UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2021 2021 TOU3 1074

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Barbara LÉPINE

Le 28 Septembre 2021

Implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine en soins premiers, vingt-cinq ans après sa mise sur le marché : une enquête auprès des médecins du réseau Sentinelles

Directrice de thèse : Dr Julie Dupouy

JURY:

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE

Assesseur

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur





TABLEAU du PERSONNEL HU des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

M. CHAP Hugues Doyen Honoraire Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL B M. LAZORTHES Yves Doyen Honoraire Doven Honoraire M. PUEL Pleme M. ROUGE Danie Doyen Honoraire M. VINEL Jean-Plerre
M. ABBAL Michel Professeur Honoraire M. ADER Jean-Louis M. ADOUE Daniel Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ARBUS Louis M. ARLET Jacques Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ARLET Philippe M. ARLET-SUAU EIS Professeur Honoraire M. ARNE Jean-Louis Professeur Honoraire M. BARRET André M. BARTHE Philippe Professeur Honoraire M. BAYARD Francis Professeur Honoraire M. BOCCALON Henr Professeur Honoraire M. BONAFÉ Jean-Louis Professeur Honoraire M. BONEU Bemard Professeur Honoraire M. BOUNHOURE Jean-Paul Professeur Honoraire M. BOUTAULT Franck Professeur Honoraire Associé Professeur Honoraire M. BUGAT Roland M. CAHUZAC Jean-Phili M. CARATERO Claude Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. CARLES Pleme Professeur Honoraire M. CARRIERE Jean Professeur Honoraire M. CARTON Michel Professeur Honorain M. CATHALA Remark M. CHABANON Gérard Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. CHAMONTIN Bernard M. CHAP Hugues M. CHAVOIN Jean Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. CLANET Michel M. CONTE Jean Professeur Honoraire M. COSTAGLIOLA Michel M. COTONAT Jean M. DABERNAT Henri Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. DAHAN Marcel M. DALOUS Anto M. DALY-SCHVEITZER Nicolas Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. DAVID Jean-Frédéric M. DELSOL Georges Mme DELISLE Marie-Bern Professeur Honoraire Professeur Honoraire Mme DIDIER Jacqueline Professeur Honoraire M. DUCOS Jean Professeur Honoraire M. DUFFAUT Michel M. DUPRE M. M. DURAND Dominique Professeur Honoraire Professeur Honoraire associé M. DUTAU Guy Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Henri Professeur Honoraire M ESCOURROULIERO M. ESQUERRE J.P. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. FABIÉ Michel M. FABRE Jean M. FOURNIAL Gérard Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. FOURNIE Bemard Professeur Honoraire M. FRAYSSE Bernard Professeur Honoraire M EREXINOS lacques Professeur Honoraire Mme GENESTAL Michèle Professeur Honoraire M. GERAUD GIJES Professeur Honoraire M. GLOCK Yves M. GOUZI Jean-Louis Professeur Honoraire M. GRAND Alain Professeur Honoraire M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard Professeur Honoraire M. HOFF Jean M. JOFFRE Francis Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. LACOMME Yves Professeur Honoraire M. LAGARRIGUE Jacques Professeur Honoraire M. LANG Thlemy Mme LARENG Marie-Blanche Professeur Honoraire M. LAURENT Guy Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. LAZORTHES Franck M. LAZORTHES YVE

M. LEOPHONTE Paul

Professeur Honoraire

M. MAGNAVAL Jean-François Professeur Honoraire M. MANELFE Claude M. MANSAT Michel Professeur Honoraire Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. MASSIP Patrice Mme MARTY Nicole Professeur Honoraire M. MAZIERES Bemard Professeur Honoraire M. MONROZIES Xavier Professeur Honoraire M. MURAT Professeur Honoraire as M. NICODEME Robert M. OLIVES Jean-Pierre Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. PASCAL Jean-Plette M. PLANTE Plette Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. PONTONNER Georges M. POURRAT Jacques M. PRADERE Bernard Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. PRIS Jacques Professeur Honoraire Mme PUEL Jacqu Professeur Honoraire M. PUEL Pleme Professeur Honoraire M. QUERLEU Denis Professeur Honoraire M. RAILHAC Jean-Jacques Professeur Honoraire M. REGIS Henri Professeur Honoraire M. REGNIER Claude Professeur Honorale M. REME Jean-Miche M. RISCHMANN Pass M. RIVIERE Daniel Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ROCHE Henri Professeur Honoraire M. ROCHICCIOLI Plerre Professeur Honorain M. ROLLAND Miche M. ROQUE-LATRILLE Chr Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. RUMEAU Jean-Louis Professeur Honorain M. SALVADOR Michel Professeur Honoraire M. SALVAYRE Robert Professeur Honoraire M. SARRAMON Jean-Plette M. SIMON Jacques Professeur Honoraire M. SUC Jean-Michel M. THOUVENOT Jes Professeur Honoraire M. TREMOULET Michel Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Plene M. VAYSSE Philipp Professeur Honoraire M. VIRENQUE Christian Professeur Honoraire M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ALBAR Jean-Louis
Professeur ALBAR Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARBUS Hous
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bermard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean
Professeur COSTAGLICIA Michel
Professeur COSTAGLICIA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur BRAYSSE Bernard
Professeur BRAYSSE Bernard
Professeur CELISILE Marie-Bernadelte
Professeur GERAND CHAIMEIL Bernard
Professeur GERAND CHAIMEIL Bernard

Professeur GNAW AND
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAWAL Jean-François
Professeur MARILFE Claude
Professeur MASILFE Claude
Professeur MAZIERES Bermard
Professeur MOSICOVICI Jacques
Professeur MOSICOVICI Jacques
Professeur MIGHAMN Pascal
Professeur RIGOHAMN Pascal
Professeur RIGHAMN Pascal
Professeur RIGHERE Daniel
Professeur RIGOES

Professeur SALVAYRE Robert Professeur SARRAMON Jean-Pleme Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen: D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

Thérapeutique

Midecine Interne

Chirurale Vasculaire

Anatomie pathologique

Chirurgie Générale

Médecine d'urgence

Oto-rhino-laryngologie

Epidémiologie, Santé Publique

Anesthésiclogie et réanimation

Bactériologie-Virologie

Médecine d'Urgence

Immunologie

Urologie

Pédatre

Prieumologie

Pharmacologie

Bactériologie-Virologie

Gynécologie Obstětrique

Hépato-Gastro-Entérologie

Bloi, Du Dévelop, et de la Reprod.

Cancérologie

Gériatrie

Neurologie

Dermatologie

Bloohysique

Hématologie

Pharmacologie

Chirurgie Infantile

Hématologie

Cardiologie

Pédiatrie

Blochimie

Anatomie Pathologique

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurale Orthopédique

Maladies infectieuses

Epidémiologie, Santé Publique

Chirurgie Thoracique et Cardiaque

Hépato-Gastro-Entérologie

Hématologie transfusion

Immunologie (option Biologique)

Chirurgle thoracique et cardio-vascul

Médecine Physique et Réadapt Fonct.

Hématologie

Psychiatrie

Neurologie

Genétique

Cardologie

Nichrologie

Neurologie

Ophtalmologie

Urologie

Pédiatrie

M. AMAR Jacques M. ATTAL Michel (C.E) M. AVET-LOISEAU Hervé Mme BEYNE-RAUZY Odle

M. BIRMES Philippe M. BLANCHER Antoine (C.E)

M BRASSAT David M. BROUCHET Laurent M. BROUSSET Plette (C.E)

M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E.)

M. BUREAU Christophe M. CALVAS Patrick (C.E.) M. CARRERE Nicolas M. CARRIE Didler (C.E) M. CHAIX Yves Mme CHARPENTIER Sandrine M. CHAUVEAU Dominique

M. CHOLLET François (C.E)

M. DE BOISSEZON Xavier M. DEGUINE OIMEr (C.E)

M, DUCOMMUN Bemard M. FERRIERES Jean (C.E)

M. FOURCADE Olivier M. FOURNIÉ Pierre M. GAME Xavier M. GEERAERTS Thomas M. (ZOPET Jacques (C.E)

Mme LAMANT Laurence (C.E) M, LANGIN Dominique (C.E) M. LAUQUE Dominique (C.E) M. LAUWERS Frederic

M. LEOBON Bertrand M. LIBLAU Roland (C.E)

M. MALAVAUD Bernard M, MANSAT Plette M. MARCHOU Bruno

M. MAS Emmanuel M, MAZIERES Julien M. MOLINIER Laurent

M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) Mme MOYAL Elisabeth (C.E) Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)

M. OSWALD Eric (C.E) M. PARANT Olivier

M. PARIENTE Jérémie

M. PARINAUD Jean (C.E)

M. PAUL Carle (C.E) M. PAYOUX Plette M. PAYRASTRE Bemard (C.E)

M. PERON Jean-Marie

M. PERRET Bertrand (C.E.) M. RASCOL Olvier (C.E.)

M. RECHER Christian (C.E) M. RONCALLIJerôme M. SALES DE GAUZY Járôme (C.E.) M. SALLES Jean-Pierre (C.E.) M. SANS Nicolas

Radiologie Mme SELVES Janick Anatomie et cytologie pathologiques

M. SERRE Guy (C.E) Biologie Cellulaire M. SOL Jean-Christophe Neurochirurgie M. TELMON Norbert (C.E.) Médecine Légale M. VINEL Jean-Pleme (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médeoine générale M. CUSTRIC Stiphane (C.E)

Professeur Associé de Médeoine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

2ème classe

Mme BONGARD Vanina Epidémiologie M. BONNEVIALLE NIcolas Chirurgie orthopédique et traumatologique

Mme CASPER Charlotte Pédiatrie M. CAVAIGNAC Etenne Chirurgie orthopédique et traumatologie

M. COGNARD Christophe Neuroradologie

M. LAIREZ Olivier Biophysique et médecine nucléaire

M. LAROCHE Michel Rhumatologie

M LOPEZ Banhael Anatomie M. MARTIN-BLONDEL Guillaume Maladies infectieuses, maladies tropicales

M. MARX Mattileu Oto-rhino-laryngologie M. OLIVOT Jean-Marc Neurologie M. PAGES Jean-Christophe Biologie cellulaire Mme PASQUET Mariène Pédiatri M. PORTIER Gullaume Chirurgie Digestive Mime RUYSSEN-WITRAND Adeline Rhumatologie

Mine SAVAGNER Prédérique Blochimie et blologie mol/iculaire

M. SIZUN Jacques Pediatrie

Mme TREMOLLIERES Florence Blologie du développement Mme VAYSSE Charlotte Cancérologie Mme VEZZOSI Delphine Endocrinologie

P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Plene

Professeur Associé Médeoine générale M. ABITTEBOUL YVes M. POUTRAIN Jean-Christophe

eur Associé en Bactériologie-Hyglène

Mme MALAVALID Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe Pédiatrie M. ACCADBLED Franck Chirurale Infantile M. ALRIC Laurent (C.F.) Midecine Interne Epidémiologie Mme ANDRIEU Sandfine M. ARBUS Christophe Psychiatrie M. ARNAL Jean-François Physiologie M. BERRY Antoine Parasitologie Mme BERRY Isabelle (C.E) Blophysique M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie Mme BURA-RIVIERE Alessandra Midecine Vasculaire M. BUSCAL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie M. CANTAGREL Nain (C.E) M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire M. CHAYNES Patrick Anatomie

Chirurgie Orthopidique et Traumatologie M. CHIRON Philippe (C.E.)

M. CONSTANTIN Amount Rhumatologie Biophysique M. COURBON Frideric Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie

M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire M. DELABESSE Eric

M. DELOBEL Pleme Maiadies infectieuses M. DELORD Jean-Plette (C.E) Cancérologie M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie Mme DULY-BOUHANICK Blatrice (C.E) Thirapeutique M. ELBAZ Meyer Cardologie Cardologie M. GALINER Michel (C.E) Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique M. GOURDY Pleme Endocrinologie M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) Chirurgie plastique Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie Endocrinologie Mme HANARE Halene (C.E) M. HUYGHE Eric Urologie M. KAMAR Nassim (C.E) Niphrologie M. LARRUE Vincent Neurologie M. LEVADE Thierry (C.E)

M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie Midecine Physique et Riladaptation M. MARQUE Philippe (C.E)

Cardologie

Dermatologie

M. MAURY Jean-Philippe Mme MAZEREEUW Juliette M. MINVILLE Vincent M. MUSCARI Fabrice

Anesthésiologie Réanimation Chirurgie Digestive M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile M. RITZ Patrick (C.E.) Nutrition M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurale M. SALLER Laurent (C.E) Midecine Interne M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychlatrie M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie M. SERRANO Elle (C.E) Oto-rhino-laryngologie M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail M. SOULIE Michel (C.E) Urologie M. SUC Bertrand Chirurgle Digestive Mme TAUBER Marie-Thirese (C.E) Pédatrie

Mme URO-COSTE Emmanuele (C.E) Anatomie Pathologique M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique

M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie

Professeur Associé de Médeoine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen: E. SERRANO P.U. - P.H.

2ème classe

Néphrologie

M. ABBO Olivier Chirurgie infantile M. AUSSEL Jardme Blochimie et blologie moléculaire M. BOUNES Vincent. Midecine d'umence Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie M. CHAPUT Benoit Chirurgie plastique et des brûlés Mme DALENC Florence M. DE BONNECAZE Gullaume Oto-rhino-laryngologie M. DECRAMER Stephane Pédiatrie M. FAGUER Stanislas

Mme FARUCH BLFELD Marie Radiologie et imagerie médicale M. FRANCHITTO Nicolas Add ctologie Mme GARDETTE Virginie Epidémiologie M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio Chirurgie Plastique M. GUILLEMINAULT Laurent Pneumologie Mme LAPRIE Anne Radiothérapie

Mme LAURENT Camille Anatomie Pathologique M. LE CAIGNEC CARRO Génétique

M LEANDRI Boger Blologie du dével, et de la reproduction M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire M. MEYER Nicolas

Dermatologie M. PUGNET Gregory Médecine interne

Chirurgie orthopédique et traumatologique M. REINA Nicolas M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation

M. SOLER Vincent Contamologie Mme SOMMET Agnés Pharmacologie

Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Génatrie et biologie du Vieillissement

M. TACK Ivan Physiologie M. VERGEZ Sebastien Oto-rhino-laryingologie M. YSEBAERT Loic Hématologie

P.U. Médecine générale

Mine ROUGE-BUGAT Marte-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pleme

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN 37, allées Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex M.C.U. - P.H

Immunologie Mme ARNAUD Catherine **Foldémiclogie** Mme AUSSEIL-TRUDEL Stephanie Blochimie Mme BELLIERES-FABRE Julie Niphrologie Mme BERTOLI Sarah Hématologie, transfusion Génétique Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie Nutrition Mme CASSAGNE Myriam Ophtalmologie Mme CASSAING Sophie Parasitologie Mme CHANTALAT Elodie Anatomie M. CONSY Nicolas Immunologie Mme COURBON Christine M. CUROT Jonathan Neurologie Mme DAMASE Christine Mme de GLISEZENSKY Isabelle Physiologie

M. DUBOIS Damler Bact/irlologie Virologie Hygiëne Mme FILLAUX Judith Parasitologie

M. GANTET Plette Bloohysique Mme GENNERO Isabele

Mme GENOUX Annelse Biochimie et blologie moléculaire

M. HAMDI Safouane Biochimie Biophysique Mme HITZEL Anne

M. (RIART Xavier

Mme JONCA Nathalle M KIRZIN Sylvain Chirurgie générale Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse Pharmacologie M. LHERMUSIER Thibault Cardologie M LHOMME Subsidied Bact/irlologie-virologie Mme MASSIP Clamence Bactériologie-virologie Mme MCMTASTIER Emile Niettine Mme MOREAU Marion Physiologie Mme NOGUERAM,L. Biologie Cellulaire Mme PERROT Autore Hématologie

Mme PUISSANT Bénédicte Immunologie Mme RAYMOND Striphanie

Mme SABOURDY Frédérique Mme SAUNE Karine M. TAFANI Jean-André Biophysique M. TREINER Emmanuel

M.C.U. Médeoine générale

M. BRILLAC Thlerry Mme DUPOUY Jule

M.C.A. Médeoine Générale

Mme FREYENS Anne M. CHICOULAA Bruno Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence Mme BASSET Chine Mme BREHIN Camille Mme CAMARE Caroline M. CAMBUS Jean-Pleire

Mme CANTERO Anne-Valèrie Mme CARFAGNA Luana M. CHASSAING Nicolas M. CLAVEL CVII Mme COLOMBAT Magail

M. DEDOUIT Fabrice M. DEGBOE Yannick M. DELPLA Pierre-André M. DESPAS Fablen M. EDOUARD Thomas Mme ESOU ROL Yolande Mme EVRARD Solene

Mine FLOCH Pauline Mme GALINER Anne Mme GALLINI Adeline

Parasitologie et mycologie

Physiologie

Bactériologie Virologie Hygiène

Bactériologie Virologie Immunologie

Bactiriologie Virologie Hygiène Cytologie et histologie Pneumologie Blochimie et biologie moléculaire Hématologie

Pédiatrie Mme CASSOL Emmanuelle Blophysique Génétique Biologie Cellulaire Anatomie et cytologie pathologiques

Mme CORRE JB Hématologie Médecine Légale Rhumatologie Médecine Légale Pharmacologie Pédiatrie Médecine du travail

Histologie, embryologie et cytologie Bactériologie-Virologie Nutrition

Epidémiologie M. GASQ David Physiologie M. GATIMEL Nicolas Mme GRARE Marion Bactériologie Virologie Hygiène M. GUERBY Paul Gynécologie-Obstétrique M. GUIBERT Nicolas Pneumologie

Mme GUILBEAU-FRUGIER Chine Anatomie Pathologique Mme GUYONNET Soonle

M HERIN Fabrice Médecine et santé au travail

Mme INQUENEAU Cácle Blochimie

M. LEPAGE Benot

Mme MAUPAS SCHWALM Françoise Blochimle

M. MOULIS Guillaume Neurologie Mme NASR Nathalle Mme QUELVEN Isabele Blophysique et médecine nucléaire M. RIMALHO Jacques

Anatomie et Chirurgie Générale Mme SIEGFRIED Aurore Anatomie et cytologie pathologiques Mme VALLET Marion Physiologie

M. VERIGEZ François Hilmatologie Mme VIJA Lavinia Biophysique et médecine nucléaire

M. YRONDI Antoine Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médeoine Générale

M. BIREBENT Jordan Mine BOURGEOIS Odle Mme BOUSSIER Nathalle Mme LATROUS Lets

Remerciements aux membres du jury

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Je te remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Ton engagement dans la promotion et l'enseignement de la médecine générale sont exemplaires. Merci pour cette implication qui participe à mettre en valeur notre belle spécialité. Je te suis également reconnaissante pour ton accueil à la MSPU la Providence et pour les conseils avisés prodigués durant mon stage de SASPAS.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Julie DUPOUY,

Tu m'as fait l'honneur de m'avoir guidée dans ma recherche de sujet de thèse et de m'avoir confié ce sujet dans un thème qui te tient à cœur. Merci pour tes précieux conseils tout le long de ce travail, pour ta disponibilité et ton soutien.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et d'y apporter votre expertise. Je vous suis reconnaissante de l'aide que vous apporté à l'élaboration de ce travail dès ses débuts.

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ,

Je te suis reconnaissante d'avoir accepté de siéger parmi les membres du jury. Merci pour ta bienveillance ainsi que pour l'intérêt et l'aide que tu as apporté à ce travail.

Remerciements personnels

Je remercie toutes les personnes qui ont travaillé sur ce beau projet IMPLI-MG-TUO et en particulier le réseau Sentinelles. Chacun, avec ses compétences propres, a apporté sa pierre à l'édifice permettant ainsi à ce projet de voir le jour.

A mes maîtres de stages qui m'ont tant apporté tout au long de mon internat :

Dominique et Philippe tout d'abord, pour m'avoir introduite à la médecine générale avec brio. Marie-Eve, pour ta rigueur, tes précieux conseils et ta bienveillance. Bénédicte, pour ta détermination exemplaire et tes conseils avisés. Un grand merci aux MSU qui m'ont accompagnée pour ce dernier stage d'internat : Martial, Héloïse et Bruno. Je suis ravie d'avoir pu échanger avec vous, cela a été formidablement enrichissant.

Merci à tous les membres de la MSPU La Providence, pour votre accueil et votre gentillesse.

Merci au Dr Karine Pariente pour son implication à la PASS et son enthousiasme. Je remercie tous les membres de la PASS que j'ai rencontrés pour cet engagement auprès des plus démunis qui les honore et qui est exemplaire.

Merci à tous les autres MSU, médecins, secrétaires, infirmier(e), aides-soignant(e)s, paramédicaux, que j'ai rencontré lors de mes multiples stages qui m'ont beaucoup apporté et ont été bienveillants à mon égard. Merci également aux tuteurs qui ont ponctué et guidé mon internat.

Une pensée pour les co-internes avec qui j'ai pu partager des moments en stage et en dehors, il a été très enrichissant d'échanger sur nos vécus et nos pratiques.

Merci à ma famille et à mes amis pour tout votre soutien et votre amour. Merci de m'avoir encouragée tout ce temps et d'avoir cru en moi, surtout dans les moments difficiles.

Une pensée particulière pour Baptiste, son aide sans faille et ses conseils toujours très pertinents, sans qui je ne serais jamais arrivée jusqu'ici.

TABLE DES MATIERES

LIST	TE DES FIGURES ET TABLEAUX
LIST	TE DES ABREVIATIONS
I.	INTRODUCTION
1.	Le trouble de l'usage des opioïdes
2.	Les médicaments de substitution aux opioïdes
3.	Une place prépondérante de la buprénorphine en France
4.	Des disparités de règles de prescription de la buprénorphine dans le monde?
5.	Le modèle français
6.	Objectifs10
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODES11
1.	Type d'étude11
2.	Population étudiée
3.	Recrutement
4.	Recueil des données
5.	Questionnaires
6.	Analyse des données
7.	Financement
III.	RÉSULTATS15
1.	Questionnaire 1 – « Données générales »
2.	Questionnaire 2 – « Initiation »
3.	Questionnaire 3 – « Renouvellement »
IV.	DISCUSSION29
1.	Synthèse des principaux résultats
2.	Forces et limites de l'étude
3.	Perspectives de recherche
V.	CONCLUSION
VI.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES30
VII	ANNEVEC

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Proportion d'usagers d'opioïdes recevant des MSO sur prescription dans les pays européens

Figure 2 : Evolution de la consommation de buprénorphine et de méthadone de 1995 à 2019

Figure 3 : Diagramme de flux

Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques et formation en addictologie

Tableau 2 : Points de vue concernant la buprénorphine

Tableau 3 : Données concernant la prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années

Tableau 4 : Modèle multivarié « initiation et/ou renouvellement d'un traitement par buprénorphine »

Tableau 5 : Modèle multivarié « initiation d'un traitement par buprénorphine »

Tableau 6 : Données concernant la dernière situation d'initiation de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années

Tableau 7 : Données concernant la dernière situation de renouvellement de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CPTS: Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

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

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

DU: Diplôme Universitaire

DIU: Diplôme Inter Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FMC: Formation Médicale Continue

IC: Intervalle de Confiance

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

IReSP: Institut de Recherche en Santé Publique

MG: Médecin(s) Généraliste(s)

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites

Addictives

MSO: Médicament(s) de Substitution aux Opioïdes

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur

Utilisation Médicamenteuse

OR: Odds Ratio

TUO: Trouble(s) de l'Usage des Opioïdes

UE: Union Européenne

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

1. Le trouble de l'usage des opioïdes

Le trouble de l'usage des opioïdes (TUO) est défini par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) comme une pathologie « conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative » liée à l'usage d'opioïdes (1). A l'instar des troubles de l'usage d'autres substances comme le tabac ou l'alcool, il s'agit d'une pathologie chronique induisant une modification des circuits neuro-cérébraux dont la guérison est possible malgré des rechutes fréquentes (2). Ce trouble peut être en lien avec l'usage d'héroïne mais également de médicaments opioïdes, habituellement utilisés pour leurs propriétés antalgiques tels que la morphine, la codéine, le tramadol ou l'oxycodone (3,4).

Environ 26,8 millions de personnes dans le monde présentaient un TUO en 2016, l'Amérique du Nord étant en première place en terme de prévalence (5). L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) recensait 1 million d'usagers problématiques d'opioïdes dans l'Union Européenne (UE) en 2019, le plus consommé étant l'héroïne, soit environ 0,35% de la population ; 68% d'entre eux se trouvent dans les pays les plus peuplés de l'UE, à savoir l'Allemagne, la France, l'Espagne, et l'Italie (6).

Malgré les améliorations apportées au cours des deux dernières décennies dans le soin des TUO en Europe, ceux-ci ont toujours des conséquences médico-sociales importantes (7). Il existe une surmortalité chez les usagers d'opioïdes, avec un risque de décès 5 à 10 fois plus élevé par rapport aux personnes de même sexe et de même âge (8). Les principales causes de surmortalité sont les surdoses, les suicides, les décès accidentels ainsi que les pathologies infectieuses, en premier lieu les infections à VIH et hépatite C (9). Parmi les surdoses mortelles recensées dans l'UE, 76% d'entre elles sont en lien avec des opioïdes, en particulier l'héroïne, mais également avec la méthadone, la buprénorphine, le tramadol, et le fentanyl (6).

2. Les médicaments de substitution aux opioïdes

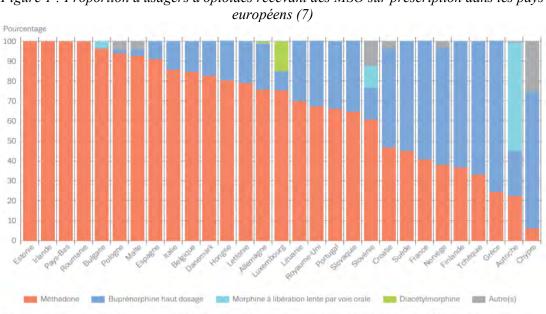
La buprénorphine et la méthadone sont deux médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) reconnus comme efficaces pour le traitement des TUO; ils font partie de la liste des « Médicaments essentiels » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis mars 2005 (10,11). Cela signifie que l'accès à ces médicaments est un droit humain (11). Ils ont tous deux prouvé leur efficacité pour le traitement des TUO (12,13) et ont également été associés à une diminution de la mortalité toutes causes chez les personnes sous traitement (14–16). Une revue systématique très récente a en effet montré une diminution de la mortalité globale de plus de 50% chez les patients sous MSO comparés à ceux qui n'étaient pas traités, sans différence significative entre la méthadone et la buprénorphine (16). Plus spécifiquement, cette étude a également montré une diminution de la mortalité liée à la consommation de drogues et d'alcool, par suicide, d'origine cardiovasculaire et par cancer chez les patients sous MSO.

La substitution par buprénorphine a pour sa part montré des effets bénéfiques sur de nombreux points, allant de l'insertion sociale (17,18) à la prévention de la transmission du VIH (11). Elle est également associée à une diminution des co-consommations d'héroïne, de cocaïne, de benzodiazépines ainsi que les risques qui y sont associés (17). Les résultats d'une étude observationnelle récente suggèrent que la buprénorphine serait même supérieure à la méthadone en terme de réduction des co-consommations d'opioïdes et de cocaïne (19).

Cependant, les MSO présentent un risque de décès par surdose qu'il faut prendre compte, en particulier lors de consommations associées d'alcool ou de benzodiazépines (20). Du fait de son action pharmacologique d'agoniste partiel des récepteurs mu, la buprénorphine est associée à un risque relatif de décès par surdose plus faible que la méthadone (21,22). L'enquête *Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances* (DRAMES) de 2019 a répertorié une incidence des décès 7 fois plus élevée avec la méthadone qu'avec la buprénorphine (23). Par ailleurs, les résultats de la revue systématique datant de 2021 de *Santo et al.* suggèrent un risque de mortalité globale et par surdose multiplié par deux lors du premier mois de traitement par méthadone comparé au reste de la période sous traitement, ce qui ne serait pas le cas pour la buprénorphine, et multiplié par six dans le mois suivant l'arrêt des MSO (16). Ces résultats sont concordants avec ceux d'une revue systématique de 2017 (24).

Il existe également un risque de détournement et de mésusage des MSO, en particulier par injection intra veineuse du produit qui serait plus fréquente avec la buprénorphine (20). Selon l'enquête Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse (OPPIDUM) de 2019, le détournement de la voie d'administration par voie intra veineuse de la buprénorphine serait de l'ordre de 13% et serait plus fréquent avec le princeps qu'avec les génériques (13% versus 2%) (25). Le mésusage de la buprénorphine par cette voie pourrait concerner jusqu'à 20% des patients traités avec ce médicament, voire même au-delà (26-28). Néanmoins, une étude de cohorte réalisée récemment en Italie montre que l'usage par voie intra veineuse de la buprénorphine serait comparable à celui de la méthadone, mais également à celui de la buprénorphinenaloxone, une association médicamenteuse qui a justement été développée pour empêcher cette pratique (28).

Concernant la prise en charge des TUO en Europe, 654 000 usagers d'opioïdes étaient sous MSO en 2017, ce qui équivaut à environ la moitié des consommateurs avec des disparités parfois importantes en terme de couverture d'un pays à un autre (7). La méthadone représente les deux tiers des prescriptions de MSO, le tiers restant étant en grande majorité représenté par la buprénorphine (7). Seulement 8 pays européens utilisent la buprénorphine comme MSO principal : la France, la République Tchèque, la Croatie, la Suède, la Norvège, la Finlande, la Grèce et Chypre (7).



N.B.: aux Pays-Bas, environ 10 % des patients recevant de la méthadone se voient également prescrire de la diacétylmorphine. En Finlande, la buprénorphine ge est prescrite seule ou en association avec la naloxone. Les données du Royaume-Uni ne concernent que le Pays de Galles

3. Une place prépondérante de la buprénorphine en France

En comparaison aux chiffres européens concernant les prescriptions de MSO, la France a pour particularité une place prépondérante de la buprénorphine qui représente 62% des ventes de MSO en 2019 contre 38% pour la méthadone (29). Au cours de l'année 2017, il a été estimé qu'environ 180 000 personnes ont bénéficié d'un MSO, soit un taux de couverture de 85%, ce qui est bien plus que la moyenne européenne (7,29). Cette spécificité française s'explique par une plus grande accessibilité de la buprénorphine comparée à la méthadone permise par le cadre réglementaire actuel, ainsi que par l'implication des médecins généralistes dans le soin des TUO (30,31).

En effet, depuis sa mise sur le marché en 1996, la prescription de buprénorphine peut être réalisée par tout médecin, et ce sans formation spécifique préalable ni conditions particulières (32). La prescription initiale de méthadone, mise sur le marché en 1995, ne peut a contrario être réalisée que par un médecin exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou en service hospitalier (33). Le traitement par méthadone nécessite une surveillance rapprochée particulière à l'initiation, avec notamment des tests urinaires réguliers (34). Cette dernière fait partie de la liste des substances classées comme stupéfiant, tandis que la buprénorphine est un psychotrope selon le tableau III de la convention de Vienne (35). La buprénorphine est cependant considérée comme un « assimilé stupéfiant », c'est-à-dire qu'elle appartient à la liste I des substances vénéneuses et présente un risque de mésusage et de pharmacodépendance, cela impliquant donc des conditions de prescription plus strictes que celles des psychotropes simples (36). Elle doit donc être prescrite sur ordonnance sécurisée, pour une durée limitée à 28 jours non renouvelable, avec délivrance fractionnée de 7 jours sauf mention contraire par le prescripteur (37). La méthadone sous forme sirop est également prescrite sur ordonnance sécurisée, pour une durée limitée à 14 jours non renouvelable, avec délivrance fractionnée de 7 jours sauf mention contraire par le prescripteur (38). Suite à un arrêté paru au Journal Officiel le 17 octobre 2014, la prescription de méthadone sous forme de gélule peut être réalisée pour 28 jours, en relai chez un patient bien stabilisé sous méthadone sirop depuis plus d'un an (38).

4. Des disparités de règles de prescription de la buprénorphine dans le monde

Concernant les conditions de prescription de la buprénorphine, il existe de grandes variations entre les pays et elle n'est parfois disponible que sous la forme buprénorphine-naloxone.

En Australie par exemple, tous les médecins ont la possibilité de prescrire de la buprénorphine sans formation préalable, avec une limite de 10 patients maximum, et ce après obtention d'un permis demandé pour chaque patient concerné (39). Aux Etats-Unis, une formation spécifique était auparavant nécessaire pour que les médecins généralistes (MG) soient autorisés à prescrire de la buprénorphine, mais cela est devenu facultatif depuis peu avec la possibilité de prescrire de la buprénorphine jusqu'à 30 patients maximum sans formation obligatoire préalable (40). Cette évolution récente des règles de prescription témoigne de la volonté d'augmenter l'accès à ce MSO qui a fait ses preuves en termes d'efficacité et de sécurité d'utilisation (41).

En Europe, des disparités existent également avec des cadres juridiques variables selon les pays. En effet, la prescription de buprénorphine par les MG est autorisée dans 11 pays européens (République Tchèque, Royaume-Uni, Italie etc.) mais nécessite une formation spécifique dans d'autres (comme au Luxembourg ou en Autriche), voire ne peut être prescrite qu'en centre spécialisé (42). Autre disparité, dans certains pays comme la République Tchèque, la Finlande ou le Portugal, le traitement par méthadone est gratuit tandis que celui par buprénorphine est en partie, voire totalement à la charge patient (43).

5. Le modèle français

La France est ainsi le premier pays à avoir rendu la prescription de buprénorphine pour les patients ayant un TUO aussi accessible, avec pour conséquence des résultats très positifs en termes de diminution de la consommation d'héroïne, de décès par surdose et d'amélioration des conditions sociales, faisant alors de ce « modèle français » un exemple sur le plan mondial (30). Une particularité fondamentale de ce modèle est que la majorité des prescriptions de buprénorphine provient de MG exerçant en soins primaires (30). En effet, 80% des prescriptions de buprénorphine sont réalisées par des médecins libéraux, dont 98% sont des MG (29). Le reste des prescriptions est fait par des médecins exerçant en établissement de santé, en particulier en CSAPA, ou bien plus rarement de médecins

libéraux non généralistes. La délivrance de la buprénorphine se fait ensuite presque exclusivement en pharmacie d'officine, même si la prescription provient d'un CSAPA, ce qui n'est pas le cas de la méthadone (29). Selon le Baromètre santé médecins généralistes réalisé en 2009 par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) (44), les MG voient en moyenne 1,8 patients ayant un TUO par mois. Parmi les médecins qui reçoivent en consultation au moins un patient ayant un TUO par mois, 87% d'entre eux prescrivent des MSO, en particulier de la buprénorphine.

Malgré cette particularité française en matière de prescription de MSO, on remarque cependant une diminution des prescriptions de buprénorphine ces dernières années (45). Suite à sa mise sur le marché en 1996, la buprénorphine est devenu le MSO le plus prescrit en France avec une forte augmentation de sa consommation dans les années qui suivent, pour ensuite continuer à augmenter mais à un degré moindre à partir de 2004 (46). La consommation de buprénorphine a ensuite diminué de 2011 à 2012 puis s'est stabilisée (46). Cette diminution de la part de la buprénorphine parmi les MSO prescrits en France a été en faveur de celle de la méthadone qui n'a a contrario fait qu'augmenter depuis 1995 (46).

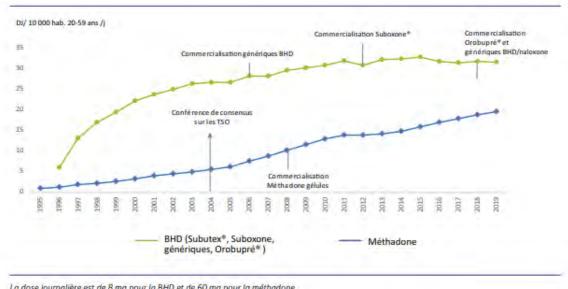


Figure 2 : Évolution de la consommation de buprénorphine et de méthadone de 1995 à 2019 (29)

La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone.

On assiste donc à une inversion des tendances avec d'une part, une diminution de la proportion de patients sous buprénorphine, et d'autre part une augmentation de la proportion de patients sous méthadone. En 2012, 70% des patients sous MSO ont reçu un

remboursement pour de la buprénorphine (47), puis 64% en 2015 (48). Les chiffres publiés en Septembre 2020 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) valident cette tendance avec 62% des remboursements de MSO représentés par la buprénorphine en 2019 (29). L'association buprénorphine-naloxone reste pour sa part peu prescrite.

Par ailleurs, le profil des usagers d'opioïdes en France évolue avec une augmentation de la consommation d'antalgiques opioïdes, en particulier d'oxycodone qui s'est fortement accrue au cours des dernières années (49–51). Cette tendance est associée à une augmentation de la morbi-mortalité reliée à la consommation de ces médicaments (50). En effet, le nombre d'hospitalisations et de décès en lien avec la consommation d'antalgiques opioïdes au cours des dix dernières années a progressé (51). L'antalgique opioïde le plus consommé en France en 2017 était le tramadol, ce qui est également le cas dans plusieurs pays voisins (51), avec une tendance globale à l'augmentation de la consommation de ce médicament en Europe (52). Parmi les cas de mésusage d'antalgiques opioïdes rapportés au réseau d'addictovigilance, le tramadol était le médicament le plus souvent impliqué (51). De plus, l'enquête DRAMES de 2018 confirme une augmentation des décès liés au tramadol au cours de cette même année (53). Bien que la France ne se trouve pas dans une situation de « crise des opioïdes » comme il existe aux Etats-Unis ou au Canada, elle serait cependant susceptible de le devenir (50,54). Ce changement de profil des usagers d'opioïdes associé à l'augmentation de la morbi-mortalité reliée à la consommation des médicaments opioïdes pourrait nécessiter un renforcement de l'intervention des MG dans le soin de ces patients, avec une nécessité d'introduction de MSO.

Selon le Groupe Santé Addictions, la prise en charge en ville des TUO serait en danger et seulement 5% des MG seraient impliqués dans le suivi des patients ayant cette pathologie (55). De plus, une étude récente menée sur les données du système national de santé de 2009 à 2015 a mis en évidence une diminution de la proportion de MG initiant un traitement par buprénorphine qui est passée de 10,3% en 2009 à 5,7% seulement en 2015 (56). La proportion de MG qui renouvelaient un traitement par buprénorphine a suivi la même tendance en passant de 15% des MG en 2009 à 6,9% en 2015 (56). En parallèle, le nombre de MG qui prescrivaient de la méthadone était lui en augmentation (56). Etant donné que les initiations de méthadone ne peuvent être faites que par des médecins spécialisés ou

hospitaliers, il semblerait que l'implication des MG soit plus grande lorsqu'ils prennent en charge ces patients en relai des structures spécialisées ou hospitalières.

6. Objectifs

Nous sommes donc face au constat d'une diminution d'implication des MG dans l'initiation et le renouvellement de la buprénorphine. Ils sont pourtant en première ligne pour la prise en charge des TUO qui peuvent être traités efficacement en soins primaires. Comment expliquer ce phénomène ? Est-ce dû à l'évolution de la démographie médicale avec le départ à la retraite de MG prescripteurs de buprénorphine ? Ou bien à un changement des pratiques des MG qui préfèrent travailler en lien avec les CSAPA et leur adresser leurs patients pour initiation d'un MSO ? Serait-ce lié à un manque de connaissances sur ces médicaments ?

L'objectif principal de cette étude est de décrire les freins à la prescription de buprénorphine en médecine générale, vingt-cinq ans après sa mise sur le marché. L'objectif secondaire est de décrire les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de buprénorphine en soins premiers.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale descriptive décrivant les freins déclarés et les pratiques liés à la prescription de buprénorphine, par un premier volet déclaratif et un second volet de recueil de données des dossiers médicaux.

2. Population étudiée

L'enquête a été menée auprès des MG du réseau Sentinelles, non sélectionnés sur leurs compétences en addictologie. Ce réseau assure une mission de recherche et de veille épidémiologique en soins de premiers recours et comprenait au 1° janvier 2021 1275 MG libéraux, volontaires et bénévoles, ayant un exercice libéral réparti sur tout le territoire français (57). Près de 700 sont actifs au sein du réseau et participent donc régulièrement à des études épidémiologiques ainsi qu'à des essais cliniques. Leur représentativité par rapport aux MG français a été étudiée (58) : ils sont comparables en termes d'âge mais le genre masculin est sur-représenté, ils ne sont pas également répartis sur le territoire et ont un nombre de consultations hebdomadaires légèrement plus élevé.

3. Recrutement

Le recrutement a été effectué par le réseau Sentinelles qui a sollicité les MG actifs du réseau par mail, soit 698 médecins. Les MG actifs étaient définis comme ceux ayant au cours de la dernière année participé au moins une fois à la surveillance continue ou ayant répondu à au moins une étude ponctuelle.

Nous avons choisi de travailler avec le réseau Sentinelles pour plusieurs raisons, la première étant l'absence de sélection des MG sur leurs compétences en addictologie. De plus, les médecins Sentinelles étant habitués à répondre à des études épidémiologiques, nous avons pensé que cela nous permettrait d'obtenir des données de qualité en quantité suffisante. Le réseau bénéficie également d'une équipe d'animation efficiente. Enfin, les médecins

Sentinelles sont répartis sur le territoire français, cela permettant d'extrapoler les résultats à l'échelle nationale.

4. Recueil des données

Les données ont été recueillies de mars à juillet 2021 à partir de trois questionnaires regroupés dans une seule enquête adressée aux MG Sentinelles. Deux modalités de réponse ont été proposées : soit en ligne via la plateforme REDCap, soit en format papier après envoi postal. Nous visions un objectif de 350 médecins répondants.

Un premier mail a été envoyé le 17 mars 2021 pour présenter l'enquête à 698 médecins du réseau. L'étude a ensuite été lancée par mail le 24 mars 2021, invitant 670 d'entre eux à répondre aux questionnaires. Des questionnaires sous format papier ont été envoyés à 16 médecins.

Des relances par mail auprès des médecins non répondeurs ont été effectuées le 2 avril, le 28 juin (où 6 médecins supplémentaires récemment inscrits au réseau ont été sollicités) et le 9 juillet. Des relances individuelles auprès des médecins ayant un ou des questionnaires en attente ont été réalisées aux mêmes dates ainsi que le 23 avril et le 15 juillet. Au total, les questionnaires ont été envoyés à 689 médecins, formats en ligne et papier confondus. Le recueil des données a été clôturé le 16 juillet 2021.

5. Questionnaires

L'enquête est composée de trois questionnaires (*Annexes 1 à 3*) dont l'élaboration a débuté durant l'été 2020 après un travail de recherche bibliographique. La participation à l'atelier questionnaire proposé par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) a également contribué à son élaboration. De multiples relectures par un groupe de travail composé de médecins généralistes, addictologues, pharmacologues, épidémiologistes, et d'une sociologue de la santé ont permis d'améliorer les questionnaires à la fois sur le fond et sur la forme. La majorité des questions proposent des réponses fermées, à choix multiples ou uniques selon les cas. Il existe quelques possibilités de réponses ouvertes, soit courtes soit chiffrées.

Le premier questionnaire s'adresse à tous les MG, il évalue leur ressenti et leurs pratiques autour de la prescription de la buprénorphine tandis que le deuxième et le troisième ne s'adressent qu'aux MG qui ont prescrit de la buprénorphine au cours des deux dernières années, ils nécessitaient le recours au dossier médical du patient. L'un s'intéresse à leur dernière situation d'initiation, l'autre à leur dernière situation de renouvellement de buprénorphine au cours des deux dernières années. La réponse au premier questionnaire était obligatoire pour pouvoir répondre aux deux autres questionnaires. Selon la situation dans laquelle il se trouvait, chacun des médecins pouvait donc répondre à un, deux ou trois questionnaires.

Les questions concernant le sexe, l'âge, l'année d'installation, le mode d'exercice ainsi que le lieu d'exercice des MG interrogés n'ont pas été intégrées aux questionnaires car elles étaient disponibles dans la base de données du réseau Sentinelles.

6. Analyse des données

Le réseau Sentinelles nous a transmis les données anonymisées qui ont ensuite été analysées via le logiciel SAS 9.4, avec l'aide d'une pharmaco-épidémiologiste.

L'analyse statistique était descriptive puis analytique.

Deux types de variables ont été analysées :

- Les variables catégorielles, décrites à l'aide d'effectifs et de pourcentages
- Les variables continues, décrites à l'aide de médianes, premiers et troisièmes quartiles

Deux modèles de régression logistique multivariée ont été construits par sélection pas à pas descendante. Le premier évaluait quelles variables étaient associées avec le fait d'être un médecin qui initiait et/ou renouvelait de la buprénorphine ou n'en prescrivait pas, et le deuxième quelles variables étaient associées avec le fait d'être un médecin qui initiait de la buprénorphine ou n'en initiait pas. Les variables dont les effectifs étaient inférieurs à 10 et pour lesquelles aucun regroupement n'était possible ont été exclues de l'analyse. Le critère d'entrée dans le modèle multivarié était une valeur de *p* inférieure à 0,2 et le seuil de significativité en multivarié a été fixé à 5%.

7. Financement

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

Ce financement a permis une rémunération des médecins répondeurs à hauteur de cinquante euros par questionnaire et le financement de l'analyse statistique.

III. RÉSULTATS

Amonce du lancement de l'étude par mail à 698 médecins - 17 mars - 17 refus de participer à l'étude - 10 demandes d'envoi du questionnaire en format papier - 1 mail non délivré Lancement de l'étude avec 1e envoi du questionnaire par mail à 670 médecins - 24 mars + 10 envois de questionnaires papier - 1 refus d'être sollicité de nouveau - 3 demandes d'envoi du questionnaire en format papier 4 envois supplémentaires de questionnaires papier Dont : 3 demandés par des médecins sollicités par mail 1 au médecin à qui le mail de lancement n'a pas été délivré Envoi du questionnaire papier à 2 médecins dont adresse mail inconnue 1º relance à 563 médecins - 2 avril Dont 25 relances individuelles I refus d'être sollicité de nouveau 13 relances individuelles - 23 avril Invitation de 6 médecins 2º relance à 508 médecins - 28 juin supplémentaires récemment inscrits au Dont 15 relances individuelles réseau 3º relance à 485 médecins — 9 juillet Dont 18 relances individuelles 18 relances individuelles - 15 juillet - 0 exclus de l'analyse parmi les répondeurs - 452 médecins à qui le questionnaire a été envoyé n'ont pas repondu 237 médecins inclus dans l'analyse statistique 237 réponses au questionnaire général 41 réponses au questionnaire « initiation » 156 réponses au questionnaire « renouvellement »

Figure 3 : Diagramme de flux

Le nombre de médecins répondeurs était de 237 soit un taux de réponse de 34%.

1. Questionnaire 1 – « Données générales »

Le nombre de réponses à ce questionnaire était de 237.

a) Caractéristiques socio démographiques et points de vue concernant la buprénorphine

Les résultats concernant les caractéristiques socio démographiques et la formation en addictologie sont présentés dans le *Tableau 1*. L'âge médian était de 46 ans avec 145 (61,2%) médecins de genre masculin. Le type d'exercice était majoritairement urbain : 191 (80,6%) répondants. Concernant le nombre d'années depuis l'installation en cabinet libéral, 101 (42,6%) médecins l'étaient depuis au moins 15 ans, 92 (38,8%) depuis au moins 5 ans et moins de 15 ans et 44 (18,6%) depuis moins de 5 ans. Parmi les médecins interrogés, 36 (15,2%) avaient une formation spécifique en addictologie et 30 (12,7%) appartenaient à un réseau d'addictologie. Parmi les MG initiateurs, 17 (36,2%) avaient une formation en addictologie et 14 (29,8%) appartenaient à un réseau d'addictologie.

Les résultats concernant le point de vue vis-à-vis de la buprénorphine sont présentés dans le *Tableau 2*. L'opinion sur la buprénorphine était globalement positive avec 151 (63,7%) réponses « plutôt positives » et 38 (16,0%) réponses « très positives ». En tant que traitement de l'addiction à un opioïde illicite, 74 (31,2%) médecins ont déclaré que la buprénorphine était « complètement » efficace et 145 (61,2%) « plutôt » efficace, tandis qu'en tant que traitement de l'addiction à un médicament opioïde ils étaient 28 (11,8%) à répondre « complètement » efficace, 91 (38,4%) « plutôt » efficace et 68 (28,7%) « je ne sais pas ». La buprénorphine participait « complètement » à l'amélioration de la qualité de vie des patients prenant ce médicament pour 96 (40,5%) des répondants et y participait « plutôt » pour 127 (53,6%). Par ailleurs, 79 (33,3%) répondants considéraient la buprénorphine associée à un moindre risque de surdose que la méthadone.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et formation en addictologie

	Trius les MG (nitiateurs renouveles		THE RESIDENCE OF THE PERSON NAMED IN	IVIG Initiateurs		
Total Control of the	N	= 237	N	= 180	N	=47
Áge (années)						
Médiane (Q1; Q3)	46 (3	37 ; 57)	44 (3	37 ; 57)	50 (37 ; 61)
< 35	29	12,2%	21	11,7%	3	6,4%
35 - 44	87	36,7%	73	40,6%	16	34,0%
45 - 54	47	19,8%	32	17,8%	11	23,4%
55 - 64	49	20,7%	36	20,0%	8	17,0%
65 - 74	25	10,5%	18	10,0%	9	19,1%
Genre						01
Féminin	92	38,8%	63	35,0%	11	23,4%
Masculin	145	61,2%	117	65,0%	36	76,6%
Durée d'installation (années)	44	10.69/	22	10.20/	2	C 40/
<5	44	18,6%	33	18,3%	3	6,4%
>= 5 - < 15	92	38,8%	74	41,1%	19	40,4%
>= 15 Type de cabinet	101	42,6%	73	40,6%	25	53,2%
Individuel	65	27,4%	49	27,2%	17	36,2%
Groupe (2-3)	90	38,0%	66	36,7%	11	23,4%
Groupe (2+3)	82	34,6%	65	36,1%	19	40,4%
Type d'exercice	02	34,070	- 03	30,170	17	40,470
Rural	46	19,4%	34	18,9%	6	12,8%
Urbain	191	80,6%	146	81,1%	41	87,2%
Lieu d'exercice (région)	151	00,070	210	01,170	72	07,270
Grand Est	24	10,1%	17	9,4%	7	14,9%
Nouvelle-Aquitaine	19	8,0%	15	8,3%	3	6,4%
Auvergne-Rhône-Alpes	32	13,5%	25	13,9%	2	4,3%
Bourgogne-Franche-Comté	11	4,6%	9	5,0%	3	6,4%
Bretagne	22	9,3%	16	8,9%	5	10,6%
Centre-Val de Loire	11	4,6%	10	5,6%	4	8,5%
Corse	6	2,5%	5	2,8%	1	2,1%
Ile-de-France	35	14,8%	24	13,3%	4	8,5%
Occitanie	18	7,6%	9	5,0%	0	0,0%
Hauts-de-France	18	7,6%	17	9,4%	8	17,0%
Normandie	14	5,9%	11	6,1%	5	10,6%
Pays de la Loire	19	8,0%	14	7,8%	4	8,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8	3,4%	8	4,4%	11	2,1%
Appartenance à un réséau d'addictologié						
Oui	30	12,7%	23	12,8%	14	29,8%
Non	207	87,3%	157	87,2%	33	70,2%
Formation en addictologie						
Oui	36	15,2%	29	16,1%	17	36,2%
Non	201	84,8%	151	83,9%	30	63,8%
Respondence to the contract of		100		48	- 41	5.49
Dernière formation suivie parmi les "Qui" :		=36	1	= 29		=17
DU³ ou DIU4	7	19,4%	5	17,2%	3	17,6%
Capacité	4	11,1%	4	13,8%	4	23,5%
FMC ⁵	14	38,9%	11	37,9%	6	35,3%
Autre	10	27,8%	9	31,0%	4	23,5%
n/a ⁶	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
Date de la dernière formation parmi les "Oui" :		27.50		27.50	_	20. ***
< 2 ans	10	27,8%	8	27,6%	5	29,4%
2 - 10 ans	15	41,7%	13	44,8%	7	41,2%
11 - 20 ans	7	19,4%	5	17,2%	3	17,6%
> 20	4	11,1%	3	10,3%	2	11,8%

 $^{^1\}mathrm{MG}$ ayant répondu avoir initié et/ou renouvelé de la buprénorphine au cours des deux dernières années

 $^{^2\}mbox{MG}$ ayant répondu avoir initié de la buprénorphine au cours des deux dernières années

³Diplôme Universitaire

⁴Diplôme Inter Universitaire

⁵Formation Médicale Continue

⁶non répondu

Tableau 2 : Points de vue concernant la buprénorphine

	Tousies MG N=237				100000000000000000000000000000000000000		MG initisteurs et/ou renouveleurs ¹ N=180		renouveleurs		MG initiateurs ² N=47	
Opinion à propos de la buprénorphine												
Très positive	38	16,0%	29	16,1%	14	29,8%						
Plutôt positive	151	63,7%	122	67,8%	30	63,8%						
Plutôt négative	21	8,9%	13	7,2%	1	2,1%						
Très négative	3	1,3%	2	1,1%	0	0,0%						
Ne se prononce pas	24	10,1%	14	7,8%	2	4,3%						
fficacité de la buprénorphine en traitement de l'addiction à un opioïde illicite			7									
Complètement oui	74	31,2%	58	32,2%	21	44,7%						
Plutôt oui	145	61,2%	110	61,1%	25	53,2%						
Plutôt non	11	4,6%	8	4,4%	1	2,1%						
Complètement non	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%						
Ne sait pas	7	3,0%	4	2,2%	0	0,0%						
Efficacité de la buprénorphine en traitement de l'addiction à un médicament opioïde				1								
Complètement oui	28	11,8%	22	12,2%	11	23,4%						
Plutôt oui	91	38,4%	71	39,4%	20	42,6%						
Plutôt non	44	18,6%	34	18,9%	9	19,1%						
Complètement non	6	2,5%	6	3,3%	2	4,3%						
Ne sait pas	68	28,7%	47	26,1%	5	10,6%						
Participation de la buprénorphine à l'amélioration de la qualité de vie des patients												
Complètement oui	96	40,5%	79	43,9%	22	46,8%						
Plutôt oui	127	53,6%	95	52,8%	24	51,1%						
Plutôt non	4	1,7%	2	1,1%	0	0,0%						
Complètement non	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%						
Ne sait pas	10	4,2%	4	2,2%	1	2,1%						
Efficacité de la buprénorphine comparée à la méthadone dans le traitement de l'addiction aux opioïdes												
Buprénorphine moins efficace	45	19,0%	35	19,4%	16	34,0%						
Buprénorphine aussi efficace	85	35,9%	69	38,3%	21	44,7%						
Buprénorphine plus efficace	3	1,3%	3	1,7%	1	2,1%						
Ne sait pas	104	43,9%	73	40,6%	9	19,1%						
Risque de surdose liée à l'emploi de la buprénorphine comparée à la méthadone				Ĭ								
Moindre risque	79	33,3%	67	37,2%	22	46,8%						
Même risque	44	18,6%	35	19,4%	13	27,7%						
Risque plus élevé	19	8,0%	13	7,2%	1	2,1%						
Ne sait pas	94	39,7%	65	36,1%	11	23,4%						
n/a³	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%						

¹MG ayant répondu avoir initié et/ou renouvelé de la buprénorphine au cours des deux dernières années

b) Données concernant la prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années

Les résultats concernant la prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années sont présentés dans le *Tableau 3*. Au cours des deux dernières années, 206 (86,9%) médecins ont suivi un ou des patient(e)s ayant un TUO, parmi lesquels 177 (85,9%) ont effectué un renouvellement de buprénorphine et 47 (22,8%) une initiation. Lors des situations de renouvellements, 57 (32,2%) médecins renouveleurs disaient se sentir « complètement à l'aise » et 86 (48,6%) « plutôt à l'aise », tandis que pour les situations d'initiations 17 (36,2%) médecins initiateurs se disaient « complètement à l'aise » et 18 (38,3%) « plutôt à l'aise ».

²MG ayant répondu avoir initié de la buprénorphine au cours des deux dernières années

³non répondu

Tableau 3 : Données concernant la prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années

	11=237	96
Suivi de patient(e)(si ayant une addiction aux opiolides		
Oui	206	86,9
Non	31	13,1
Nombre de dati ents(es) suivisies la vantune addiction aux opioides	N = 206	
1	34	16,5
2 - 4	93	45,2
5-10	52	25,2
>10	27	13,1
Nombre de patients traités par	N = 206	
Buprénorphine		
0	16	7,8
1	62	30,1
2 - 4 5 - 10	82 26	39,8 12,6
>10	14	6,8
Ne sait pas	1	0,5
n/a¹	5	2,4
Méthadone		
0	52	25,2
1	58	28,2
2 - 4 5 - 10	50 9	24,3 4,4
>10	10	4,4
Ne sait pas	1	0,5
n/a¹	26	12,6
Buprénorphine-naloxone		
0	115	55,8
1	15	7,3
2 - 4 5 - 10	4	1,9
>10	1	1,9 0,5
Ne sait pas	2	1,0
n/a¹	65	31,6
Sulfate de morphine		
0	107	51,9
1	20	9,7
2 - 4	15	7,3
5-10 >10	3 1	1,5 0,5
Ne sait pas	1	0,5
n/a¹	59	28,6
Aucun médicament		
0	95	46,1
1	21	10,2
2-4	8	3,9
5-10 >10	4 1	1,9 0,5
Ne sait pas	4	1,9
n/a¹	73	35,4
Autre		
0	109	52,9
1	11	5,3
2 - 4	5	2,4
5-10 >10	0	0,0
> 10 Ne sait pas	0	0,0 1,9
n/a¹	77	37,4

Tableau 3 (Suite) : Données concernant la prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années

Renouvellement(s) de traitement par buprénorphine réalisé(s)	N = 206	
Oui	177	85,9
Non	7	3,4
n/a¹	22	10,7
Nombre de patients chez qui la buprénorphine a été renouvelée	N = 177	
1	50	28,3
2 - 4	67	37,9
5 - 10	36	20,3
>10	23	13,0
n/a¹	1	0,6
entiment d'aisance lors des renouvellements de buprénorphine	N = 177	
Complètement oui	57	32,2
Plutôt oui	86	48,6
Plutôt non	30	17,0
Complètement non	3	1,7
n/a¹	1	0,6
nitiation(s) de prescription par buprénorphine réalisé(s)	N = 206	
Oui	47	22,8
Non	137	66,5
n/a¹	22	10,7
lombre de patients chez qui la buprénorphine a été initiée	N = 47	
1	23	48,9
2 - 4	13	27,7
5 - 10	5	10,6
>10	6	12,8
ientiment d'aisance lors des initiations de buprénorphine	N = 47	
Complètement oui	17	36,2
Plutôt oui	18	38,3
Plutôt non	10	21,3
Complètement non	2	4,3
uivi de patient(s) dont la prescription de buprénorphine est faite par un autre médecin	N = 206	
Oui	54	26,2
Non	99	48,1
Ne sait pas	31	15,0
n/a¹	22	10,7
Prescripteur habituel de buprénorphine parmi les "Oui" :	N = 54	
Médecin en CSAPA ou en centre spécialisé dans les addictions	41	75,9
Médecin hospitalier	9	16,7
Autre médecin généraliste ²	10	18,5
Médecin psychiatre ²	2	3,7
Médecin addictologue ²	12	22,2
		22,2
Autre	1	1,9

¹non répondu ²hors CSAPA, centre spécialisé et milieu hospitalier

c) Modèles de régression logistique multivariés

i. Modèle initiation et/ou renouvellement d'un traitement par buprénorphine

Les résultats du modèle de régression logistique sont présentés dans le *Tableau 4*. Ce modèle évalue quelles variables sont associées avec le fait d'être un médecin qui initie et/ou renouvelle de la buprénorphine (MG ayant répondu avoir initié et/ou renouvelé de la buprénorphine au cours des deux dernières années). L'unique variable significative dans le modèle multivarié (p < 0,05) était le genre. Le genre féminin était donc significativement associé au fait de ne pas initier et/ou renouveler de la buprénorphine, c'est-à-dire d'être non prescripteur de ce médicament (Odds ratio OR 0,50 ; Intervalle de Confiance IC (0,27-0,92) ; p = 0,0258).

Tableau 4 : Modèle multivarié « initiation et/ou renouvellement d'un traitement par buprénorphine »

Initiation et/ou renouvelleme	nt d'un traitement par	buprénorphine		
	Modèle univ	Modèle univarié		/arié
	Odds ratios (IC 95%)	valeur de p	Odds ratios (IC 95%)	valeur de p
Âge : > 40 ans vs <= 40 ans	0,59 (0,30-1,14)	0,1173		
Genre : Féminin vs Masculin	0,50 (0,27-0,92)	0,0258	0,50 (0,27-0,92)	0,0258
Type de cabinet : Groupe vs Individuel	0,98 (0,50-1,92)	0,9490		
Type d'exercice : Rural vs Urbain	0,85 (0,41-1,79)	0,6754		
Efficacité de la buprénorphine en traitement de l'addiction à un médicament opioïde : Complètement oui/Plutôt oui vs Complètement non/Plutôt non	0,93 (0,41-2,12)	0,8626		
Efficacité de la buprénorphine en traitement de l'addiction à un médicament opioïde : Je ne sais pas vs Complètement non/Plutôt non	0,56 (0,24-1,33)	0,1871		
Efficacité de la buprénorphine comparée à la méthadone dans le traitement de l'addiction aux opioïdes : Buprénorphine aussi efficace/plus efficace vs Buprénorphine moins efficace	1,37 (0,56-3,36)	0,4898		
Efficacité de la buprénorphine comparée à la méthadone dans le traitement de l'addiction aux opioïdes : Je ne sais pas vs Buprénorphine moins efficace	0,67 (0,30-1,53)	0,3428		
Risque de surdose liée à l'emploi de la buprénorphine comparée à la méthadone : Buprénorphine associée au même risque/risque plus élevé vs Buprénorphine associée à un moindre risque	0,57 (0,25-1,33)	0,1965		
Risque de surdose liée à l'emploi de la buprénorphine comparée à la méthadone : Je ne sais pas vs Buprénorphine associée à un moindre risque	0,40 (0,19-0,85)	0,0177		

ii. Modèle initiation d'un traitement par buprénorphine

Les résultats du modèle de régression logistique sont présentés dans le *Tableau 5*. Ce modèle évalue quelles variables sont associées avec le fait d'être un médecin qui initie de la buprénorphine (MG ayant répondu avoir initié de la buprénorphine au cours des deux dernières années). Les deux variables significatives en multivarié (p < 0.05) étaient la formation en addictologie et le genre. Le fait d'avoir une formation en addictologie était fortement associé au fait d'être initiateur d'un traitement par buprénorphine (OR 4,66 ; IC (2,15-10,08) ; p value < 0.0001). Le genre féminin était associé au fait de ne pas initier de la buprénorphine (OR 0,46 ; IC (0,22-0,98) ; p = 0.0455).

Tableau 5 : Modèle multivarié « initiation d'un traitement par buprénorphine »

Initiation d'un traitement par buprénorphine						
1	Modèle univ	Modèle univarié Mo		varié		
	Odds ratios (IC 95%)	valeur de p	Odds ratios (IC 95%)	valeur de p		
Âge : > 40 ans vs <= 40 ans	1,57 (0,78-3,18)	0,2068				
Genre : Féminin vs Masculin	0,41 (0,20-0,85)	0,0165	0,46 (0,22-0,98)	0,0455		
Type de cabinet : Groupe vs Individuel	0,58 (0,30-1,15)	0,1214				
Formation en addictologie : Oui vs Non	5,07 (2,37-10,85)	<0,0001	4,66 (2,15-10,08)	<0,0001		
Appartenance à un réseau d'addictologie : Oui vs Non	4,59 (2,04-10,29)	0,0002				
Risque de surdose liée à l'emploi de la buprénorphine comparée à la méthadone : Buprénorphine associée au même risque/risque plus élevé vs Buprénorphine associée à un moindre risque	0,74 (0,34-1,60)	0,4447				
Risque de surdose liée à l'emploi de la buprénorphine comparée à la méthadone : Je ne sais pas vs Buprénorphine associée à un moindre risque	0,34 (0,15-0,76)	0,0087				

d) Analyses complémentaires

Les distributions d'âge des MG selon le genre et leur statut vis-à-vis de l'initiation et de l'initiation et/ou le renouvellement de buprénorphine sont présentées en *Annexe 4*. Chez les femmes, celles de plus de 50 ans sont moins nombreuses à initier et initier et/ou renouveler que celles de moins de 50 ans.

2. Questionnaire 2 – « Initiation »

Les résultats concernant la dernière situation d'initiation de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années sont présentés dans le *Tableau 6*. Le nombre de réponses au questionnaire « Initiation » était de 41, soit 17,3% des médecins répondeurs.

Parmi les 47 médecins qui avaient déclaré avoir réalisé une initiation de prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années dans le premier questionnaire, 6 n'ont finalement pas répondu questionnaire « Initiation ».

Le (la) patient(e) vu(e) en consultation faisait partie de la patientèle du médecin dans 26 (63,4%) cas. L'initiation du traitement par buprénorphine était une demande du (de la) patient(e) dans 26 (63,4%) cas et une proposition du médecin dans 15 (36,6%) cas. Lorsqu'il s'agissait d'une demande du (de la) patient(e), 19 (73,1%) d'entre eux (elles) avaient d'emblée une préférence pour la buprénorphine. Concernant la manière dont les MG jugeaient leur rôle de soignant, 36 (87,8%) déclaraient faire un suivi général de l'état de santé du (de la) patient(e), 32 (78,1%) un accompagnement bio-psycho-social, 34 (82,9%) avoir un rôle de réduction des risques liés à l'usage d'opioïdes et 27 (65,9%) avoir un rôle de prescription de médicaments. À la question leur demandant s'ils pensaient qu'une relation de confiance avait été tissée à l'issue de cette consultation (et des précédentes s'il y en avait eu), 13 (31,7%) médecins ont répondu « complètement oui » et 27 (65,9%) « plutôt oui ».

Tableau 6 : Données concernant la dernière situation d'initiation de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années

	1000	70
	N=41	**
Période à laquelle a eu lieu la consultation		
< 1 mois	4	9,8
1 - 6 mois	9	22,0
7 - 12 mois	9	22,0
> 12 mois	19	46,3
Caractéristiques du (de la) patientie)		
Genre		
Féminin	11	26,8
Masculin	29	70,7
Non binaire	1	2,4
Âge (années)		
< 20	2	4,9
20 - 39	26	63,4
40 - 59	11	26,8
60 - 74	2	4,9
> 75	0	0,0
Appartenance antérieure à la patientéle du médecin	25	
Oui	26	63,4
Dont médecin traitant Non	25 15	61,0 36,6
NOTI	15	30,0
Fréquence habituelle de venue en consultation parmi les "Oui" :	N = 26	
≥ 1 fois/ mois	4	15,4
> 3 fois/an-< 1 fois/ mois	9	34,6
1 - 3 fois/an	10	38,5
< 1 fois/an	3	11,5
Madalitá da prisa da contrat quas la mádacia interragá parmi las "Nap",	N = 15	
Modalité de prise de contact avec le médecin interrogé parmi les "Non":	N = 15 10	66.7
De son propre chef		66,7
Adressé(e) par un CSAPA ou autre médecin suite à un contact formalisé	3	20,0
Adressé(e) par un CSAPA ou autre médecin sans prise de contact formalisée	2	13,3
Opioïde sur lequel portaït l'addiction du (de la) patient(e)	N = 41	
Opioïde illicite (héroïne, opium)	32	78,1
Médicament opioïde	9	22,0
Méthadone, buprénorphine, ou buprénorphine-naloxone	4	9,8
Ne sait pas	0	0,0
Statut naïfou non vis-à-vis de la prise de MSO		
Oui	18	43,9
Non	20	48,8
Ne sait pas	3	7,3
MSO consommés par le passé parmi les "Non" :	N = 20	
Buprénorphine	19	95,0
Méthadone	6	30,0
Buprénorphine - naloxone	1	5,0
Sulfate de morphine	0	0,0
Autre	2	10,0
Ne sait pas	1	5,0

Tableau 6 (Suite) : Données concernant la dernière situation d'initiation de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années

Données relatives à l'initiation de prescription de burprénorphine	N = 41	
Personne à l'initiative de l'initiation		
Demande du (de la) patient(e)	26	63,4
Proposition du médecin	15	36,6
Préférence exprimée si "Demande du (de la) patient(e)" :	N = 26	
Méthadone	1	3,9
Buprénorphine	19	73,1
Buprénorphine-naloxone	0	0,0
Aucune	5	19,2
Ne sait pas	1	3,9
Point de vue du(de la) patient(e) si "Proposition du médecin" :	N = 15	
Très réticent(e)	0	0,0
Plutôt réticent(e)	3	20,0
Plutôt en faveur	10	66,7
Très en faveur	2	13,3
Ne sait pas	0	0,0
Posologie prescrite (en mg par jour)		
Médiane (Q1 ; Q3)	6 (4;8)	
Etendue	0,8 - 16	
Durée prescrite (en jours)		
Médiane (Q1 ; Q3)	7 (7 ; 14)	
Etendue	3 - 28	
Demande d'avis spécialisé auprès de CSAPA ou de centre spécialisé dans les addictions	N = 41	
Oui	6	14,6
Non	35	85,4
Prise de contact avec la pharmacie mentionnée sur l'ordonnance		
Oui	20	48,8
Non	21	51,2
Auto-évaluation du rôle de soignant par rapport à ce(tte) patient(e)		
Suivi général de l'état de santé du (de la) patient(e)	36	87,8
Accompagnement bio-psycho-social	32	78,1
Rôle de réduction des risques liés à l'usage d'opioïdes	34	82,9
Rôle de prescription de médicaments	27	65,9
Autre	2	4,9
Tissage d'une relation de confiance lors de cette consultation		
Complètement oui	13	31,7
Plutôt oui	27	65,9
Plutôt non	0	0,0
Complètement non	0	0,0
Ne sait pas	1	2,4
Patient(e) revu(e) en consultation ultérieurement pour suivi et renouvellement du traitement par buprénorphine		
Oui	34	82,9
Non	7	17,1

3. Questionnaire 3 – « Renouvellement »

Les résultats concernant la dernière situation de renouvellement de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années sont présentés dans le *Tableau 7*. Le nombre de réponses au questionnaire « Renouvellement » était de 156, soit 65,8% des médecins répondeurs.

Parmi les 177 médecins qui avaient déclaré avoir réalisé un renouvellement de prescription de buprénorphine au cours des deux dernières années dans le premier questionnaire, 21 n'ont finalement pas répondu questionnaire « Renouvellement ». Parmi les 37 médecins ayant également répondu au questionnaire « Initiation », il s'agissait du même patient pour 10 d'entre eux.

Le (la) patient(e) vu(e) en consultation faisait partie de la patientèle du médecin dans 134 (85,9%) cas. L'initiation de traitement par buprénorphine avait été réalisée antérieurement par 20 (14,9%) d'entre eux. Parmi les 114 qui ont déclaré ne pas avoir réalisé l'initiation, 21 (18,4%) avaient adressé le(la) patient(e) à un CSAPA ou un centre spécialisé dans les addictions pour réaliser cette initiation. Parmi ces 21 médecins, les causes de cet adressage étaient qu'ils considéraient ne pas avoir les compétences suffisantes pour le faire pour 8 (38,1%) d'entre eux, 8 (38,1%) craignaient que l'initiation ne soit pas assez bien encadrée, 14 (66,7%) considéraient que la pluridisciplinarité était nécessaire pour l'initiation. Concernant la manière dont ils jugeaient leur rôle de soignant, 138 (88,5%) déclaraient faire un suivi général de l'état de santé du (de la) patient(e), 100 (64,1%) un accompagnement bio-psycho-social, 81 (51,92%) avoir un rôle de réduction des risques liés à l'usage d'opioïdes et 103 (66,0%) avoir un rôle de prescription de médicaments. À la question leur demandant s'ils pensaient qu'une relation de confiance avait été tissée à l'issue de cette consultation (et des précédentes s'il y en avait eu), 72 (46,2%) médecins ont répondu « complètement oui », 70 (44,9%) « plutôt oui ».

Tableau 7 : Données concernant la dernière situation de renouvellement de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années

	N = 156	(96)
Période à laquelle a eu lieu la consultation		
< 1 mois	107	68,6
1 - 6 mois	25	16,0
7 - 12 mois	9	5,8
> 12 mois	15	9,6
Caractéristiques du (de la) patient(e)		
Patient(e) identique à celui (celle) du questionnaire "Initiation" 1	14=37	
Oui	10	27,0
Non	22	59,5
n/a²	5	13,5
Genre	N = 156	
Féminin	48	30,8
Masculin	107	68,6
Non binaire	1	0,6
Âge (années)		
< 20	0	0,0
20-39	74	47,4
40 - 59	76	48,7
60 - 74	6	3,9
>75	0	0,0
Appartenance antérieure à la patientèle du médecin		
Oui	134	85,9
Dont médecin traitant	121	77,6
Non	22	14,1
Modalité de prise de contact avec le médecin interrogé parmi les "Non" :	N = 22	
De son propre chef	19	86,4
Adressé par un CSAPA ou autre médecin suite à un contact formalisé	2	9,1
Adressé par un CSAPA ou autre médecin sans prise de contact formalisée	1	4,5
Opioïde sur lequel portait addiction du (de la) patient(e)	N = 156	
Opioïde illicite (héroïne, opium)	129	82,7
Médicament opioïde	20	12,8
Méthadone, buprénorphine, ou buprénorphine-naloxone	7	4,5
Ne sait pas	8	5,1
Suivi conjoint dans le cadre de son addiction		
En CSAPA ou centre spécialisé dans les addictions	38	24,4
Par un(e) psychiatre	13	8,3
Par un(e) psychologue	4	2,6
Par un(e) travailleur(euse) social	8	5,1
Autre	5	3,2
Pas de suivi conjoint	93	59,6
Ne sait pas	5	3,2

Tableau 7 (Suite) : Données concernant la dernière situation de renouvellement de traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années

Initiation de buprénorphine réalisée antérieurement par le même médecin	N=134	
Oui	20	14,9
Non	114	85,1
Adressage à un CSAPA ou centre spécialisé dans les addictions pour réaliser l'initiation parmi les "Non" :	N = 114	
Non	93	81,6
Oui	21	18,4
Causes de l'adressage pour initiation :	N = 21	
Compétences insuffisantes pour gérer une initiation	8	38,1
Crainte d'un surdosage	0	0,0
Crainte d'un sous dosage	1	4,8
Crainte que l'initiation ne soit pas assez bien encadrée	8	38,1
Pluridisciplinarité nécessaire lors d'une initiation	14	66,7
Autre	4	19,0
Auto-évaluation du rôle de soignant par rapport à ce(tte) patient(e)	N = 156	
Suivi général de l'état de santé du (de la) patient(e)	138	88,5
Accompagnement bio-psycho-social	100	64,1
Rôle de réduction des risques liés à l'usage d'opioïdes	81	51,9
Rôle de prescription de médicaments	103	66,0
Autre	6	3,9
Tissage d'une relation de confiance lors de cette consultation		
Complètement oui	72	46,2
Plutôt oui	70	44,9
Plutôt non	6	3,9
Complètement non	3	1,9
Ne sait pas	5	3,2

 $^{{}^{1}\!}concerne \ les \ m\'edecins \ ayant \ r\'epondu \ \grave{a} \ la \ fois \ aux \ questionnaires \ "Initiation" \ et \ "Renouvellement"$

²non répondu

IV. DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats

a) Les freins à la prescription de buprénorphine

Nos résultats montrent que les MG libéraux ont un point de vue plutôt favorable de la buprénorphine, en particulier concernant son efficacité dans le traitement des TUO illicites ainsi que sa participation à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Nous n'avons pas mis en évidence de freins à la prescription de buprénorphine liés à l'opinion qu'en ont les médecins. Cependant, malgré des opinions majoritairement positives, il existe une diminution d'implication des MG dans la prescription de ce MSO que nous avons donc cherché à expliquer en comparant les médecins prescripteurs et non prescripteurs. Le principal frein à la prescription de buprénorphine que nous avons retrouvé chez les initiateurs et/ou renouveleurs est le genre féminin. Néanmoins, ce résultat est à nuancer par un possible effet de génération comme suggéré par les données de distribution des MG en fonction de l'âge et du genre. En effet, il semblerait que les femmes de plus de 50 ans prescrivent moins de buprénorphine que celles des plus jeunes générations qui pourraient donc être plus impliquées dans la prescription de buprénorphine. Des analyses complémentaires vont être effectuées afin d'expliquer ces résultats. Il est cependant intéressant de noter que le Baromètre Santé Médecins Généraliste de 2009 (44) avait décrit que le suivi des patients ayant un TUO était majoritairement réalisé par des hommes, et qu'il y avait plus de femmes à adresser leurs patients usagers de drogues illicites à des structures spécialisées ou à d'autres médecins.

Concernant l'initiation de buprénorphine, il apparait de manière très significative que le principal frein est le fait de ne pas avoir eu de formation en addictologie. Dans notre étude, avoir été formé en addictologie est fortement associé avec le fait d'être initiateur de buprénorphine. Nous pouvons supposer que les MG sans formation spécifique en addictologie préfèrent adresser leurs patients ayant un TUO à des structures spécialisées ou à un autre confrère pour les initiations, tandis que ceux qui sont formés sont plus à l'aise pour gérer ces situations seuls. À noter que parmi les initiateurs formés en addictologie, le dernier type de formation qui avait été suivi était une Formation Médicale Continue (FMC) en premier lieu : il est possible que les médecins qui étaient initialement impliqués en addictologie soient ceux qui aient par la suite décidé de se former plus spécifiquement dans ce domaine. Peut-être étaient-ils déjà initiateurs avant de faire la FMC, ou peut-être est-ce cette formation qui leur a

permis de le devenir. Ces résultats laissent penser que l'implication des médecins en addictologie ne dépend pas que de la formation initiale et que la formation continue a un rôle non négligeable. Également, les 4 médecins dont la dernière formation était une capacité d'addictologie font partie des initiateurs. Néanmoins, l'antécédent ou non de formation en addictologie ne parait pas influer sur les situations de renouvellements de buprénorphine qui poseraient donc moins de difficultés aux MG non formés. Le second frein à l'initiation que nous avons retrouvé est le genre féminin, mais il existerait un effet générationnel plus marqué chez les femmes, des analyses complémentaires vont être réalisées afin d'expliquer ces résultats.

Concernant les dernières situations de renouvellement de buprénorphine, les patient(e)s faisaient déjà partie de la patientèle du médecin dans la grande majorité des cas. Peu de médecins avaient réalisé l'initiation de buprénorphine antérieurement chez ces patients, et parmi ceux qui avaient choisi d'orienter leur patient(e) vers un CSAPA ou autre centre spécialisé dans les addictions pour le faire, les raisons les plus fréquentes à cela étaient la nécessité de pluridisciplinarité, la crainte que l'initiation ne soit pas assez bien encadrée et les compétences insuffisantes pour gérer une initiation. La crainte d'un sous dosage et a fortiori d'un surdosage ne paraissent pas être des éléments freinant les initiations de prescription de buprénorphine. Le développement actuel du travail en coordination interprofessionnelle via les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pourrait permettre de palier à ces besoins de multidisciplinarité parfois complexes à mettre en place en médecine de ville. L'exercice en MSP qui connait un essor récent permet une pluriprofessionnalité qui peut s'avérer fort utile dans le soin des TUO (60). Les jeunes MG ayant tendance à se tourner davantage vers l'exercice de groupe pourraient être intéressés par cette manière d'exercer (61).

Notons que l'expérimentation des microstructures médicales addiction est également une solution de travail interprofessionnel coordonné par le médecin généraliste qui peut répondre à ce besoin. La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) a en effet défini comme une priorité le renforcement de l'implication des professionnels de premier recours dans son *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022* et prévoit d'augmenter le nombre de microstructures sur le territoire (62). Ces microstructures sont régies par des conventions passées entre médecins exerçant en soins primaires et structures médico-sociales, telles que les CSAPA, et ont pour objectif de faciliter la pluriprofessionnalité pour la prise en charge des addictions en permettant à un(e)

psychologue et à un(e) travailleur(euse) social(e) d'intervenir sur le lieu d'exercice du MG. Cela demande une implication forte du MG et peut s'organiser tout aussi bien en cabinet médical qu'en MSP (63).

Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de freins liés à l'opinion sur les patients ayant un TUO. En effet, l'absence de tissage d'une relation de confiance médecin-patient était rare parmi les dernières situations de renouvellement, ceci étant encore plus marqué parmi celles d'initiation (où aucun médecin n'a déclaré ne complètement pas ou plutôt pas avoir tissé de relation de confiance), ce qui traduit de bonnes relations médecins-patients chez les médecins prescripteurs. Ces résultats sont plutôt rassurants car la relation de confiance médecin-patient est fondamentale dans les prises en charge addictologiques qui sont souvent longues et complexes. Cela nécessiterait d'être également exploré chez les non prescripteurs mais ces représentations étant difficiles à interroger dans un questionnaire, l'étude qualitative faisant suite à notre enquête permettra d'aller explorer cela plus en détail.

b) Les pratiques des MG concernant la prescription de buprénorphine

Une majorité de MG interrogés qui suivent un ou des patient(s) ayant un TUO avaient prescrit au moins un renouvellement de buprénorphine au cours des deux dernières années puisqu'ils étaient 177 sur un total de 206 médecins, soit 85,92% d'entre eux. Nos chiffres sont donc un peu plus élevés que ceux du *Baromètre Santé Médecins Généralistes* de 2009 (44) où parmi les MG qui voyaient au moins une personne dépendante aux opiacés par mois en 2009, 87,2% prescrivaient des MSO avec une part de 76,9% pour la buprénorphine. Concernant les MG ayant réalisé au moins une initiation au cours des deux dernières années, nous retrouvons également des chiffres plus élevés que ceux décrits par *Dupouy et al.* en 2015 (56). Ces différences de résultats s'expliquent peut-être par le fait que nous avons demandé aux MG d'évaluer leurs prescriptions de buprénorphine au cours des deux dernières années et que nous n'avons pas pris en compte dans nos calculs les MG qui n'avaient pas de patients ayant un TUO dans leur file active.

Les dernières situations d'initiations étaient majoritairement faites suite à une demande venant du (de la) patient(e), chez qui la buprénorphine parait jouir d'une opinion favorable puisque dans 19 cas sur 26 il s'agissait du médicament pour lequel les patient(e)s avaient une préférence. On remarque une certaine hétérogénéité des pratiques au moment de l'initiation de

buprénorphine en médecine de ville avec des posologies prescrites variant de 0,8 à 16 mg et des durées de prescription allant de 3 à 28 jours, mais avec des valeurs médianes respectivement de 6 mg et de 7 jours correspondant globalement aux recommandations de l'AFSSAPS en 2011 (37). On notera aussi que la prise de contact avec la pharmacie choisie au moment de l'initiation, également recommandée par l'AFSSAPS en 2011 (37), ne fait pas tout à fait l'unanimité puisque moins de la moitié des médecins qui ont répondu au questionnaire « Initiation » ont déclaré l'avoir fait lors de leur dernière situation d'initiation.

Qu'il s'agisse des dernières situations d'initiation ou de renouvellement, les MG interrogés étaient globalement d'accord sur la manière dont ils jugeaient leur rôle de soignant vis-à-vis de leurs patient(e)s : le suivi global de l'état de santé en premier lieu, l'accompagnement bio-psycho social, la réduction des risques liés à l'usage d'opioïdes, le rôle de prescripteur. Cependant, on note une plus grande proportion de médecins considérant avoir un rôle de réduction des risques chez ceux ayant répondu au questionnaire « Initiation » (82,9%) comparativement à ceux ayant répondu au questionnaire « Renouvellement » (51,9%). Il en est de même pour le rôle d'accompagnement bio-psycho-social (respectivement 78,1% et 64,1%). Ces différences sont intéressantes car elles pourraient traduire une sensibilisation à la réduction des risques et à la prise en charge psychologique et sociale plus importante chez les médecins initiateurs.

2. Forces et limites de l'étude

a) Forces

La première force de notre étude est son originalité. En effet, à notre connaissance, elle est la première à étudier les freins ainsi que les pratiques des MG dans la prescription de buprénorphine en particulier après constat d'une diminution d'implication des MG dans ce domaine. Également, la construction de notre étude en plusieurs questionnaires dont deux centrés sur des situations cliniques authentiques participe à son originalité.

De plus, notre enquête permet d'avoir une base préliminaire sur laquelle une étude qualitative lui faisant suite va pouvoir s'appuyer afin d'aller explorer plus en détail nos résultats.

Enfin, nous avons atteint 68% de l'objectif que nous avions fixé de 350 médecins répondeurs.

b) Limites

La première limite est le taux de réponse que nous avons obtenu (34%), avec un total de 237 médecins répondeurs, ce qui a limité les possibilités d'analyses multivariées pour cause de manque d'effectif. Le manque de significativité de nos résultats pourrait également être lié à un manque de puissance de notre étude.

Par ailleurs, il existe un biais de sélection dans notre étude qui est présent à deux niveaux. Premièrement, malgré l'absence de sélection sur leurs compétences en addictologie, les médecins répondants appartiennent tous au réseau Sentinelles et pourraient donc avoir des habitudes de prescription différentes des autres MG français. Deuxièmement, le sujet de l'étude traitant explicitement d'un sujet d'addictologie, il y a potentiellement eu une sélection des répondants sur l'intérêt qu'ils portent ou non à cette question.

Il existe également un biais de mémorisation, en particulier pour les questions faisant appel à la mémoire des médecins concernant leur dernière situation d'initiation ou de renouvellement de buprénorphine. Les informations contenues dans les dossiers patients ont pu pallier à cette problématique pour les médecins qui se sont aidés de leurs logiciels médicaux pour répondre aux questions.

D'autre part, nous avons des données manquantes dans le premier questionnaire qui peuvent s'expliquer par sa longueur mais également le degré de précision demandé pour certaines questions qui ont pu décourager des médecins répondeurs.

Enfin, le type d'étude quantitatif par questionnaire limite les possibilités de réponses des médecins répondants et ne permet pas d'aller les explorer en détails. C'est pourquoi cette enquête est le premier maillon d'une recherche mixte séquentielle et sera poursuivie à l'aide d'une étude qualitative.

3. Perspectives de recherche

Les résultats de notre enquête ouvrent la voie à d'autres études qui aideraient à mieux comprendre les freins à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine. Un effectif de médecins répondeurs plus élevé pourrait permettre d'avoir une meilleure puissance pour éventuellement mettre en évidence des freins que nous n'avons pas retrouvés, en particulier à propos des opinions sur la buprénorphine.

Cette enquête constitue le premier volet d'un projet de recherche mixte et sera complétée par une étude qualitative basée sur des entretiens auprès de MG, différents de ceux interrogés lors de cette étude. Les représentations qu'ont les MG de la buprénorphine et des patients ayant un TUO pourront être interrogées. Cela permettra d'analyser plus en détail les freins et les motivations à prescrire de la buprénorphine par les MG en soins premiers et d'avoir une compréhension profonde du changement d'implication des MG dans ce domaine. Nous espérons que les résultats combinés des deux enquêtes permettront de modéliser une intervention visant à renforcer l'implication des MG dans le soin des patients ayant un TUO afin d'avoir un impact directement utile à la pratique médicale en soins premiers.

V. CONCLUSION

Le modèle français a fait ses preuves pour le soin des TUO en permettant d'importants bénéfices en termes de morbi-mortalité et en facilitant l'accès aux MSO, en particulier la buprénorphine, accessibles directement par le biais du médecin généraliste. Les MG exerçant en soins primaires sont en première ligne pour repérer précocement les addictions et les soigner, d'où l'importance de leur rôle dans le soin des TUO. C'est pourquoi, face au constat d'une diminution d'implication des MG dans le soin des TUO, nous avons cherché à en comprendre les raisons afin de pouvoir agir pour préserver ce modèle.

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

De plus, nos résultats montrent que la formation en addictologie joue un rôle dans le fait d'être initiateur de traitement par buprénorphine. Etudier quelles modalités de formation peuvent avoir le plus d'impact serait intéressant. Par ailleurs, le genre féminin que nous avons retrouvé associé au fait de ne pas être prescripteur de buprénorphine, qu'il s'agisse de renouvellements ou d'initiations, est à interpréter en fonction d'un possible effet générationnel faisant l'objet d'analyses complémentaires.

Touloux, le 31/8/2021

Vu permis d'imprimer Le Doyen de la Faculté de Medecine Purpan D.CARRIE Vu, le Président du Jury Pr. Stéphane OUSTRIC

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. American Psychiatric Association. DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2016.
- 2. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, et al. Opioid use disorder. Nat Rev Dis Primer. 9 janv 2020;6(1):3.
- 3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519702/
- 4. Collège National de Pharmacologie médicale. Opiacées : Les points essentiels [Internet]. Pharmacomédicale.org. 2017 [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/opiacees-les-points-essentiels
- 5. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrara A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Psychiatry. déc 2018;5(12):987-1012.
- 6. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2021 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union.; 2021.
- 7. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2019 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
- 8. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2020 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union.; 2020.
- 9. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL, et al. Global patterns of opioid use and dependence: Population harms, interventions, and future action. Lancet Lond Engl. 26 oct 2019;394(10208):1560-79.
- 10. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medecines [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_am ended JUN2015.pdf?ua=1
- 11. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Buprenorphine (final decision) [Internet]. 2006. Disponible sur: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6.2Buprenorphine.pdf

- 12. Mattick R, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [cité 29 mai 2021];(2). Disponible sur: /CD002207/ADDICTN_buprenorphine-maintenance-versus-placebo-or-methadone-maintenance-for-opioid-dependence
- 13. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2009;(3):CD002209.
- 14. Degenhardt L, Randall D, Hall W, Law M, Butler T, Burns L. Mortality among clients of a state-wide opioid pharmacotherapy program over 20 years: Risk factors and lives saved. Drug Alcohol Depend. 1 nov 2009;105(1):9-15.
- 15. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Addict Abingdon Engl. janv 2011;106(1):32-51.
- 16. 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
- 17. Lavignasse P, Lowenstein W, Batel P, Constant M-V, Jourdain J-J, Kopp P, et al. Retombées économiques et sociales du traitement de substitution par buprénorphine haut dosage Résultats à 6 mois. Ann Médecine Interne. mai 2002;(Vol.153, Suppl. au n°3):1S20-6.
- 18. De Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. Comparaison entre 4 réseaux de soins du suivi de patients pharmaco-dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage. Ann Médecine Interne. oct 2000;(Vol.151, Suppl. B):B9-15.
- 19. Gastberger S, Baumgartner MR, Soyka M, Quednow BB, Hulka LM, Herdener M, et al. Concomitant Heroin and Cocaine Use among Opioid-Dependent Patients during Methadone, Buprenorphine or Morphine Opioid Agonist Therapy. Eur Addict Res. 2019;25(4):207-12.
- 20. Brisacier A-C, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés : données récentes. Tendances n°94. [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2014 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-traitements-de-substitution-aux-opiaces-donnees-recentes-tendances-94-octobre-2014/
- 21. Auriacombe M, Franques P, Tignol J. Deaths Attributable to Methadone vs Buprenorphine in France. JAMA. 3 janv 2001;285(1):45-45.
- 22. Bell JR, Butler B, Lawrance A, Batey R, Salmelainen P. Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. Drug Alcohol Depend. 1 sept 2009;104(1-2):73-7.

- 23. CEIPA-A Grenoble. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances 2019 [Internet]. Addictovigilance. 2019. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/
- 24. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ. 26 avr 2017;357:j1550.
- 25. OPPIDUM. Résultats OPPIDUM 2019 [Internet]. Addictovigilance.fr. 2019 [cité 20 août 2021]. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/oppidum/
- 26. Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède J-P, Tignol J. French field experience with buprenorphine. Am J Addict. 2004;13 Suppl 1:S17-28.
- 27. Moratti E, Kashanpour H, Lombardelli T, Maisto M. Intravenous misuse of buprenorphine: characteristics and extent among patients undergoing drug maintenance therapy. Clin Drug Investig. 2010;30 Suppl 1:3-11.
- 28. Lugoboni F, Zamboni L, Cibin M, Tamburin S, Gruppo InterSERT di Collaborazione Scientifica (GICS). Intravenous Misuse of Methadone, Buprenorphine and Buprenorphine-Naloxone in Patients Under Opioid Maintenance Treatment: A Cross-Sectional Multicentre Study. Eur Addict Res. 2019;25(1):10-9.
- 29. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioides » : Mise à jour 2020 [Internet]. OFDT. 2020. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf
- 30. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. Curr Psychiatry Rep. oct 2007;9(5):358-64.
- 31. Thirion X, Lapierre V, Micallef J, Ronflé E, Masut A, Pradel V, et al. Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. Drug Alcohol Depend. 1 janv 2002;65(2):197-204.
- 32. Feroni I, Peretti-Watel P, Masut A, Coudert C, Paraponaris A, Obadia Y. French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: Is the existing training (good) enough? Addict Behav. 1 janv 2005;30(1):187-91.
- 33. Haute Autorité de Santé. Bon usage des antalgiques opioides. Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioides [Internet]. HAS. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-antalgiques-opioides-prevention-et-prise-en-charge-du-mesusage-et-des-surdoses-d-opioides-note-de-cadrage
- 34. Dupouy J, Bismuth S, Oustric S, Lapeyre-Mestre M. On-Site Drugs of Abuse Urinary Screening Tests for the Management of Opiate-Addicted Patients: A Survey among French General Practitioners. Eur Addict Res. 2012;18(4):175-83.
- 35. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Règlementation relative à l'addictovigilance [Internet]. ANSM. 2021 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/documents/reference/reglementation-relative-aux-differentes-vigilances/reglementation-relative-a-laddictovigilance

- 36. URPS Pharmaciens Pays de la Loire. Réglementation et délivrance des médicaments Stupéfiants et spécialités apparentées [Internet]. URPS Pharmaciens Pays de la Loire. 2018 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/fiche-2_stupefiant_150219_temp.pdf
- 37. Afssaps. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/11/Miseaupoint_Buprenorphine_complete.pdf
- 38. Ordres Nationaux des Médecins et des Pharmaciens. Prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2017 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/traitements-substitution-opiaces
- 39. Victorian Opioid Pharmacotherapy Program. Buprenorphine prescribing guidelines [Internet]. health.vic. Department of Health & Human Services; [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: https://www2.health.vic.gov.au:443/public-health/drugs-and-poisons/pharmacotherapy/buprenorphine-prescribing-guidelines
- 40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Buprenorphine [Internet]. SAMHSA. 2021 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/medications-counseling-related-conditions/buprenorphine
- 41. Health and Human Services Department. Practice Guidelines for the Administration of Buprenorphine for Treating Opioid Use Disorder [Internet]. Federal Register. 2021 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.federalregister.gov/documents/2021/04/28/2021-08961/practice-guidelines-for-the-administration-of-buprenorphine-for-treating-opioid-use-disorder
- 42. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Statistical Bulletin 2020 health and social responses [Internet]. EMCDDA. 2020 [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/hsr
- 43. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. 2010 Annual report: the state of the drugs problem in Europe [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2010 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/opioids/5
- 44. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
- 45. Dupouy J. Actualités dans la prise en charge du trouble de l'usage des opiacés en médecine générale. Courr Addict. sept 2018;20(3).
- 46. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évolution de la consommation de buprénophine haut dosage et de méthadone depuis 1995 [Internet]. OFDT. 2018 [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/quantites-de-buprenophine-haut-dosage-et-de-methadone-consommees/

- 47. Brisacier A-C. Tableau de bord TSO 2017 [Internet]. OFDT. 2017 [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/
- 48. Brisacier A-C. Tableau de bord TSO 2015 [Internet]. OFDT. 2011 [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/
- 49. Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. Br J Clin Pharmacol. juin 2018;84(6):1324-34.
- 50. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription des antalgiques opioïdes en France entre 2004 et 2017 : évolution et impact en termes de morbi-mortalité. Eur J Pain. janv 2019;23(1):124-34.
- 51. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. ANSM. 2019 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france
- 52. Palmaro A, Lapeyre-Mestre M. Trends in opioid analgesics use in Europe: a ten-year perspective. Clin Ther. 1 août 2015;37(8):e4.
- 53. CEIPA-A Grenoble. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances 2018 [Internet]. Addictovigilance. 2018 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/
- 54. Bertin C, Chouki C, Authier N. Connaître les risques de mésusage pour une juste prescription des antalgiques opioïdes. Alcoologie Addictologie. 30 sept 2019;41(3):227-31.
- 55. Groupe Santé Addictions. Transformer la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes [Internet]. SOS ADDICTIONS. 2018 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/communique-groupe-sante-addictions-transformer-prise-charge-patients-dependants-aux-opioides
- 56. Dupouy J, Maumus-Robert S, Mansiaux Y, Pariente A, Lapeyre-Mestre M. Primary Care of Opioid use Disorder: The End of « the French Model »? Eur Addict Res. 2020;26(6):346-54.
- 57. Réseau Sentinelles. Bilan d'activité 2020 [Internet]. Sentiweb. 2021 [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=bilan
- 58. Souty C, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Le Strat Y, Boëlle P-Y. Improving disease incidence estimates in primary care surveillance systems. Popul Health Metr. 2014;12:19.
- 59. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1e Janvier 2021 [Internet]. CNOM. 2021 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale

- 60. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Internet]. Sénat. 2017 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68613.html
- 61. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/exercer-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-un-effet-positif
- 62. MILDECA. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. drogues.gouv. 2019 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/lamildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022
- 63. Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie. Les MicroStructures Médicales Addictions (MSMA) [Internet]. 2PAO. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: https://2pao.fr/acteurs-du-reseau-addiction/les-microstructures-medicales-addictions-msma/

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire 1 « Données générales »

Etude sur l'utilisation de la buprénorphine en médecine générale

Cette étude constitue la base d'un projet de thèse intitulé « Comprendre l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine en soins premiers, vingt-cinq ans après sa mise sur le marché », réalisé par une interne de médecine générale de l'Université de Toulouse. Elle s'intègre également à un projet plus large financé par l'IReSP (Institut de Recherche en Santé Publique) sur l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioîdes.

'étude proposée ici es	composée de 3 o	questionnaires :
------------------------	-----------------	------------------

- Un premier, ci-dessous, sur votre formation, votre perception et votre usage de la buprénorphine ;
- Un second (sur une autre page), à remplir seulement pour ceux qui auraient initié un traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années;
- Un troisième (également sur une autre page), à remplir seulement pour ceux qui auraient renouvelé un traitement par buprénorphine au cours des deux dernières années.

Les questions concernant la prise en charge portent sur les patients que vous avez suivis en cabinet de médecine générale. Les patients que vous auriez pu suivre dans un autre cadre (hôpital, centre spécialisé, gardes d'urgence...) ne sont pas concernés.

Le temps estimé pour répondre à chacun des questionnaires est d'environ 10 minutes. Chaque questionnaire est indemnisé à hauteur de 50 euros.

Les analyses seront réalisées sur une base de données pseudo-anonymisée, respectant le RGPD. Il ne sera pas possible de lier votre nom avec vos réponses.

Voici quelques précisions sur les termes utilisés dans les questionnaires :

- Sont définis comme opioïdes: les substances illicites telles que l'héroïne et l'opium, ainsi que les médicaments tels que la morphine, le tramadol, l'oxycodone, la codéine, le fentanyl;
- La mention de la buprénorphine dans les questions et les propositions fait référence à la buprénorphine seule (Subutex®, Orobupré® ou générique), non associée à la naloxone. Si on souhaite parler de l'association buprénorphine-naloxone (Suboxone®), cela sera précisé dans l'énoncé;
- Le terme CSAPA fait référence aux "Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie".

Pour toute question, vous pouvez nous contacter à l'adresse rs-buprenorphine@iplesp.upmc.fr ou par téléphone au 01 44 73 84 35.

Avez-vous une formation complémentaire en addictologie ?	Oui O Non	
Quelle est la dernière formation que vous avez faite ?	ODU ou DIU Capacité FMC Autre	

Merci de préciser quel type de formation :	
A quand remonte cette formation ?	O Moins de 2 ans Entre 2 et 10 ans Entre 11 et 20 ans
	O II y a plus de 20 ans
Faites-vous partie d'un réseau d'addictologie ?	O Oui O Non
De manière générale, quelle opinion avez-vous de la buprénorphine ?	 ○ Très positive ○ Plutôt positive ○ Plutôt négative ○ Très négative ○ Ne se prononce pas
Dans le cadre du traitement de l'addiction à un opioïde illicite (héroïne, opium), pensez-vous que la buprénorphine soit un médicament efficace ?	Complètement oui Plutôt oui Plutôt non Complètement non Je ne sais pas
Dans le cadre du traitement de l'addiction à un médicament opioïde (comme par exemple la morphine, le tramadol, l'oxycodone, le fentanyl, ou la codéine) pensez-vous que la buprénorphine soit un médicament efficace ?	Complètement oui Plutôt oui Plutôt non Complètement non Je ne sais pas
Pensez-vous que la buprénorphine participe à l'amélioration de la qualité de vie des patient(e)s traité(e)s avec ce médicament ?	Complètement oui Plutôt oui Plutôt non Complètement non Je ne sais pas
Dans le cadre du traitement de l'addiction aux opioîdes, quel est votre point de vue vis-à-vis de l'efficacité de la buprénorphine comparée à la méthadone ?	 La buprénorphine est moins efficace La buprénorphine est aussi efficace La buprénorphine est plus efficace Je ne sais pas
Quel est votre point de vue concernant le risque de surdose liée à l'emploi de la buprénorphine comparé à la méthadone ?	 La buprénorphine est associée à un moindre risque de surdose La buprénorphine est associée au même risque de surdose La buprénorphine est associée à un risque plus élevé de surdose Je ne sais pas
Avez-vous suivi dans le cadre de vos consultations de médecine générale, ou vu de façon ponctuelle, un(e) (ou des) patient(e)(s) ayant une addiction aux opioïdes au cours des deux dernières années (qu'il s'agisse d'une addiction à un opioïde illicite ou à un médicament) ?	O Oui O Non
Combien ?	O 1 O De 2 à 4 O De 5 à 10 O Plus de 10

Dans le cadre de cette addiction, (si plusieurs médicaments substitu prendre en compte que le dernier	itifs ont été pr					
Farman Francisco	0	1	2-4	5-10	Plus de 10	le ne sais pa
Buprénorphine	Ö	Ó	0	0	0	0
Méthadone	0	0	0	0	0	0
Buprénorphine-Naloxone	0	0	0	0	0	0
Sulfate de morphine (Skenan, Moscontin)	0	0	0	0	0	0
Aucun médicament	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Merci de préciser le traitement						
Promission and Section of the			5127			
Au cours des deux dernières anné- effectué dans le cadre de votre ac médecine générale un (ou plusieu RENOUVELLEMENT(S) d'ordonnand pour une addiction aux opioïdes (o d'un(e) patient(e) vu(e) de façon p faisant partie de votre patientèle)	tivité de rs) ce de bupréno ju'il s'agisse onctuelle ou		Oui O Non			
Au cours des deux dernières années, à combien de patient(e)s avez-vous renouvelé un traitement par puprénorphine ?		O 1 O De 2 à 4 O De 5 à 1 O Plus de	.0			
En règle générale, vous sentez-vous à l'aise lorsque vous réalisez un renouvellement de prescription de buprénorphine ?		Complètement oui Plutôt oui Plutôt non Complètement non				
Au cours des deux dernières années, avez-vous réalisé dans le cadre de votre activité de médecine générale une (ou plusieurs) INITIATION(S) de prescription de buprénorphine pour une addiction aux opioïdes (qu'il s'agisse d'un(e) patient(e) vu de façon ponctuelle ou faisant partie de votre patientèle) ?		Oui Non				
u cours des deux dernières années, combién vez-vous réalisé d'initiations de prescription de uprénorphine ?		○ 1 ○ De 2 à 4 ○ De 5 à 10 ○ Plus de 10				
	n règle générale, vous sentez-vous à l'aise orsque vous réalisez une initiation de rescription de buprénorphine ?		Complètement oui Plutôt oui Plutôt non Complètement non			
Avez-vous dans votre patientèle des patient(e)s sous buprénorphine pour lesquels vous n'êtes pas le prescripteur de ce médicament ?			Oui Non Je ne sais pas			

Un médecin exerçant en CSAPA ou dans un centre spécialisé dans la prise en charge des addictions Un médecin exerçant en milieu hospitalier Un autre médecin généraliste (hors CSAPA, centre spécialisé et milieu hospitalier) Un médecin psychiatre (hors CSAPA, centre spécialisé et milieu hospitalier) Un médecin addictologue (hors CSAPA, centre spécialisé et milieu hospitalier) Un médecin addictologue (hors CSAPA, centre spécialisé et milieu hospitalier) Autre Je ne sais pas

Annexe 2 : Questionnaire 2 « Initiation »

Questionnaire "Initiation buprénorphine"

Ce questionnaire vous est proposé car vous nous avez signalé dans le questionnaire initial avoir initié au cours des deux dernières années, dans le cadre de votre activité de médecine générale, un traitement par buprénorphine pour la prise en charge d'une addiction aux opioïdes.

Les initiations que vous auriez réalisées dans un autre cadre (hôpital, centre spécialisé, gardes d'urgence...) ne sont pas concernées.

A propos du(de la) dernier(e) patient(e) ayant une addiction buprénorphine au cours des 2 dernières années :	n aux opioïdes chez qui vous avez réalisé une initiation de		
A quand remonte cette consultation ?	O Moins d'un mois Entre 1 et 6 mois Entre 7 et 12 mois Plus de 12 mois		
Le genre de ce(tte) patient(e) était :	 ○ Féminin ○ Masculin ○ Non binaire 		
Quel était son âge ?	O Moins de 20 ans Entre 20 et 39 ans Entre 40 et 59 ans Entre 60 et 74 ans Plus de 75 ans		
Ce(cette) patient(e) faisait-il(elle) déjà partie de votre patientèle ?	O Oui O Non		
Etiez-vous son médecin traitant ?	O Oui O Non		
A quelle fréquence aviez-vous l'habitude de le(la) voir en consultation avant cette initiation (tous motifs de consultation confondus) ?	 Une à plusieurs fois par mois Plus de 3 fois par an (mais moins d'une fois par mois) Une à 3 fois par an Moins d'une fois par an 		
Comment est-il(elle) entré(e) en contact avec vous ?	 ○ II(elle) s'est présenté(e) à votre consultation de son propre chef ○ II(elle) vous a été adressé(e) par un CSAPA, un centre spécialisé dans les addictions ou par un autre médecin, SUITE A UN CONTACT FORMALISE (comme une demande par appel téléphonique par exemple) pour un relai dans le suivi de son addiction aux opiacés ○ II(elle) vous a été adressé(e) par un CSAPA, un centre spécialisé dans les addictions ou par un autre médecin, SANS PRISE DE CONTACT formalisé avec vous, pour un relai dans le suivi de son addiction aux opiacés ○ Je ne sais pas 		

Sur quel type d'opioïde portait l'addiction de ce(cette) patient(e) ? (plusieurs réponses possibles)	Addiction à un opioîde illicite (héroîne, opium) Addiction à un médicament opioîde (comme par exemple la morphine, le tramadol, l'oxycodone, l codéine, ou le fentanyl) Addiction à de la méthadone, de la buprénorphine ou de la buprénorphine-naloxone □ le ne sais pas			
Votre patient(e) était-il naïf(ve) de médicaments de substitution aux opiacés (qu'il s'agisse de médicaments prescrits ou pris en automédication) ?	Oui Non Je ne sais pas			
Lequel(lesquels) avai(en)t été consommé(s) par le passé ? (plusieurs réponses possibles)	☐ Buprénorphine ☐ Méthadone ☐ Buprénorphine-naloxone ☐ Sulfate de morphine ☐ Autre ☐ Je ne sais pas			
Merci de préciser lequel ou lesquels :				
Cette prescription de buprénorphine était-elle une demande du(de la) patient(e) ou est-ce vous qui la lui avez proposée ?	C'était une demande du(de la) patient(e) C'est vous qui la lui avez proposée Je ne sais pas			
Votre patient(e) était-il(elle) initialement en faveur de cette prescription ou était-il(elle) réticent(e)?	Très réticent(e) Plutôt réticent(e) Plutôt en faveur Très en faveur Je ne sais pas			
Avait-il(elle) d'emblée exprimé une préférence pour un médicament en particulier ?	Oui, pour la méthadone Oui, pour la buprénorphine Oui, pour la buprénorphine-naloxone Il(elle) n'avait exprimé aucune préférence Je ne sais pas			
Lors de cette consultation d'initiation, quelle posologie de buprénorphine avez-vous prescrite ? (si la posologie comporte une décimale, merci d'utiliser un point comme séparateur et non une virgule, par exemple 2.8 et non 2,8)	(en mg par jour)			
Pour quelle durée avez-vous fait cette prescription de buprénorphine ?	(en jours)			
Lors de cette consultation d'initiation, avez-vous pris contact avec un CSAPA ou un centre spécialisé dans les addictions pour avoir un avis spécialisé ?	Oui Non			
Lors de cette consultation d'initiation, avez-vous pris contact avec la pharmacie que vous avez	O Oui O Non			

Comment jugez-vous votre rôle de soignant par rapport à ce(tte) patient(e) ? (Plusieurs réponses possibles)	 Rôle de suivi général de son état de santé Rôle d'accompagnement bio-psycho-social Rôle de réduction des risques liés à son usage de substances opioïdes Rôle de prescription de médicaments Autre 		
Préciser en quelques mots s'il vous plaît :			
Pensez-vous qu'une relation de confiance ait été tissée lors de cette consultation d'initiation (et des consultations précédentes s'il y en a eu) ?	Complètement oui Plutôt oui Piutôt non Complètement non Je ne sais pas		
Suite à cette consultation d'initiation, avez-vous revu ce(tte) patient(e) en consultation dans le cadre du suivi et du renouvellement du traitement par buprénorphine ?	Oui Non		

Annexe 3: Questionnaire 3 « Renouvellement »

Questionnaire "Renouvellement buprénorphine"

Ce questionnaire vous est proposé car vous nous avez signalé dans le questionnaire initial avoir renouvelé au cours des deux dernières années, dans le cadre de votre activité de médecine générale, un traitement par buprénorphine pour la prise en charge d'une addiction aux opioïdes.

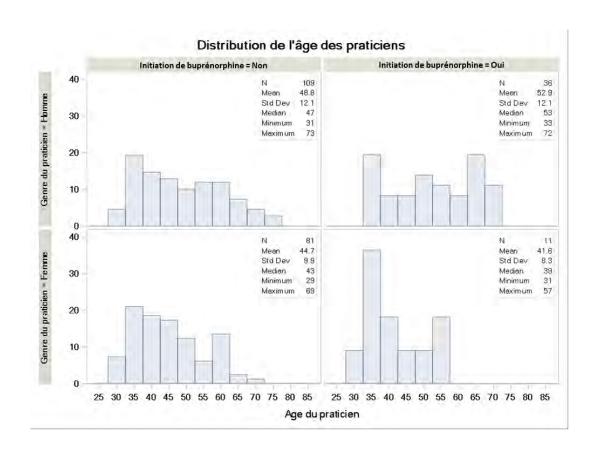
Les renouvellements que vous auriez réalisés dans un autre cadre (hôpital, centre spécialisé, gardes d'urgence...) ne sont pas concernés.

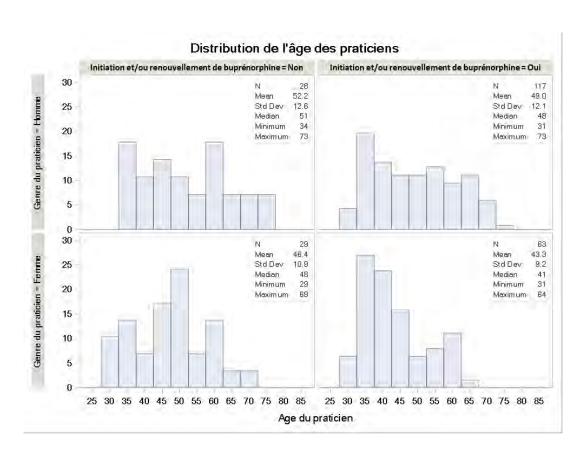
A propos du(de la) dernier(e) patient(e) ayant une addictio par buprénorphine au cours des 2 dernières années :	on aux opioïdes pour qui vous avez renouvelé un traitement		
S'agit-il du(de la) même patient(e) que pour le questionnaire initiation ?	Oui Non		
A quand remonte la dernière consultation de renouvellement de ce(tte) patient(e) ?	O Moins d'un mois Entre 1 et 6 mois Entre 7 et 12 mois Plus de 12 mois		
Le genre de ce(tte) patient(e) était :	○ Féminin ○ Masculin ○ Non binaire		
Quel était son âge ?	O Moins de 20 ans Entre 20 et 39 ans Entre 40 et 59 ans Entre 60 et 74 ans Plus de 75 ans		
Ce(tte) patient(e) faisait-il(elle) déjà partie de votre patientèle ?	O Oui O Non		
Etiez-vous son médecin traitant ?	O Oui O Non		
Comment est-il(elle) entré(e) en contact avec vous ?	 ○ II(elle) s'est présenté(e) à votre consultation de son propre chef ○ II(elle) vous a été adressé(e) par un CSAPA, un centre spécialisé dans les addictions ou par un autre médecin, SUITE A UN CONTACT FORMALIS (comme une demande par appel téléphonique p exemple) pour un relai dans le suivi de son addiction aux opiacés ○ II(elle) vous a été adressé(e) par un CSAPA, un centre spécialisé dans les addictions ou par un autre médecin, SANS PRISE DE CONTACT formal avec vous, pour un relai dans le suivi de son addiction aux opiacés ○ Je ne sais pas 		

Sur quel type d'opioïde portait l'addiction de ce(tte) patient(e) ? (plusieurs réponses possibles)	Addiction à un opioïde illicite (héroïne, opium) Addiction à un médicament opioïde (comme par exemple la morphine, le tramadol, ou l'oxycodone la codéine, ou le fentanyl) Addiction à de la méthadone, de la buprénorphine ou de la buprénorphine-naloxone Je ne sais pas		
Etiez-vous également le médecin ayant initié le traitement par buprénorphine chez ce(tte) patient(e) ?	O Oui O Non		
Avant que le traitement par buprénorphine ne soit initié chez ce(tte) patient(e), est-ce vous qui l'avez adressé(e) à un CSAPA, un centre spécialisé dans les addictions ou à un autre médecin pour l'introduction d'un traitement de substitution aux opiacés ?	Oui Non		
Vous l'aviez adressé(e) pour l'initiation car : (plusieurs réponses possibles)			
Préciser en quelques mots s'il vous plaît			
Au moment de ce renouvellement, ce(tte) patient(e) était-il(elle) suivi(e) conjointement dans le cadre de son addiction par :	Un CSAPA ou un centre spécialisé dans les addictions Un(e) psychiatre Un(e) psychologue Un(e) travailleur(se) social Autre Il(elle) n'était pas suivi(e) conjointément dans le cadre de son addiction Je ne sais pas		
Préciser en quelques mots s'il vous plaît :			
Comment jugez-vous votre rôle de soignant par rapport à ce(tte) patient(e) ?	 ☐ Rôle de suivi général de son état de santé ☐ Rôle d'accompagnement bio-psycho-social ☐ Rôle de réduction des risques liés à son usage de substances opioïdes ☐ Rôle de prescription de médicaments ☐ Autre 		
Préciser en quelques mots s'il vous plaît			

Pensez-vous qu'une relation de confiance ait été tissée lors de cette consultation (et des consultations précédentes s'il y en a eu) ?	Complètement oui Plutôt oui Plutôt non Complètement non Je ne saís pas		
Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?			

Annexe 4 : Distribution de l'âge des praticiens en fonction du genre





Annexe 4 : Distribution de l'âge des praticiens en fonction du genre (suite)

	Initia	teurs de b N =		orphine
Âge		Ger	re	
(années)	Homme		Fe	mme
< 40	7	14,9%	6	12,8%
>= 40 - < 50	8	17,0%	2	4,3%
>= 50	21	44,7%	3	6,4%

	Non initiateurs de buprénorphine N = 190				
Âge	Genre				
(années)	Homme		Femme		
< 40	33	70,2%	31	66,0%	
>= 40 - < 50	30	63,8%	25	53,2%	
>= 50	46	97,9%	25	53,2%	

	Initiateurs et/ou renouveleurs o buprénorphine N = 180					
Âge		Ge	ire			
(années)	Homme		Femme			
< 40	35	74,5%	28	59,6%		
>= 40 - < 50	30	63,8%	18	38,3%		
>= 50	52	110,6%	17	36,2%		

	Ni initiateurs ni renouveleurs de buprénorphine N = 57				
Âge	Genre				
(années)	Homme		Femme		
< 40	5	10,6%	9	19,1%	
>= 40 - < 50	8	17,0%	9	19,1%	
>= 50	15	31,9%	11	23,4%	

AUTEUR: Barbara LÉPINE

TITRE : Implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine en soins premiers, vingt-cinq ans après sa mise sur le marché : une enquête auprès des médecins du réseau Sentinelles

DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Julie DUPOUY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE: Toulouse, le 28 Septembre 2021

Introduction : En France, 85% des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes sont traités par un médicament de substitution, en premier lieu la buprénorphine, avec des prescriptions majoritairement réalisées par des médecins généralistes (MG) exerçant en soins premiers. Face à un constat de diminution d'implication des MG dans les initiations et renouvellements de buprénorphine, nous avons donc enquêté sur les freins à la prescription de buprénorphine par les MG ainsi que sur leurs pratiques en matière de prescription de ce médicament de substitution.

Matériel et méthodes : Etude quantitative descriptive basée sur trois questionnaires diffusés de mars à juillet 2021 auprès des MG actifs du réseau Sentinelles exerçant en soins premiers.

Résultats : 237 MG ont été inclus dans l'analyse statistique soit un taux de réponse de 34%. Les opinions concernant la buprénorphine étaient majoritairement positives, que les médecins soient prescripteurs ou non. Selon notre analyse multivariée, le genre féminin était significativement associé au fait de ne pas prescrire de la buprénorphine (p = 0.0258) mais également de ne pas en initier (p = 0.0455), et la formation en addictologie était fortement associée avec le fait d'être initiateur de ce MSO (p < 0.0001). Des analyses complémentaires sont à effectuer afin d'identifier un possible effet générationnel expliquant les résultats concernant le genre.

Conclusion : Les médecins de notre échantillon ont globalement une opinion positive de la buprénorphine. Des explorations supplémentaires sont nécessaires afin d'identifier plus précisément les freins et leviers à la prescription de buprénorphine par les MG en soins premiers.

General practitioners' involvement in buprenorphine prescription in primary care, twenty five years after introduction on the market: a survey among general practitioners of the Sentinelles network.

Introduction: In France, 85% of patients with opioid use disorder (OUD) are being treated by opioid maintenance treatment, buprenorphine in first place, mainly prescribed by general practitioners (GPs) working in primary care. Facing a decreasing involvement of the GPs in initiations and renewals of buprenorphine, we have studied what were the barriers to prescribing buprenorphine and GPs' habits when they were prescribing this medication.

Material and methods: Descriptive quantitative study based on three surveys sent from March to July 2021 to active GPs from the Sentinelles network working in primary care.

Results: 237 GPs were included in the statistical analysis and the responses rate was of 34%. Opinions concerning buprenorphine were mainly positive, whether GPs were prescribers or not. According to our multivariate analysis, feminine gender was significantly associated with not prescribing buprenorphine (p = 0.0258) but also not initiating it (p = 0.0455), and training in addictology was strongly associated with initiation of this medication (p < 0.0001). More work is to be done in order to identify the potential impact of a generational effect that could explain our results concerning gender.

Conclusion : GPs in our sample globally have a positive opinion about buprenorphine. Further investigations are needed to identify more precisely barriers to prescribing buprenorphine for GPs working in primary care.

Mots-clés: médecins généralistes, buprénorphine, prescription, soins primaires

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France