Impact des médicaments de substitution aux opiacés et des tests urinaires de dépistage pour la prise en charge des patients dépendants aux opiacés en France

Julie Dupouy

Médecin Généraliste
Chef de Clinique des Universités, Département de Médecine Générale de Toulouse
Doctorante, UMR 1027, Inserm – Université Paul Sabatier Toulouse III

Plan

1/ Médicaments de substitution aux opiacés (bénéfices et limites)

2/ Quelles difficultés pour les prescripteurs ?

3/ Une piste d'amélioration : les tests urinaires de dépistage

4/ Début 2015 : début de l'étude ESUB-MG

1/ Médicaments de substitution aux opiacés

- Bénéfices
- Limites de la prise en charge

Addiction

- Maladie chronique à rechutes
- Mortalité des patients dépendants à l'héroine non traités
  - 1 à 3% par an
  - Moitié par overdose

Darke, 2008

- Médicament de substitution aux opiacés (MSO)

  + intervention psycho sociale

  = traitement le plus efficace

Amato, 2005 / Mattick, 2008

Prise en charge en France

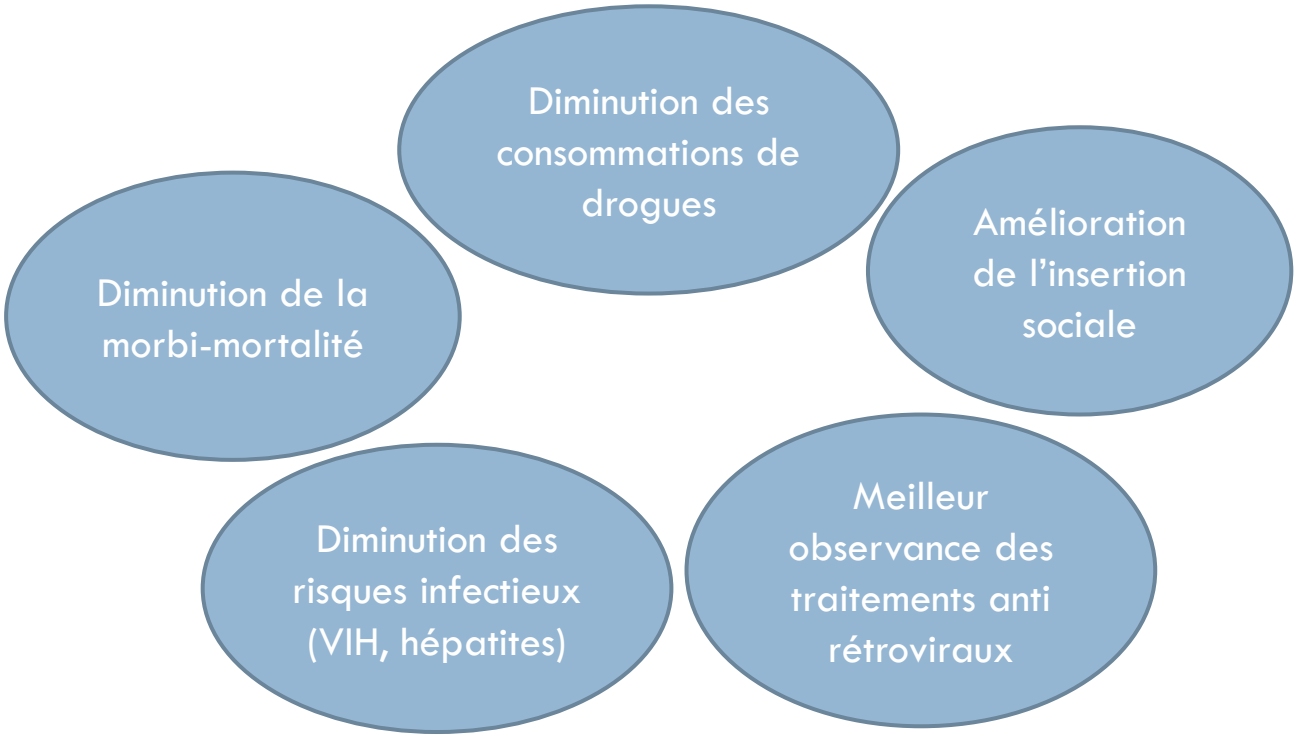
- 150 000 patients sous MSO en France en 2010
- centres spécialisés et médecine ambulatoire
- MSO : bénéfices démontrés

De Ducla, 2000

Lavignasse, 2002

Duburcq, 2000

Moatti, 2000



Problématiques

- Arrêt : période à risque

Cornish, 2010

  - Préoccupation de 70% des patients

Winstock, 2011

  - Sevrage :
    - Planifié : 7% des patients

Porcher, 2012

    - Ou « sauvage »
  - Ruptures de traitement

Batel, 2004

  - Définitifs ? Quid après ?

Thérapie 2013 Mai-Juin; 68 (3): 155–161
DOI: 10.2515/therapie/2013022

© 2013 Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique

Cycles de traitement par médicament de substitution aux opiacés dans une cohorte de patients suivis 5 ans en médecine ambulatoire

Julie Dupouy[1,2], Jacques Bez[3], Jacques Barsony[4], Stéphane Oustric[1] et Maryse Lapeyre-Mestre[2]

1 Département universitaire de Médecine générale, Faculté de Médecine, Toulouse, France
2 Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Addictovigilance de Toulouse, Service de Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine, Toulouse, France
3 Échelon local du Service médical de la Caisse nationale d'Assurance maladie Haute Garonne, Toulouse, France
4 Passages Réseau Addiction 31, Toulouse, France

- Base de données de remboursement (Haute Garonne)
- Janvier 2005 à décembre 2010
- Critères d'inclusion :
  - Patient débutant un MSO
- Données recueillies :
  - Données sociodémographiques / Délivrances médicamenteuses /Consommation de soins

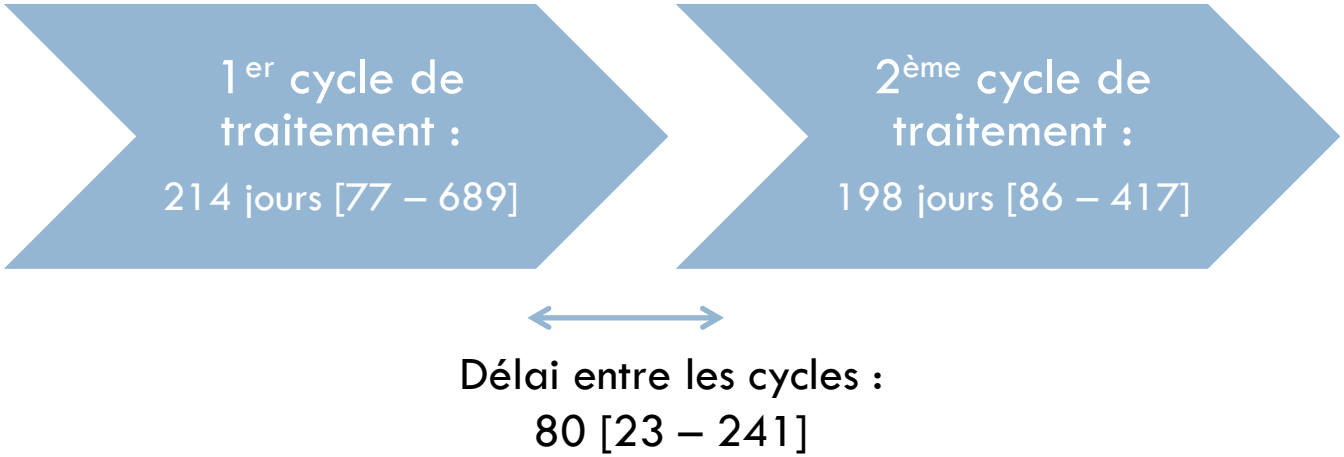
500 patients inclus

- **Hommes** (72%) **de 33 ans** (en médiane, [28 – 39])
- Initiation buprénorphine : 437 (87%)
- Primo prescripteur médecin généraliste : 446 (89%)

Taux de rétention	Tous les patients	Patients sous buprénorphine	Patients sous méthadone
A 6 mois	54 %	56 % [51 – 61]	46% [33– 59]
A 12 mois	38 %	39 % [34 – 44]	37% [24 – 49]
A 24 mois	24 %	25 % [21 – 29]	19% [9 – 30]
A 48 mois	14%	14 % [11 – 18]	14 % [5 – 23]

Suivi dans le temps

- De 1 à 23 cycles de traitement (2 [1 – 3])



- Cycle de traitement = délivrances de MSO sans délai :
  - de + de 70 jours après une délivrances de buprénorphine
  - de + de 35 jours après une délivrances de méthadone
- Ajout à la date de dernière délivrance de 70 ou 35 jours selon le MSO délivré

MSO en France

- Prises en charge hachées dans le temps
  - Plusieurs périodes ou cycles de traitement
  - Taux de maintien sous traitement limité

Efficaces sur la mortalité

BMJ

RESEARCH

Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database

Rosie Cornish, statistician,[1] John Macleod, professor in clinical epidemiology and primary care,[1] John Strang, professor in the psychiatry of the addictions,[2] Peter Vickerman, senior lecturer in mathematical modelling,[1,3] Matt Hickman, professor in public health and epidemiology[1]

Cite this as: *BMJ* 2010;341:c5475
doi:10.1136/bmj.c5475

Table 2 | Crude mortalities and mortality rate ratios for all cause mortality

Variable	Adjusted analysis* Mortality rate ratio (95% CI)	P value
Overall on treatment	1.00	<0.001
Overall off treatment	2.29 (1.67 to 3.14)	
Period:		
Weeks 1-2 of treatment	3.11 (1.47 to 6.59)	<0.001
Weeks 3-4 of treatment	2.38 (0.95 to 5.99)	
Remainder of time on treatment	1.00	
Weeks 1-2 off treatment	9.01 (5.43 to 14.90)	
Weeks 3-4 off treatment	8.01 (4.70 to 13.66)	
Remainder of time off treatment	1.91 (1.32 to 2.76)	
Sex:		
Female	1.00	<0.001
Male	1.97 (1.36 to 2.85)	
Age (years):		
<30	1.00	<0.001
30-39	1.24 (0.86 to 1.79)	
40-49	1.85 (1.20 to 2.85)	
≥50	4.12 (2.47 to 6.86)	
Calendar year:		
1990-4	1.00	0.1
1995-9	0.65 (0.40 to 1.06)	
2000-4	0.54 (0.34 to 0.87)	
2005-6	0.54 (0.31 to 0.95)	
Comorbidity score†:		
≤1/month	1.00	<0.001
>1/month to ≤1/week	1.78 (1.24 to 2.55)	
>1/week	2.37 (1.61 to 3.48)	

Temps passé hors traitement

Dont 4 premières semaines

Etre un homme

Score de comorbidité

Efficaces sur la mortalité

BMJ

RESEARCH

Factors associated with mortality in Scottish patients receiving methadone in primary care: retrospective cohort study

C McCowan, lecturer in health informatics,[1] B Kidd, clinical senior lecturer in addiction psychiatry,[2] T Fahey, professor of primary care medicine[1,3]

Cite this as: *BMJ* 2009;338:b2225
doi:10.1136/bmj.b2225

Table 3 | Univariable and multivariable associations between covariates and all cause mortality

Cohort characteristic	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio (95% CI)
Male sex	1.06 (0.77 to 1.45)	NA
Age (per year)	1.04 (1.02 to 1.05)*	1.00 (0.98 to 1.01)
Social class (Carstairs):		
1 (reference category)	1.0	1.0
2	0.16 (0.04 to 0.73)*	0.18 (0.04 to 0.82)*
3	0.48 (0.16 to 1.40)	0.52 (0.17 to 1.54)
4	0.49 (0.16 to 1.49)	0.45 (0.15 to 1.41)
5	0.41 (0.14 to 1.17)	0.36 (0.12 to 1.04)
6	0.62 (0.22 to 1.70)	0.46 (0.16 to 1.28)
7	0.54 (0.19 to 1.51)	0.52 (0.18 to 1.76)
Comorbidity (Charlson index):		
0 (reference category)	1.0	1.0
1-2	2.85 (1.86 to 4.37)*	1.08 (1.02 to 1.14)*†
≥3	6.58 (4.72 to 9.19)*	1.20 (1.15 to 1.26)*†
Mean methadone dose ≥60 mg	1.54 (1.07 to 2.23)*	0.93 (0.62 to 1.39)
Overusing methadone	3.12 (2.09 to 4.64)*	1.67 (1.05 to 2.67)*
Methadone breaks	0.58 (0.50 to 0.67)*	0.93 (0.78 to 1.10)
Duration of methadone treatment (years)	0.78 (0.75 to 0.82)*	0.95 (0.94 to 0.96)*†
Time since last methadone prescription filled (months):		
≤1 (reference category)	1.0	1.0
2-3	0.77 (0.49 to 1.22)	0.97 (0.91 to 1.02) †
4-6	0.66 (0.33 to 0.1.30)	0.91 (0.84 to 0.99)* †
>6	0.45 (0.32 to 0.62)*	0.70 (0.66 to 0.73)* †
Psychiatric admission	2.46 (1.74 to 3.49)*	2.47 (1.67 to 3.66)*
Having urine tested	0.31 (0.23 to 0.41)*	0.33 (0.22 to 0.49)*
Co-prescribing:		
Benzodiazepines	1.18 (0.74 to 1.86)	NA
Antipsychotics	0.77 (0.53 to 1.12)	0.85 (0.56 to 1.29)
Antidepressants	0.76 (0.56 to 1.01)	0.80 (0.57 to 1.44)
Opioid analgesics	1.33 (0.99 to 1.79)	1.17 (0.84 to 1.64)

Score de comorbidité

Abus de méthadone

Durée de ttt par méthadone

Temps passé depuis dernière prescription méthadone

Hospitalisation en psychiatrie

Avoir eu un test urinaire

Bilan positif des MSO

- Efficaces sur la mortalité
  - Plus les cycles sont nombreux et plus ils sont longs, plus on réduit le sur risque de décès lié à l'addiction aux opiacés

2/ Quelles difficultés pour les prescripteurs ?

Principalement des médecins généralistes (MG)

- Plus de ¾ des patients sous buprénorphine
- Majorité des prescriptions en MG

Thirion, 2001 / Auriacombe 2004 / Fatséas 2007

- Prise en charge aussi efficace

Gossop, 2002

Les difficultés

- Offre de soins limitée : 20% des MG prescripteurs
  - Chiffre stable sur les 10 dernières années
- Peur du trafic
- Phénomène de *doctor-shopping*

Pradel 2004

- Stigmatisation
  - 2 médecins sur 3 : refus de traiter ces patients

OFDT 2002

- Difficulté d'évaluer les consommations

Repérage des consommations

- Déclarations du patient et examen clinique
  - Sous estimation des consommations

    Galletly, 1993 / Kilpatrick, 2000 / Lundy, 1997 / Olshaker ,1997 / Perrone, 2001
  - Sur estimation dans certains contextes

    Zullino, 2008

- Problématique car consommations associées nombreuses
  - 1/3 des patients : OH et bzd

    Lapeyre-Mestre, 2003
  - 10% : cocaïne

    Nordman, 2012 / Roux, 2013

3/ Les tests urinaires de dépistage

Repérage des consommations

- Tests urinaires
  - de dépistage (TUD)
  - de confirmation

- Meilleures performances diagnostiques des TUD versus interrogatoire/examen clinique

Mordal, 2010

Le test urinaire de dépistage (TUD)

- Technique immuno-enzymatique
- Résultat qualitatif
- Plusieurs substances dépistées
  - méthadone, buprénorphine, opiacés, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines…
- Différents cadres d'usage
  - Dépistage
  - Diagnostic (RCP et recommandations HAS)
  - Suivi

Caractéristiques des tests

Substance	Temps
Alcool	7 - 12 h
Amphétamine/Metamphétamine	48 h
Benzodiazépine	
Demi vie courte	3 j
Demi vie longue	30 j
Cocaïne	2 - 4 j
Cannabis	
Usage ponctuel	3 j
Usage modéré (4 fois/semaine)	5 -7 j
Usage quotidien	10 -15 j
Usage massif et de long terme	>30 j
Opioïdes	
Codéine	48 h
Héroine	48 h
Hydromorphone	2 - 4 h
Méthadone	3 j
Morphine	48 - 72 h
Oxycodone	2 - 4 j
Propoxyphene	6 - 48 h

- Opiacés :
  - Faux négatifs : 1,9%
  - Sensibilité : 80%
  - Spécificité : 90%

Pesce 2010

- Tests fiables quand faits au cabinet médical

Manchikanti, 2011

Référence tableau : Moeller, 2008

Substance testée	Agents causant des faux-positifs
Amphétamine ou Methamphétamine	Dérivés amphétaminiques (benzphetamine, chlobenzorex, l-Deprenyl, dextroamphetamine, fenproporex, MDMA, methylphenidate, phentermine) Antihistaminiques/décongestionnants (brompheniramine, ephedrine, pseudoephedrine phenylpropanolamine, phenylephrine, phenylpropanolamine) Antidepresseurs (bupropion, trazodone, desipramine, trimipramine) Antipsychotiques (chlorpromazine, promethazine, thioridazine) Autres agents (amantadine, isomethepthene, isoxsuprine, labetalol, ranitidine, ritodrine, selegiline, trimethobenzamide)
Méthadone	Antihistaminiques/décongestionnants (diphenhydramine, doxylamine) Antidepresseurs (clomipramine) Antipsychotiques (chlorpromazine, quetiapine, thiorizadine) Autres agents (verapamil)
Opioïdes, opiacés et héroine	Dérivés opiacés (dextrometorphan, heroin, opiates – codeine, hydromorphone, hydrocodone, morphine -, poppy seeds) Antihistaminiques (diphenhydramine) Antibiotiques (quinolones, rifampin) Autres agents (quinine, verapamil and metabolites)
Benzodiazépines	Antidepresseurs (sertraline) AINS (oxaprozin)
Cannabis	Dérivés du cannabis (dronabinol, hemp-containing food) AINS (ibuprofen, naproxen, tolmetin) Inhibiteurs de la pompe à protons Autres agents (efavirenz)
Cocaïne	Thé avec feuilles de coca Anesthésiques locaux contenant de la cocaine
Antidépresseurs tricycliques	Antiépileptiques (carbamazepine) Antihistaminiques (cyprohepatdine, diphenhydramine, hydroxyzine) Antipsychotiques (quetiapine) Autres agents (cyclobenzaprine)

Moeller, 2008 / Brahm, 2010

Quelle efficacité pour la prise en charge des patients ?

Que sait-on dans la littérature internationale ?

Drug and Alcohol Dependence 136 (2014) 11–20

Contents lists available at ScienceDirect

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcdep

Review

Does urine drug abuse screening help for managing patients? A systematic review☆

Julie Dupouy[a,b,*], Vincent Mémier[b], Hélène Catala[b], Michel Lavit[c], Stéphane Oustric[a], Maryse Lapeyre-Mestre[b]

[a] Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Toulouse; Faculté de Médecine, 133 route de Narbonne, 31063 Toulouse, France
[b] Inserm UMR1027, Université de Toulouse III; Faculté de Médecine, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, France
[c] Laboratoire de pharmacocinétique et de toxicologie clinique, CHU Toulouse, 33 avenue de Grande Bretagne, 31059 Toulouse, France

Que sait-on dans la littérature internationale ?

- Revue systématique de la littérature selon les recommandations internationales PRISMA
  - Extraction des données le 26 octobre 2011
  - Évaluation de qualité des études

- Objectif :

  Évaluer efficacité des tests urinaires dans une population en situation d'abus ou de dépendance pour la prise en charge médicale des patients

Sélections des Articles

6479 articles

3270 à partir de Medline
291 à partir de Cochranereview
77 à partir de Cochrane central
87 à partir de Cochrane Drug and alcohol group
1510 à partir de Psychinfo
59 à partir de NIDA
1185 à partir de Web of Science

6046 articles identifiés

8 articles sélectionnés

1 essai clinique randomisé aux urgences psychiatriques (198 patients : test systématique versus 194 patients : pas de test): **pas de différence significative pour l'orientation ou la durée d'hospitalisation**

2 études quasi expérimentales (service d'urgences / centre anti douleur) : **4 sur 110 tests : changement de prise en charge / Diminution prévalence usage NS**

6 études observationnelles (adolescents / centre anticancéreux / urgences / 2 en soins primaires) : **modifications de prise en charge mineures**

Focus sur l'étude en ambulatoire

Research Report

European Addiction Research

Eur Addict Res
DOI: 10.1159/000336540

Received: September 5, 2011
Accepted: January 10, 2012
Published online: ■■■

On-Site Drugs of Abuse Urinary Screening Tests for the Management of Opiate-Addicted Patients: A Survey among French General Practitioners

Julie Dupouy[a, b, c] Serge Bismuth[a] Stéphane Oustric[a]
Maryse Lapeyre-Mestre[b, c]

[a]University of Toulouse, Department of Family Practice, Faculté de Médecine Rangueil, [b]University of Toulouse, INSERM 1027, Pharmacoepidemiology Research Team, and [c]CEIP-Addictovigilance, Hôpitaux de Toulouse, Service de Pharmacologie Clinique, Toulouse, France

© S. Karger AG, Basel
PROOF Copy for personal use only
ANY DISTRIBUTION OF THIS ARTICLE WITHOUT WRITTEN CONSENT FROM S. KARGER AG, BASEL IS A VIOLATION OF THE COPYRIGHT.

Enquête transversale déclarative sur un échantillon de médecins généralistes de Midi Pyrénées

- 1340 MG sollicités (12/2009 – 02/2010)

- 482 réponses analysables

  - 116 MG (24,1%) : prise en charge des patients dépendants de façon régulière

    - **Dont 31 MG (26,7%) font des tests**
    - **Et 4 (3,4%) des tests urinaires au cabinet**

Modifications de prise en charge

- Non prescription d'opioïde 29%
- Accentuation éducation thérapeutique 71%
- Orientation vers spécialiste 48%

Pourquoi les MG prenant en charge régulièrement des patients dépendants aux opiacés ne font pas de tests urinaires ? (n = 95)

- Mode de procuration inconnu 62,8%
- Existence des tests non connue 52,6%
- Fiabilité non connue 44,2%

Journal of Substance Abuse Treatment 44 (2013) 515–521

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Journal of Substance Abuse Treatment

Effectiveness of drug tests in outpatients starting opioid substitution therapy

Julie Dupouy, M.D. [a,b,c,*], Lise Dassieu, M.Sc. [d], Robert Bourrel, M.D. [e], Jean-Christophe Poutrain, M.D. [a], Serge Bismuth, M.D. [a], Stéphane Oustric, M.D. [a], Maryse Lapeyre-Mestre, M.D., Ph.D. [b,c]

[a] Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Toulouse, Faculté de Médecine, 133 route de Narbonne, 31063 Toulouse, France
[b] Inserm UMR1027, Université de Toulouse III, Faculté de Médecine, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, France
[c] CEIP-Addictovigilance, Service de Pharmacologie Clinique, Faculté de Médecine, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, France
[d] Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités Société Territoires – Centre d'Etude des Rationalités et du Savoir UMR 5193, Université de Toulouse II, France
[e] Echelon Régional du Service Médical Midi-Pyrénées, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés Cnam-TS, Toulouse, France

- Cohorte rétrospective sur une base de l'Assurance Maladie
  - ERASME Midi-Pyrénées
- Patients incident en MSO
  - 01/07/2010 au 30/06/2011, suivi 18 à 30 mois
- Exposés ou non à un test
  - Sanguin ou urinaire
  - analgésiques, psychotropes, substances illicites
- Maintien sous MSO

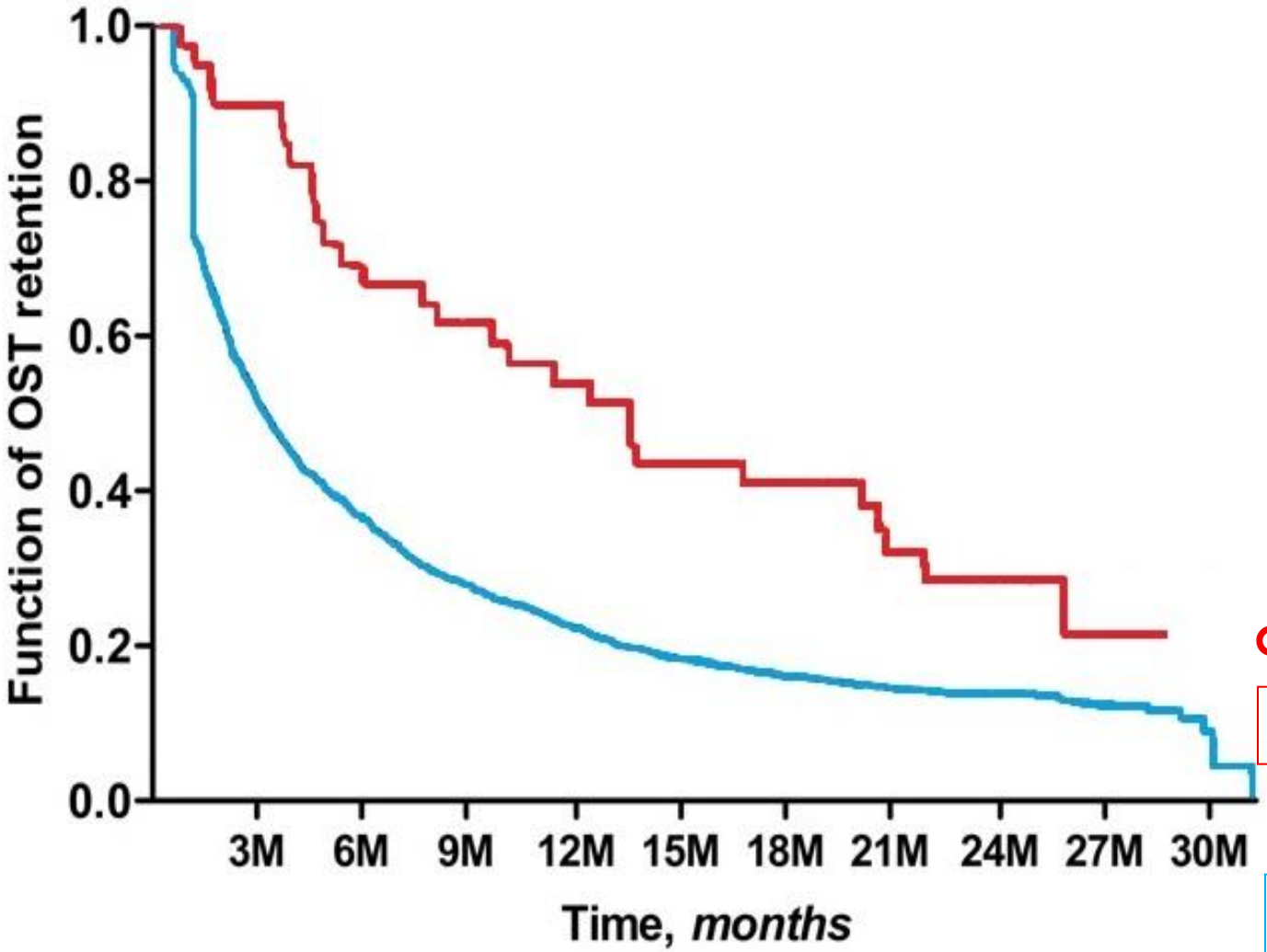
1507 patients inclus

- 1123 hommes (74,5%), 33,2 ± 9,3 ans

- 1053 (69,9%) traités par buprénorphine
- 1422 (94,3%) suivis par un MG

- **36 (2,4%) avaient eu un test**

Maintien sous MSO



Log rank: p < 0,001

Groupe ayant eu test

411 ± 267 jours

Groupe témoin

207 ± 238 jours

Analyse de survie multivariée

	Risque relatif ajusté (IC95%)	*p*
Réalisation de test	**0,55 (0,38 – 0,80)**	**0,002**
Comportement de *doctor-shopping*	0,36 (0,31 – 0,41)	<0,001
Primo prescripteur spécialiste versus MG	0,69 (0,53 – 0,90)	0,007
Age		
25 – 30 (versus < 25)	0,88 (0,75 – 1,05)	0,153
30 – 40 (versus < 25)	0,78 (0,67 – 0,91)	0,002
> 40 (versus < 25)	0,75 (0,63 – 0,89)	<0,001
Au moins 1 hospitalisation	1,14 (1,01 – 1,28)	0,036
Morphine	1,35 (1,06 – 1,71)	0,014
Médicaments pour le maintien de l'abstinence alcoolique	1,38 (1,11 – 1,70)	0,004

Au total, bilan des tests :

- Rares, pratiques hétérogènes
- Maintien sous MSO plus long

Réduction mortalité ?

BMJ

RESEARCH

Factors associated with mortality in Scottish patients receiving methadone in primary care: retrospective cohort study

C McCowan, lecturer in health informatics,[1] B Kidd, clinical senior lecturer in addiction psychiatry,[2] T Fahey, professor of primary care medicine[1,3]

Cite this as: *BMJ* 2009;338:b2225
doi:10.1136/bmj.b2225

Table 3 | Univariable and multivariable associations between covariates and all cause mortality

Cohort characteristic	Unadjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted hazard ratio (95% CI)
Male sex	1.06 (0.77 to 1.45)	NA
Age (per year)	1.04 (1.02 to 1.05)*	1.00 (0.98 to 1.01)
Social class (Carstairs):		
1 (reference category)	1.0	1.0
2	0.16 (0.04 to 0.73)*	0.18 (0.04 to 0.82)*
3	0.48 (0.16 to 1.40)	0.52 (0.17 to 1.54)
4	0.49 (0.16 to 1.49)	0.45 (0.15 to 1.41)
5	0.41 (0.14 to 1.17)	0.36 (0.12 to 1.04)
6	0.62 (0.22 to 1.70)	0.46 (0.16 to 1.28)
7	0.54 (0.19 to 1.51)	0.52 (0.18 to 1.76)
Comorbidity (Charlson index):		
0 (reference category)	1.0	1.0
1-2	2.85 (1.86 to 4.37)*	1.08 (1.02 to 1.14)*†
≥3	6.58 (4.72 to 9.19)*	1.20 (1.15 to 1.26)*†
Mean methadone dose ≥60 mg	1.54 (1.07 to 2.23)*	0.93 (0.62 to 1.39)
Overusing methadone	3.12 (2.09 to 4.64)*	1.67 (1.05 to 2.67)*
Methadone breaks	0.58 (0.50 to 0.67)*	0.93 (0.78 to 1.10)
Duration of methadone treatment (years)	0.78 (0.75 to 0.82)*	0.95 (0.94 to 0.96)*†
Time since last methadone prescription filled (months):		
≤1 (reference category)	1.0	1.0
2-3	0.77 (0.49 to 1.22)	0.97 (0.91 to 1.02) †
4-6	0.66 (0.33 to 0.1.30)	0.91 (0.84 to 0.99)* †
>6	0.45 (0.32 to 0.62)*	0.70 (0.66 to 0.73)* †
Psychiatric admission	2.46 (1.74 to 3.49)*	[illegible]
Having urine tested	0.31 (0.23 to 0.41)*	0.33 (0.22 to 0.49)*
Co-prescribing:		
Benzodiazepines	1.18 (0.74 to 1.86)	NA
Antipsychotics	0.77 (0.53 to 1.12)	0.85 (0.56 to 1.29)
Antidepressants	0.76 (0.56 to 1.01)	0.80 (0.57 to 1.44)
Opioid analgesics	1.33 (0.99 to 1.79)	1.17 (0.84 to 1.64)

Score de comorbidité

Abus de méthadone

Durée de ttt par méthadone

Temps passé depuis dernière prescription méthadone

Hospitalisation en psychiatrie

Avoir eu un test urinaire

4/ Début 2015 : début de l'étude ESUB-MG

Efficacité d'un outil d'évaluation des consommations de substances pour la prise en charge des patients sous buprénorphine en médecine générale

Étude ESUB-MG

Programme hospitalier de recherche clinique 2013

Objectifs

- Évaluer l'impact de la réalisation des tests urinaires de dépistage au cabinet de MG sur le maintien sous traitement à 6 mois de patients débutant un traitement par buprénorphine

  - Évaluer l'acceptabilité de ces tests par les patients et les MG
  - Évaluer l'observance des patients sous buprénorphine
  - Évaluer les consommations associées

Schéma de l'essai

Médecins généralistes

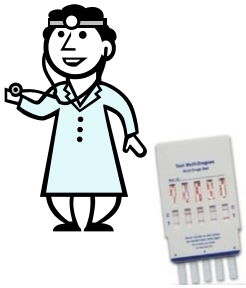
Patients consultant pour initier un traitement par buprénorphine

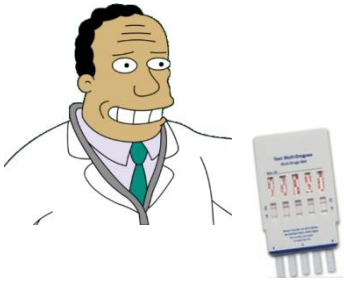
Essai en cluster

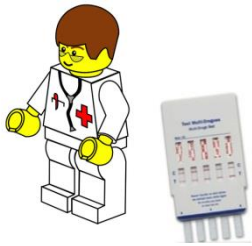
Groupe Témoin

Groupe Intervention

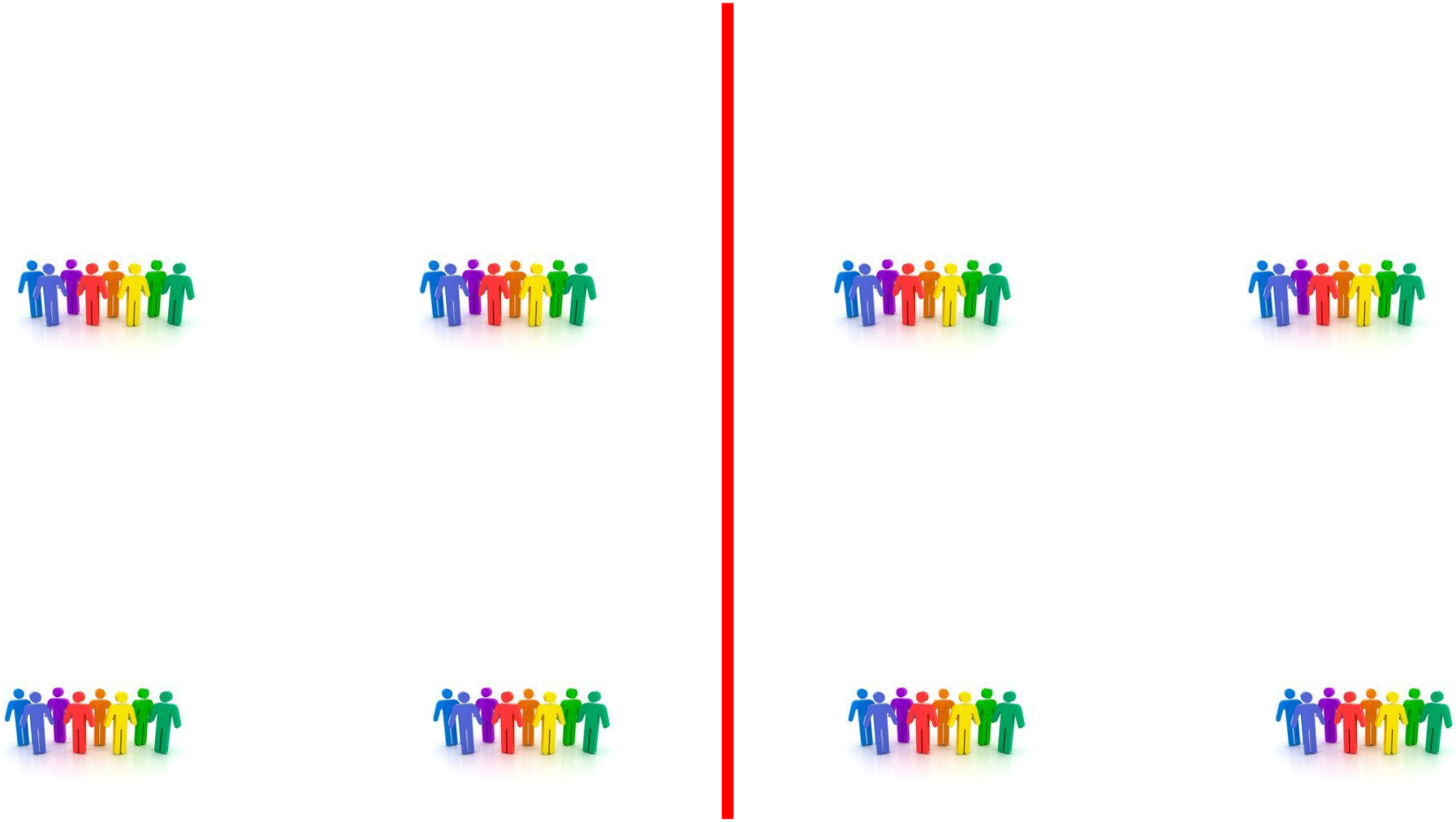
Intervention







Évaluation
Taux de maintien sous buprénorphine à 6 mois



Recrutement des médecins généralistes participants

- Recrutement par DMG et CEIP-A
- Nombre de MG par groupe = 100

Hayes and Moulton Chapman & Hall 2009

  - Donc 200 MG (40 par région)
  - 400 patients (2 à 10 par médecins)

Critères d'inclusion et de non inclusion médecins

- Critères d'inclusion
  - Médecine générale
  - En activité
  - Exercice ambulatoire
  - Conventionné en secteur 1
  - Suivi régulier de patients dépendants aux opiacés
  - Consentement pour participer à l'étude

- Critères de non inclusion
  - Exercer dans le même cabinet qu'un médecin déjà inclus

Critères d'inclusion et de non inclusion patients

- Critères d'inclusion
  - Âge ≥ 18 ans
  - Consulter pour une initiation de buprénorphine ou buprénorphine/naloxone
  - Ne pas être opposé à la participation

- Critères de non inclusion
  - Consulter pour un renouvellement ou un motif lié au MSO
  - Être déjà suivi par le MG pour une prise en charge substitutive
  - Initiation de la buprénorphine en centre spécialisé ou à l'hôpital
  - Traitement par méthadone
  - Relais méthadone – buprénorphine

- Acte étudié
  1) formation spécifique des MG (visite ARC +/- réunion collective régionale)
  2) mise à disposition des tests urinaires dans les cabinets médicaux des MG
  3) réalisation d'un test urinaire avant la première prescription buprénorphine ou buprénorphine/naloxone

Contexte pragmatique

- Versus pratiques habituelles des MG

- Critère d'évaluation :

taux de maintien sous MSO à 6 mois

Déroulement de l'étude : 4 ans

- Inclusion MG :
  - mars 2015 à aout 2015
- Inclusion patients :
  - à partir de avril 2015
  - sur 18 mois : jusqu'à février 2017
- Suivi patients = 6 mois
  - jusqu'à aout 2017
- Résultats pour début 2018

Résultats et retombées

- Résultats attendus
  - Meilleur taux de maintien sous buprénorphine
- Retombées pratiques possibles
  - Bénéfices
    - cliniques / sociaux / économiques
  - Meilleure assurance du MG dans sa pratique
  - Sollicitation possible des autorités sanitaires pour prise en charge des tests par l'Assurance Maladie

Contacter le CEIP-A de PACA-Corse pour participer !!!

Merci pour votre attention

et bon appétit !