

Synthèse publiable du rapport final

Titre du projet	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 (Impli-MG-TUO)
Coordonnateur scientifique du projet	DUPOUY Julie, Département de médecine générale – Gestionnaire : CHU Toulouse
Référence de l'appel à projets (année)	Appel à projets de lutte contre les Addictions 2019

Contexte et objectifs du projet

En France, environ 80% des personnes ayant un trouble lié à l'usage des opioïdes reçoivent un médicament de substitution aux opiacés, ce qui est bien plus que la moyenne européenne. Ceci est en lien avec la place prépondérante de la buprénorphine. Près de 80% des prescriptions de buprénorphine proviennent de médecins libéraux, dont 98% sont des médecins généralistes (MG).

On constate cependant une diminution de l'implication des MG dans la prise en charge des patients nécessitant un traitement de substitution aux opiacés, avec une baisse du nombre d'entre eux initiant un traitement par buprénorphine. Une étude récente menée sur les données du système national de santé de 2009 à 2015 confirme cette diminution de l'initiation des traitements par buprénorphine par les MG en France avec en 2009 10,3% des MG initiant des prescriptions de buprénorphine contre 5,7% seulement en 2015, tandis que le nombre de patients recevant ce traitement était lui en augmentation.

L'objectif du projet Impli-MG-TUO était donc de comprendre les raisons à cette diminution d'implication, particulièrement préoccupante dans un pays où la simplicité d'accès à la prescription de buprénorphine par les médecins généralistes a fait son exception parmi les autres pays du monde, permettant à une proportion importante de patients ayant un trouble lié à l'usage des opioïdes d'être sous traitement de substitution. Cette étude basée sur une recherche mixte avec une enquête quantitative par questionnaire adressé à des médecins généralistes complétée par la suite par une enquête qualitative afin d'explorer plus en profondeur les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine. L'objectif principal était de décrire et explorer les freins à la prescription de buprénorphine en médecine générale. Les objectifs secondaires visaient à décrire et explorer les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de buprénorphine en soins premiers, ainsi que les facteurs qui les influent : formation, représentations.

Méthodologie utilisée

1er volet : Enquête épidémiologique transversale descriptive

Population

La population est constituée de médecins généralistes du Réseau Sentinelles, non sélectionnés sur leurs compétences en addictologie, ayant un exercice libéral réparti sur tout le territoire français.

Conception et pré-test du questionnaire d'enquête

L'enquête est composée de trois questionnaires dont l'élaboration a débuté en septembre 2020 après un travail de recherche bibliographique. De multiples relectures par un groupe de travail composé de médecins généralistes, médecin généraliste addictologue, 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.

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 médecins généralistes (MG) Sentinelles. Deux modalités de réponse ont été proposées :

soit en ligne via la plateforme REDCap, soit en format papier après envoi postal. Un objectif de 350 médecins répondants avait été défini.

Analyse

Le réseau Sentinelles a transmis les données anonymisées qui ont ensuite été analysées via le logiciel SAS 9.4. L'analyse statistique était descriptive puis analytique, conformément au plan d'analyse statistique. Deux modèles de régression logistique multivariée ont été construits. 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 initialement retenues pour le modèle étaient : la classe d'âge, le genre, le type de cabinet (groupe vs. Individuel), le type de pratique (rural/urbain), le fait d'avoir suivi une formation en addictologie, la participation à un réseau d'addictologie, l'opinion sur la buprénorphine (opinion globale, efficacité dans les troubles liés à l'usage illicite d'opioïdes, efficacité dans les troubles de l'usage liés aux analgésiques opioïdes, amélioration de la qualité de vie du patient sous traitement, efficacité par rapport à la méthadone, avis sur le risque de surdosage par la buprénorphine par rapport à la méthadone). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS 9.4® (SAS® Institute Inc, Cary NC, USA).

2ème volet : étude qualitative par entretiens individuels

Le volet qualitatif vient compléter l'enquête afin de comprendre les freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine. Il a pour but d'apporter un éclairage supplémentaire aux données quantitatives en documentant les questions non résolues émanant de l'analyse des résultats. Deux techniques de recueil complémentaires ont été employées: l'entretien individuel et le groupe de discussion - ou « focus group ». Les entretiens individuels étaient semi-dirigés et suivaient le déroulement d'un guide d'entretien conçu pour balayer un ensemble de problématiques prédéfinies par les chercheurs.

Population

La population source correspond aux médecins généralistes français installés, répartis sur tout le territoire français. Le choix de ne pas restreindre la zone géographique d'exercice des participants permettait de prendre en compte les disparités régionales en termes d'accessibilité aux substances opioïdes et de comportement des consommateurs (nomadisme médical, niveau de consommation) (« Nordmann S, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Frauger E, Pauly V, Thirion X, et al. Doctor shopping reveals geographical variations in opioid abuse. *Pain Physician* 2013;16:89–100. », s. d.).

Élaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré, comprenant quatre parties, qui explorent successivement la relation médecin-patient, l'expérience et les connaissances des médecins participants dans la prescription de buprénorphine, l'impact sur leur pratique et leurs suggestions pour l'amélioration de la prise en charge des patients. Le guide a été adapté au fil des entretiens.

Recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé selon la technique de l'échantillonnage boule-de-neige, c'est-à-dire parmi les médecins de l'entourage des investigateurs, puis parmi l'entourage des médecins recrutés. Initialement, les participants étaient recrutés indépendamment de leurs caractéristiques sociodémographiques. Au fur et à mesure des entretiens, le recrutement a été adapté en fonction de ces caractéristiques afin d'établir un échantillon de médecins généralistes le plus diversifié possible, en appliquant la méthodologie d'échantillonnage par choix raisonné (« Royer I, Zarlowski P. « Chapitre 8. Échantillon(s) », Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management*. Dunod, 2014, pp. 219-260. », s. d.). La variation de l'échantillonnage s'est effectuée sur le genre, la classe d'âge, le milieu d'exercice (urbain, semiurbain ou rural), les différents modes d'exercice (cabinet isolé, cabinet de groupe, centre de santé ou maison de santé pluri professionnelle), les différents statuts (collaborateur, associé, salarié), les compétences en addictologie (lectures, congrès, formation médicale continue, diplômes universitaires complémentaires), le statut de maître de stage universitaire, l'éventuelle file active de patients ayant une addiction ainsi que la zone géographique d'exercice.

Recueil des données

Les données ont été initialement recueillies lors d'entretiens individuels de juin 2021 à mars 2022. Une fois l'accord des participants obtenu, la date et le lieu du rendez-vous étaient laissés à leur convenance. Une majorité des entretiens s'est déroulée en distanciel via une plateforme d'appel vidéo pour des raisons de faisabilité de l'enquête et de contexte sanitaire incitant à limiter les déplacements. Dans tous les cas, les entretiens se déroulaient dans un lieu calme, en l'absence de tiers. Une fiche d'information était systématiquement transmise et expliquée oralement au participant avant l'entretien, puis leur consentement écrit était recueilli via la signature d'un formulaire. A l'issue de 14 entretiens individuels, il a été décidé de recueillir des données complémentaires à l'occasion d'un focus group. Celui-ci a permis de réunir 5 médecins généralistes en vidéo-conférence.

Analyse

L'analyse a été débutée de façon concomitante à la collecte des données. La saturation théorique des données a été recherchée avant de clore les entretiens. Afin de garantir la triangulation des données, l'analyse des données a été effectuée par deux investigatrices de manière indépendante avec le logiciel EXCEL®, puis mise en commun à chacune de ses étapes. En cas de désaccord sur le classement des données, l'avis d'un troisième investigateur était sollicité. Une analyse thématique est réalisée selon la méthodologie de Miles, Huberman et Saldana. Le verbatim de chaque entretien a été découpé en unités de sens, véhiculant une idée ou un concept, auquel était attribué un code descriptif. Un même code pouvait correspondre à plusieurs unités de sens. Au fil des entretiens, des connexions entre les différents codes ont émergé permettant de les classer en catégories puis en thèmes plus généraux. Les analyses successives ont permis d'affiner la classification jusqu'à suffisance des données.

Principaux résultats obtenus

Apports en termes de connaissance

1er volet : Enquête épidémiologique transversale descriptive

Au terme de la période d'inclusion, 237 médecins généralistes 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. Le genre féminin était significativement associé au fait de ne pas initier ou renouveler de la buprénorphine (Odds ratio ajusté, 0.50 (IC95%, 0.27-0.92) ; $p < 0,0258$), mais également de ne pas en être initiateur (Odds ratio ajusté, 0.46 (IC95%, 0.22-0.98) ; $p = 0,0455$). A l'inverse, le suivi d'une formation en addictologie était fortement associé avec le fait d'être initiateur de buprénorphine (Odds ratio ajusté, 4,66 (IC95%, 2,15-10,08) ; $p < 0,0001$).

2ème volet : étude qualitative par entretiens individuels

A l'issue de la phase de collecte de données, 14 entretiens individuels et un focus group réunissant 5 médecins ont été réalisés. Les représentations négatives des patients associées au sentiment de mise en danger physique et déontologique, le sentiment d'impuissance, la crainte d'un bouleversement de la pratique et le sentiment d'incompétence apparaissaient au premier plan des difficultés énoncées. A l'inverse, le renforcement de la formation initiale et la facilitation de l'accès aux outils d'autoformation et à la pluridisciplinarité, la considération du trouble de l'usage des opioïdes comme une maladie chronique, avec l'application d'une approche motivationnelle centrée patient ainsi que la définition et le respect de ses propres limites dans le soin de ces patients semblent constituer les clés d'un exercice équilibré et épanouissant. La sensibilisation à la fréquence de l'usage problématique des opioïdes antalgiques apparaissait comme un levier supplémentaire pour susciter l'intérêt et l'investissement des médecins concernés. Les entretiens font l'état d'une très grande diversité dans le niveau d'implication des médecins généralistes, en fonction de leur vécu, de leurs représentations, de leur mode d'exercice et de leurs préférences personnelles. Les freins et les leviers énoncés concordent largement avec les données de la littérature. Une régulation de l'activité substitutive via un procédé de filtrage initial et l'établissement d'un contrat de soin était utilisée par les médecins de garantir une activité conforme à leurs aspirations et leurs valeurs. La persistance des représentations négatives envers les patients, le changement de profil des consommateurs, l'évolution de la démographie médicale et le développement des réseaux de soin sont envisagés comme potentiels facteurs explicatifs du changement

d'implication des MG dans l'initiation de buprénorphine.

Le renforcement de la formation initiale, l'accès aux outils de formation continue et des pratiques de soins collaboratives en pluriprofessionnalité constituent les principales pistes pour répondre aux difficultés énoncées. Des études complémentaires ciblant l'évolution des pratiques professionnelles pourraient permettre de compléter nos hypothèses explicatives concernant le changement d'implication des MG dans le soin des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes.

Apports en termes d'action de santé publique

L'analyse des données issues des deux études permettent d'apporter des éléments de compréhension concernant le changement de l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine. Les résultats mettent en évidence l'importance de renforcer la formation aux compétences spécifiques du médecin généraliste (approche centrée patient, approche motivationnelle) ainsi que la formation en addictologie (en particulier la formation continue) sur le maniement des médicaments de substitution aux opioïdes. Les MG non formés seraient ainsi moins à l'aise pour gérer les initiations et adresseraient plus leurs patients aux structures spécialisées. Cependant, l'absence de formation ne semble pas constituer un frein au fait d'assurer un renouvellement des ordonnances de buprénorphine. Un autre résultat important est l'absence de mise en évidence de freins à la prescription liés à l'opinion sur la buprénorphine.

Impacts potentiels de ces résultats et perspectives pour la décision publique (politique de santé publique, politique de l'autonomie, ...)

Dans un contexte de très forte augmentation du nombre de patients concernés (Palle 2019) et aux difficultés pour les CSAPA à orienter les patients vers les soins primaires une fois stabilisés, ce projet met en évidence le besoin crucial de communication et de coordination entre les CSAPA et le médecin généraliste. Des organisations de soins innovantes se sont développées en France, les microstructures en addictologie (MSP - CPTS - Microstructures médicales addictions), sous la forme d'une convention entre le cabinet du médecin généraliste et un CSAPA pour apporter un accompagnement psychologique et social au médecin généraliste. Un essai randomisé a montré que les résultats cliniques des patients consultant dans ces microstructures étaient équivalents, voire supérieurs à ceux des patients consultant en CSAPA (Hedelin 2004). Ce mode d'organisation des soins primaires pourrait être une réponse pour renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes. D'autres organisations de soins comme les dispositifs de soins partagés ou les modèles de soins collaboratifs en santé mentale pourraient être des sources d'inspiration.