la thèse

C'est un sujet peu connu par les médecins interrogés qui restent frileux dans la prise en charge des patients suivis par les TSO par leur méconnaissance et le risque lié à leur mésusage. Il faudrait proposer une formation plus approfondie en 2^e cycle mais parfois difficile car la formation reste majoritairement théorique. Proposer une formation en 3^e cycle pourrait être plus judicieux car les internes sont plus souvent exposés à ces problèmes sur leur terrain de stage. Par le biais de séminaires d'addictologie ou de formations, de soirées à l'internat, en proposant des terrains de stage en addictologie ou encore par le biais de formation en ligne permettant un accès plus facile.

VIII. Conclusion

Les traitements de substitution aux opiacés sont des thérapeutiques indispensables pour la prise en charge médicale des patients usagers de drogue. Malgré leur prescription à réglementation particulière et dont la législation n'a plus changé depuis une vingtaine d'années, il existe un important mésusage, soit dans l'usage par les patients, soit par la revente. Je me suis questionnée sur les moyens mis en place pour lutter contre le mésusage des traitements de substitution aux opiacés, notamment la Buprénorphine dans la pratique des médecins en cabinet de ville ainsi que les principaux freins à leur prescription.

J'ai mené une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire relayé par mail sur toute la France afin d'avoir une idée globale des pratiques. J'ai ainsi recueilli plus de mille réponses qui montrent que l'intérêt de leur prescription et leur réglementation ne fait plus débat mais que le manque de formation et la méconnaissance dans la prise en charge globale de cette population de patients les conduit à peu les prendre en charge. On remarque une grande proportion de jeunes médecins répondants à ce travail ce qui montre probablement un plus grand intérêt pour le sujet.

La majorité des médecins connaît les moyens de lutte les plus fréquemment utilisés contre le mésusage qui sont la vérification de l'historique des remboursements et l'appel de la pharmacie et y ont facilement recours. Ils ont en revanche rarement une stratégie de repérage d'un usage illicite ou inapproprié des traitements de substitution. Néanmoins, tout le monde ne possède pas de carte vitale, c'est par exemple le cas des patients en AME et cela constitue un frein dans la surveillance d'un éventuel mésusage.

Il ressort des réponses que la prescription des traitements de substitution aux opiacés et leur surveillance, bien que bénéficiant d'une réglementation d'exception, ne sont pas faites pour faciliter le travail du prescripteur. Cela décourage un nombre important de médecins qui se sentent peu accompagnés dans leur travail, les patients étant en effet souvent complexes à gérer sur le plan médical et social. Ils font donc facilement le choix d'adresser à un Centre ou au moins de solliciter un suivi parallèle par un centre dédié, se sentant alors plus accompagnés dans la prise en charge de ces patients.

Les moyens de lutte sont globalement bien intégrés mais certains sont encore peu connus et peu utilisés. C'est particulièrement le cas des tests urinaires qui sont pourtant obligatoires dans les centres où l'on introduit les traitements par Méthadone. Ces tests, simples d'utilisation et peu onéreux, gagneraient à être plus utilisés en médecine de ville. Ils permettraient d'appréhender plus facilement le mésusage de ces traitements. D'autres méthodes sont peu utilisées car complexes ou demandant plus d'investissement personnel, comme la prise des médicaments sous supervision ou encore la traçabilité par le DMP.

Toutes ces stratégies existant depuis de nombreuses années sont peu mises en lumière et il y a malheureusement que peu de nouveaux écrits. Cela souligne le peu d'intérêt vis-à-vis de cette catégorie de traitements pourtant nécessaires à un nombre s'élevant à 210 000 personnes en 2017 (62).

Il existe de nombreux signaux d'alerte amenant à suspecter le mésusage des traitements de substitution aux opiacés. L'association d'un traitement par Subutex® non substituable avec dose maximale autorisée et l'absence de carte vitale étant le principal drapeau rouge cité.

S'ajoutent aussi tous les symptômes cliniques liés à un manque et l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient qui favorise un dialogue ouvert permettant le repérage avec la participation du patient. Ces signaux d'alerte sont utiles, voire essentiels, dans les stratégies de lutte contre le mésusage.

Toutes les stratégies citées prennent du temps dans la pratique quotidienne du médecin et constituent un véritable obstacle à la prescription des thérapeutiques substitutives et aussi à l'accès aux soins de ces patients.

Cette étude met en perspective plusieurs points de discussion dans la prise en charge du mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Les patients sont à prendre dans leur globalité et chacun a un vécu et parcours différents dans la toxicomanie. On soulignera par exemple que tout chevauchement ou refus de substitution du Subutex® ne signifie pas systématiquement un mésusage. Le prescripteur a une lourde charge à assumer : une simple explication insuffisante de la prise de traitement peut parfois mener à un mésusage ou aboutir à son maintien dans la durée si le diagnostic de mésusage est retardé.

De nombreuses améliorations sont donc à apporter. Je pense notamment aux changements d'organisation quant à la prescription et introduction des initiations de traitements par Méthadone en cabinet de ville, permettant un accès facilité aux patients. La généralisation de la carte vitale à tous les régimes favoriserait un suivi de tous les patients sans exception et contribuerait à la lutte contre la revente, tout comme la promotion de l'utilisation des tests urinaires en ville. Une meilleure offre de prescription permettrait un accès aux soins égal dans toute la France car il y a inégalité territoriale tant en libéraux prenant en charge la substitution

qu'en CSAPA. Il faudrait aussi mettre en valeur le sujet de la toxicomanie et sa prise en charge dans la formation, car les médecins se jugent peu à l'aise, peu formés et peu accompagnés. Cela permettrait une prise en charge décomplexée et plus large de ces patients.

En considérant toutes ces améliorations tant sur la facilitation de la prise en charge des patients et leur surveillance que sur le plan législatif, le mésusage pourrait être plus largement diminué.

VU et approuvé
Strasbourg, le 17/06/2021
Le Président du Jury de Thèse
Professeur Laurence LALANNE



VU et approuvé
Strasbourg, le **23 JUIN 2021**
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



IX. Bibliographie

1. Dugarin J, Nominé P. Toxicomanie : historique et classifications. *Hist Économie Société*. 1988;7(4):549-86.
2. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016.
3. DELEPORTE P. Opiacés et médecine : Revue de littérature historique de l'utilisation de l'opium et ses dérivés, à la naissance de l'addictologie et à l'apparition des traitements de substitution aux opiacés. [Lille]: UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE; 2014.
4. Bon usage des médicaments antalgiques opioïdes : le RESPADD publie un guide pratique [Internet]. VIDAL. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
5. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
6. boss. Le mésusage des médicaments [Internet]. RESEAU FRANCAIS DES CENTRES REGIONAUX DE PHARMACOVIGILANCE. 2020 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/le-mesusage-des-medicaments/>
7. Article R5144-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006800557/2021-05-03/
8. Actualité - Buprénorphine et méthadone : La Commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM proposera un plan de réduction des overdoses et des décès - Communiqué - ANSM [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/buprenorphine-et-methadone-la-commission-des-stupefiants-et-psychotropes-de-lansm-proposera-un-plan-de-reduction-des-overdoses-et-des-deces-communicue>
9. *Opiacées : Les points essentiels [Internet]. [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/opiacees-les-points-essentiels>
10. Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Antalgiques-opioides-l-ANSM-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-France-Point-d-Information>
11. Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/index.php?CID=271>
12. GALIANO-MUTSCHLER D. INTERÊTS ET LIMITES DU SULFATE DE MORPHINE À LIBÉRATION PROLONGÉE PAR VOIE ORALE COMME TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS : Étude qualitative à partir de 16 entretiens de patients français. [Strasbourg]: Strasbourg; 2017.
13. Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *JAMA*. 23 août 1965;193(8):646-50.
14. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution
15. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. :52.
16. Rapports d'activité des centres de de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) - OFDT [Internet]. [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/rapports-dactivite-des-centres-de-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa/>
17. LA PRESCRIPTION DES ANTALGIQUES MAJEURS [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc41/lc41_mono.html#toc1

18. Antalgiques : les chiffres inquiétants de l'addiction aux opiacés en France. Le Monde.fr [Internet]. 22 févr 2019 [cité 11 juin 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/02/22/antalgiques-les-chiffres-inquietants-de-l-addiction-aux-opiaces-en-france_5427096_4355770.html
19. Traitements-de-substitution-aux-opiacés-ppt-G.-Thomas-2012.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.reseualto.be/wp-content/uploads/2014/01/Traitements-de-substitution-aux-opiac%C3%A9s-ppt-G.-Thomas-2012.pdf>
20. Antalgiques : les chiffres inquiétants de l'addiction aux opiacés en France. Le Monde.fr [Internet]. 22 févr 2019 [cité 11 juin 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/02/22/antalgiques-les-chiffres-inquietants-de-l-addiction-aux-opiaces-en-france_5427096_4355770.html
21. Obradovic I. La crise des opioïdes aux Etats-Unis. D'un abus de prescriptions à une épidémie aiguë. :36.
22. STEICHEN M. Crise des opioïdes : gestion d'une pandémie. [Lyon]: UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1;
23. Les CSAPA et CAARUD [Internet]. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique. [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/structures-medicales-et-medico-sociales/csapa-et-caarud-pour-les-problemes-addictifs/>
24. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/en/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa
25. SRAE Addictologie [Internet]. [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.srae-addictopdl.fr/fr/dispositifs-sanitaires/>
26. Accueil, prévention et soins toutes addictions - Association Ithaque [Internet]. [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ithaque-asso.fr/>
27. L'héroïne [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l%e2%80%99h%c3%a9ro%c3%afne>
28. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Mésusage [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/mesusage>
29. AME (Aide Médicale d'État) [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: https://www.cegedim-logiciels.com/dyn/espace_client/Aide_en_ligne/MediClick/5a15b/content/MDK_JFSE_AME.html
30. Arrêté du 31 mars 1999 fixant les spécifications techniques des ordonnances mentionnées à l'article R. 5194 du code de la santé publique.
31. Recommandations Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) [Internet]. VIDAL. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
32. Les stratégies de dosage des médicaments opiacés sous supervision par rapport au traitement de substitution à domicile pour les personnes ayant une dépendance aux médicaments opiacés [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: [/fr/CD011983/ADDICTN_les-strategies-de-dosage-des-medicaments-opiaces-sous-supervision-par-rapport-au-traitement-de](https://www.has-sante.fr/fr/CD011983/ADDICTN_les-strategies-de-dosage-des-medicaments-opiaces-sous-supervision-par-rapport-au-traitement-de)
33. 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 15 juin 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0976>
34. Résumé des caractéristiques du produit - METHADONE AP-HP 20 mg, gélule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63009443&typedoc=R>
35. Bulletin Officiel n°2002-8 [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites->

sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-08/a0080670.htm

36. Résumé des caractéristiques du produit - NALOXONE AGUETTANT 0,4 mg/ml, solution injectable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66883896&typedoc=R>
37. Gentile G, Frauger E, Giocanti A, Pauly V, Orleans V, Amaslidou D, et al. Caractéristiques des sujets sous traitement de substitution vus en médecine générale d'après l'enquête nationale OPEMA 2013. *Therapies*. 5 juin 2016;71(3):307-13.
38. Jean-Marc C. Le flyer, tests rapides de dépistages de drogues et TSO en médecine générale. 2012.
39. Notre histoire [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire/histoire>
40. Historique_des_remboursements_04.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Historique_des_remboursements_04.pdf
41. Les études quantitatives (2/3) : comment être plus efficace ? [Internet]. *Les Echos Executives*. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <https://business.lesechos.fr/outils-et-services/directions-marketing/les-etudes-quantitatives-2-3-comment-etre-plus-efficace-300639.php#Xtor=AD-6000>
42. Article L1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032722870/
43. Délibération n° 2018-326 du 11 octobre 2018 portant adoption de lignes directrices sur les analyses d'impact relatives à la protection des données (AIPD) prévues par le règlement général sur la protection des données (RGPD) - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037559518>
44. Recherche médicale : quel est le cadre légal ? | CNIL [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-quel-est-le-cadre-legal>
45. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
46. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecine>
47. ameli.fr - Démographie [Internet]. [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/evolution-depuis-2000.php>
48. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie. :103.
49. Classement des départements pour le trafic de drogue en 2014 [Internet]. [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.linternaute.com/actualite/delinquance/classement/departements/trafic-drogue>
50. Frauger E, Pochard L, Boucherie Q, Giocanti A, Chevalier C, Daveluy A, et al. Dispositif pharmacoépidémiologique de surveillance des substances psychoactives : intérêts du programme national OPPIDUM du Réseau français d'addictovigilance. *Therapies*. 22 sept 2017;72(4):491-501.
51. Buprénorphine en traitement de substitution (suite) : Un intérêt confirmé. *Rev Prescrire*. 2005;25(264):603-11.
52. Gowing LR. The role of opioid substitution treatment in reducing HIV transmission. *BMJ*. 4 oct 2012;345:e6425.
53. Gatignol C. Les traitements de substitution aux opiacés en France. *Ann Pharm Fr*. 1 sept 2009;67(5):360-4.
54. Simmat-Durand L, Planche M, Jauffret-Roustide M, Lejeune C, Michel L, Mougel S, et al. Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions. *Psychotropes*. 2013;Vol. 19(2):45-66.
55. Une pratique de TSO en médecine générale et libérale [Internet]. [cité 21 mars 2021].

Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/buprenorphine-hd/76-addictions-penser-ensemble-les-prises-en-charge/documents-sur-lest-du-val-doise/98-une-pratique-de-tso-en-medecine-generale-et-liberale.html>

56. Rapport national OFDT 2011 - OFDT [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2011/>

57. Traitements de substitution aux opiacés [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/traitements-substitution-opiaces>

58. Tests rapides de dépistage des drogues et TSO en médecine générale [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitution-mso/97-addictions-penser-ensemble-les-prises-en-charge/genetique/689-tests-rapides-de-depistage-des-drogues-et-tso-en-medecine-generale.html>

59. Boczek C, Frauger E, Micallef J, Allaria-Lapierre V, Reggio P, Sciortino V. Taux de pénétration des génériques de la buprénorphine haut dosage : principales tendances de 2006 à 2008. *Thérapies*. 2 mars 2012;67(2):129-36.

60. Julians-Minou G, Bruch S, Peyre N, Sudérie G, Lapeyre-Mestre M, Roussin A. La buprénorphine pour le traitement de la dépendance aux opiacés : une étude sur la substitution par les génériques menée en pharmacie d'officine. *Thérapies*. mai 2010;65(3):241-7.

61. MUSCAT P. Pourquoi les usagers de la Buprénorphine Haut Dosage préfèrent la forme princeps au générique ? Etude transversale quantitative auprès des patients vus en pharmacie. Université de Poitiers; 2013.

62. CT-13675_SUBOXONE_PIC_RI_Avis3_CT13675.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13675_SUBOXONE_PIC_RI_Avis3_CT13675.pdf

X. Annexes

Questionnaire médecin :

Je m'appelle Eloïse Liu, actuellement interne en 4^e semestre de médecine générale à la Faculté de Strasbourg, j'ai réalisé, à l'aide du Dr Claude Bronner, mon directeur de thèse, un questionnaire autour du mésusage des traitements substitutifs oraux, très largement prescrits en cabinets de ville. Il est destiné à tous les médecins libéraux et salariés (généralistes et spécialistes) car la prise en charge de patients en addictologie touche toutes les spécialités. Il en est de même si vous ne prenez pas en charge de patients toxicomanes car cela me sera également utile dans l'analyse des résultats.

Les médecins retraités qui ont pris en charge un nombre conséquent de patients sous TSO sont également invités à répondre.

Le questionnaire est anonyme et vous invite à répondre librement à toutes les questions. En vous remerciant par avance de votre implication, je vous invite vivement à le partager à d'autres praticiens de votre entourage ne l'ayant pas reçu et que cela pourrait également concerner.

Annexe 1 : questionnaire

1e partie : caractéristiques de la personne sondée

Quel est votre sexe ?

Homme
 Femme

Quel âge avez-vous ?

Quelle est l'année de votre première installation ?

Dans quel département exercez-vous ?

Quel est votre lieu d'exercice ?

Urbain
 Rural

Exercez-vous dans une zone à forts problèmes de toxicomanie ?

Oui
 Non

Quelle est votre activité ?

Médecin généraliste
 Médecin spécialiste

Approximativement, quelle est la part en pourcentage de votre activité centrée sur les addictions ?

%

Sur une échelle de 0 à 10, notez votre aisance dans la prescription des TSO

0 = pas à l'aise, 10 = très à l'aise.

Votre aisance : ...

0 5 10

Comment vous êtes-vous principalement formés à la prescription des TSO ?

- Aucune formation
- Par DU ou FST
- Formation continue
- Formation par l'expérience
- Formation par l'enseignement – maîtrise de stage

Quel est votre mode d'exercice principal ?

- Remplaçant
- Installé en cabinet libéral
- Retraité actif
- Salarié en maison de santé
- Salarié en hospitalier
- Retraité ne travaillant plus

2e partie : réglementation, recommandations et délivrance

Avez-vous déjà suivi des patients sous traitement substitutif aux opiacés ?

- Oui
- Non

Suivez-vous ACTUELLEMENT des patients sous traitement substitutif ?

- Oui
- Non

Dans ma pratique...

- J'instaure
- Je me contente de renouveler des traitements instaurés par d'autres

Vous suivez actuellement des patients traités par...

- Méthadone
- Buprénorphine
- Suboxone
- Autre

Combien suivez-vous de patients substitués dans votre patientèle actuelle ?

- Moins de 5
- Entre 6 et 20
- Plus de 20

Quelle est votre opinion sur l'utilité de la substitution aux opiacés ?

- Sans intérêt
- Peu utile
- Utile
- Très utile

Donnez la répartition en pourcentage des différents traitements substitutifs aux opiacés parmi vos patients sous TSO.

Buprénorphine	<input type="text"/>	%
Suboxone	<input type="text"/>	%
Méthadone	<input type="text"/>	%
Sous une autre substance	<input type="text"/>	%

Comment trouvez-vous la réglementation de la prescription de TSO ?

- Trop souple
- Adaptée
- Trop sévère

3e partie : votre opinion vis-à-vis du mésusage de la Buprénorphine

Les phrases ci-dessous expriment des opinions, merci de vous positionner par rapport à chaque phrase.

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le mésusage est ma plus grande peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le mésusage risque d'atteindre mon intégrité personnelle, c'est contre mes principes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le mésusage risque d'atteindre mon intégrité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne pense pas au mésusage lorsque je prescris le TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crains trop le mésusage, je ne prescris pas de TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le traitement substitutif et la population qu'il concerne ne rapporte que de l'embêtement et il y a trop de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le risque du mésusage est faible par rapport à la révolution qu'a apporté le TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le pourcentage de mésusage est faible par rapport à l'ensemble des consommateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai pas d'opinion sur le mésusage je prescris parce qu'il le faut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis contre le TSO car trop de mésusage, mais je prescris tout même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malgré le risque de mésusage, je prescris le TSO, cela ne me pose pas de problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'il y avait des recommandations précises sur le TSO et le risque de mésusage protégeant le médecin, je prescrirais plus facilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le mésusage est rare voire inexistant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ferme les yeux, le mésusage n'apporte que des ennuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4e partie : mon utilisation des stratégies anti-mésusage

Je vérifie l'historique des remboursements grâce à la carte vitale du patient.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'adresse un courrier ou un appel à la caisse d'assurance maladie.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'appelle la pharmacie pour avoir un aperçu de la consommation du patient.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour toutes ces modalités de vérification, respectez-vous toujours la règle théorique de l'accord du patient ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Très régulièrement pour tous les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uniquement pour les nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour les patients en cas de suspicion de mésusage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des stratégies de repérage des patients avec usage illicite ?

- Oui
 Non

Quels signaux vous servent d'alerte ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Dose maximale demandée par le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de non substituable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nouveau patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carte vitale avec nomadisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de suboxone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de prendre des médicaments sous supervision (dosage supervisé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus d'une dose maximale pour un mois non négociable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus d'un fractionnement des doses rapproché	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de tests urinaires en laboratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus de tests urinaires en cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chevauchement d'ordonnance fréquent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refus d'aller au CSAPA en parallèle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations par un proche/amis/connaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appel d'une nouvelle pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utilisez-vous un autre signal d'alerte ?

Quelles sont vos stratégies anti-détournement ?

- Dose maximale demandée par le patient
- Prescription de génériques
- Prescription de Suboxone
- Vérification de l'historique des remboursements
- Envoi d'un courrier/appel à la caisse d'assurance maladie
- Prise de contact régulière avec la pharmacie
- Prise de médicaments sous supervision
- Traçabilité par le dossier pharmaceutique ou DMP
- Fractionnement rapproché des prescriptions
- Tests urinaires en laboratoire
- Tests urinaires en cabinet
- Refuser un chevauchement d'ordonnance
- Demande à un proche ou connaissance
- Suivi CSAPA en parallèle
- Autre

Parlez-vous de mésusage avec vos patients ?

- Oui
- Non

Le patient en AME n'a pas de carte vitale ni d'historique de remboursement, considérez-vous que cette situation favorise le détournement ?

- Pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Cette situation vous incite-t-elle encore plus à utiliser les stratégies citées plus haut (contact pharmacie, prescription fractionnée, proposition de suboxone, tests urinaires etc) ?

- Oui
- Non

Libre expression : n'hésitez pas à nous donner votre opinion et à partager des stratégies que nous n'aurions pas citées.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
 - à votre mémoire de D.E.S.
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LUU

Prénom : ELOISE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STRASBOURG, le 26/07/2021

Objectif : les TSO sont largement prescrits en France et on estime que 180 000 personnes bénéficient d'un traitement par BHD ou Méthadone alors que l'on compte 230 000 usagers en 2017. Comment prévenir son mésusage et quels sont les freins à leur prescription ?

Matériel et méthode : étude observationnelle descriptive à partir de données quantitatives recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes et plus généralement à tous les médecins d'autres spécialités.

Résultats : sur 44 289 questionnaires envoyés, 1117 médecins ont répondu, principalement médecins généralistes libéraux ou psychiatres d'une cinquantaine d'années. Ils se considèrent à 48.62% peu à l'aise dans la prescription des TSO et n'ont pas suivi de formation (66%). Près de 50% craignent le mésusage. S'il est suspecté, ils utilisent majoritairement l'appel à la pharmacie (32%) et le contrôle de l'historique de remboursement de la carte vitale (37%). Les principales stratégies utilisées pour lutter contre le mésusage sont la vérification de l'historique de remboursement (52.10%), le refus de prescription si chevauchement d'ordonnance (52.55%) et la prise de contact régulière avec la pharmacie (49.42%).

Discussion : peu de médecins prennent en charge des patients sous TSO devant le manque de formation et la méconnaissance dans leur prise en charge globale. Une formation adaptée avec des moyens simples de prévention permettrait d'améliorer leur prise en charge et d'en réduire le mésusage.

Conclusion : le grand nombre de réponses montre une fiabilité des résultats. Il reste encore de nombreuses améliorations à apporter afin de permettre une diminution du mésusage des traitements de substitution aux opiacés.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clé : buprénorphine, traitements de substitution aux opiacés, TSO, mésusage, addiction, substitution, Subutex®, Méthadone

Président : Pr Laurence LALANNE
Assesseurs : Dr Claude BRONNER
Dr Claire DENIS

Adresse de l'auteur : 142 Avenue du Rhin, 67100 Strasbourg