



**Prévention et prise en charge somatique
des patients sous traitement de
substitution aux opiacés en médecine
générale à Bruxelles :
étude de cohorte comparative rétrospective.**

Dr Antunes Madeira Joana

Promotrice : Dr Richelle Lou

**Travail de fin d'études
Master de spécialisation en médecine générale
Université Catholique de Louvain
Année 2020-2021**

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidé et permis de mener à bout ce travail.

Tout d'abord, ma promotrice, le Dr Lou Richelle, pour son expertise en la matière mais également pour tous ses conseils à chaque étape de mon travail de fin d'étude.

Ensuite, mes maitres de stage, le Dr Cuvelier et le Dr de Buggenoms pour leur écoute, disponibilité et partage de leur expérience dans la prise en charge des patients. Les maisons médicales de l'Enseignement et des Marolles pour leur accueil et pour la mise à disposition des dossiers patients afin de réaliser cette étude.

Après, la plateforme de support en méthodologie et calcul statistique et plus particulièrement Mme Céline Bugli pour ses conseils en la matière.

Enfin, je remercie également mes proches pour leur soutien ainsi que ma sœur, mon beau-frère ainsi que mon conjoint pour leur relecture.

Résumé

Contexte :

La prévalence des patients sous traitements de substitution aux opiacés, c'est-à-dire un traitement de la dépendance à l'héroïne à l'aide d'un opiacé de substitution tel que la méthadone ou la buprénorphine, dans la population active n'est pas négligeable. Cette population a un taux de mortalité dix fois supérieur à la population générale. Les patients rapportent eux-mêmes une moins bonne santé subjective et la présence de comorbidités est fréquente dans cette population. Pourtant, il n'existe presque pas d'études sur la prévention et la présence de maladies chroniques chez ce public en Belgique.

Méthodologie :

Étude de cohorte rétrospective basée sur une étude des dossiers médicaux dans deux maisons médicales à Bruxelles. On y a comparé la prévention et la prise en charge somatique des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à un groupe contrôle apparié selon l'âge et le sexe entre 2014 et 2019.

Résultats :

Les données ont été collectées sur un total de 172 patients dont 86 patients sous TSO et 86 patients contrôles. L'âge moyen du patient sous TSO était de 48 ans et le ratio homme/femme était de 8/2. Il y avait deux fois plus de patients fumeurs chez les patients sous TSO par rapport à la population contrôle. Parmi les patients sous TSO, 51% avaient une dépendance à l'alcool (OR=6.4, IC 95% : 3.5-13.5), 76% étaient fumeurs (OR=6.1, IC 95% : 3.1-12), 60,2% consommaient régulièrement au moins une substance illicite (OR=7.3, IC 95% : 3.1-17.1) et 46% consommaient des benzodiazépines (OR=17.6, IC 95% : 12,7-24,2). Les patients sous TSO ont bénéficié de moins de soins de prévention primaire et secondaire par rapport au reste de la population. 81% des patients sous TSO présentaient au moins une comorbidité somatique documentée dans leur dossier médical dont 30% cumulaient au moins deux comorbidités. Les prévalences de l'hypercholestérolémie (48,8%), de l'hépatite C (25,8%), de la BPCO/emphysème (20,9%) et de l'hépatite B chronique (19%) étaient plus élevées dans le groupe TSO par rapport aux chiffres issus de la littérature pour la population générale de manière statistiquement significative (p-value <0,05).

Conclusion :

Les patients sous TSO présentent plus de facteurs de risque de comorbidités, bénéficient de moins de prévention primaire et secondaire que le reste de la population. Ils souffrent de plus de pathologies chroniques que le reste de la population. Enfin, ces pathologies semblent apparaître plus tôt dans leur vie.

Mots-clés : usagers de drogues, traitement substitution aux opiacés, méthadone, prévention, comorbidités, médecin généraliste, cohorte.

Q-Codes : QC41, QC42, QD322, QD41, QD42, QD43, QR322, QS41

Liste des abréviations

BPCO = Broncho-Pneumonie Chronique Obstructive

CBIP = Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique

DMI = Dossier Médical Informatisé

FARES = Fonds des Affections Respiratoires

HTA = Hypertension Artérielle

IRC = Insuffisance Rénale Chronique

ITSS = Infection Transmissible sexuellement et par le sang

MME = Maison Médicale de l'Enseignement

MMM = Maison Médicale des Marolles

RVS = Réponse Virale Soutenue

TA = Tension Artérielle

TSO = Traitement Substitutif aux Opiacés

VHC = Virus Hepatite B

VHC = Virus Hepatite C

VIH = Human Immunodeficiency Virus

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	2
Liste des abréviations	3
1. Introduction	5
2. Méthodologie	7
2.1 Recherche bibliographique	7
2.2 Revue des dossiers	8
2.2.1 Choix des maisons médicales	8
2.2.2 Description de l'échantillon de patients.....	8
2.2.3 Collecte des données.....	10
2.2.4 Méthode d'analyse des données.....	10
2.3 Diagramme de Gantt	11
2.4 Aspects éthiques et confidentialité des données	11
3. Résultats	12
3.1 Recherche bibliographique	12
3.1.1 Traitement de substitution aux opiacés	12
3.1.2 Pathologies somatiques chroniques chez les anciens usagers de drogues et recommandations de bonnes pratiques pour le suivi.....	14
3.1.3 Prise en charge médicale spécifique au patient sous TSO.....	15
3.1.4 Recommandations de prévention chez tout patient.....	18
Voir annexe 2.	18
3.2 Étude rétrospective	19
3.2.1 Données démographiques des patients sous TSO.....	19
3.2.2 Facteurs de risque	20
3.2.3 Prévention primaire.....	21
3.2.4 Prévention secondaire.....	22
3.2.5 Prévention tertiaire : suivi des pathologies chroniques	25
4. Discussion	28
4.1 Choix du lieu et population étudiée	28
4.2 Données issues de la littérature	28
4.3 Résultats principaux de l'étude	29
4.4 Considérations méthodologiques	33
4.5 Recommandations pour le médecin généraliste	35
4.6 Pistes de travail	37
5. Conclusion	40
6. Annexes	41
Annexe 1 : Récolte des données	41
Annexe 2 : recommandations chez tout patient	42
Annexe 3 : Tableaux (Détails)	46

1. Introduction

Pendant mes deux premières années d'assistantat, j'ai eu la chance de travailler dans deux maisons médicales situées dans différents quartiers de Bruxelles. L'une s'occupe d'une population plutôt fort précarisée et l'autre prend en charge une patientèle plus diversifiée mais avec beaucoup de patients avec des troubles liés à l'usage de substances. C'est dans ce contexte que j'ai eu l'occasion de suivre des patients usagers de drogues et principalement des anciens héroïnomanes dépendant d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO).

Je me suis très vite rendue compte que le temps de consultation pour ces patients était beaucoup plus court que celui des autres et que, la plupart du temps, les consultations se limitaient au renouvellement d'ordonnances. Dans la foulée des consultations, un patient qui avait rendez-vous pour cela permettait parfois au médecin de souffler un coup entre deux patients. De plus, les patients sous TSO sont eux-mêmes peu demandeurs de soins : leur dépendance et les difficultés psychosociales auxquelles ils sont confrontés prennent une place déjà tellement importante dans leur quotidien qu'ils priorisent moins les problèmes liés à leur santé physique.

Dans ce sens, une étude rétrospective publiée dans le *European Journal of General Practice* a comparé la présence de maladies chroniques et les comorbidités entre les patients suivant un traitement par méthadone et les témoins pour les soins primaires. Il en ressort que les patients sous méthadone sont plus à risque de développer des pathologies respiratoires, psychiatriques et infectieuses. Mis à part les soins de routine liés à la méthadone et les maladies liées à la drogue, ils avaient plus de maladies chroniques. En outre, « *les patients ayant des antécédents de dépendance aux opiacés rapportent subjectivement une santé physique plus mauvaise que les témoins dans les études de santé autoévaluées et des taux plus élevés de maladie mentale et de toxicomanie* » (1).

De plus, le taux de mortalité lié à la drogue pour les patients qui utilisent de l'héroïne et d'autres opioïdes est élevé (2). Toutefois, les surdosages ne sont qu'un des facteurs qui contribuent au taux de mortalité élevé. Le traitement à la méthadone ou à la buprénorphine

réduit mais n'élimine pas le taux de mortalité élevé. Les infections transmissibles par le sang, les pathologies psychiatriques et la consommation problématique d'alcool sont des problèmes médicaux souvent étudiés chez les consommateurs de drogues injectables mais la compréhension des autres maladies chroniques courantes chez ces patients est moins avancée (3).

Sachant que ces traitements de substitution sont souvent de longue durée, les patients sont suivis pendant de nombreuses années de manière hebdomadaire, bi-mensuelle ou mensuelle, en fonction de leur degré de gestion du traitement.

Sortir de la routinisation de la prescription de leur traitement permettrait de réinvestir le patient dans son ensemble et pas seulement dans sa dimension d'usager de drogues.

L'objectif principal de ce travail fut de comparer la prise en charge en termes de prévention et de suivi des comorbidités entre les patients sous TSO et le reste de la population suivie par les médecins généralistes de deux maisons médicales à Bruxelles.

Objectifs intermédiaires :

- Déterminer les comorbidités dont souffrent les patients sous TSO.
- Proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients sous TSO.

2. Méthodologie

2.1 Recherche bibliographique

Questions de recherche :

Quelles sont les différences au niveau de la prise en charge somatique en termes de prévention et de suivi des comorbidités entre les patients sous TSO et le reste de la population ? De quels comorbidités souffrent les patients sous TSO? Ces pathologies sont-elles plus fréquentes chez les patients sous TSO par rapport à la population générale ?

Hypothèse :

Les patients sous TSO bénéficient de moins de prévention et sont moins suivis pour leurs pathologies somatiques en comparaison avec la population générale. Ils présentent plus de comorbidités.

Construction de l'équation de recherche :

Les termes MeSH suivant ont été utilisés : « opiate substitution treatments », « General Practice », « disease management », « prevention ».

Ressources :

- Niveau 4 : Métamoteurs de recherche EBM : CISMef, Tripdatabase
- Niveau 3 : Guidelines/ Guide de pratique Clinique:
 - o Guidelines belges : EBPracticeNet, SSMG
 - o Guidelines étrangers : HAS
- Niveau 2 : Analyse critique des publications : Cochrane Library, Folia Pharmaceutica (CBIP)
- Niveau 1 : études primaires : Big 5, Medline (Pubmed)

Équation finale de recherche Pubmed :

((((((((opiate substitution treatments) OR opioid substitution therapy) OR opioid substitution treatment) OR opiate replacement therapy) OR Opioid Medication Assisted Treatment) OR methadone/therapeutic use) OR buprenorphine/therapeutic use)) AND (((("general practice") OR "general practitioner") OR "general practice physician")) AND (("disease management") OR "prevention")) NOT "pregnancy") NOT "adolescent" AND "humans" filter : Human

- La littérature grise a également été consultée : CSS, Sciensano, OMS,...

2.2 Revue des dossiers

2.2.1 Choix des maisons médicales

C'est au sein de la maison médicale de l'Enseignement (MME) à Bruxelles que j'ai initialement choisi d'analyser les dossiers médicaux car c'est là que j'ai initié ma réflexion. Ces patients sont suivis depuis très longtemps par les trois autres médecins de la maison médicale.

Pour réellement se rendre compte de la problématique et afin de limiter les biais liés à la pratique des médecins généralistes et au suivi des patients au sein de la MME, j'ai également récolté les données de la maison médicale des Marolles (MMM). La MMM se situe dans un autre quartier de Bruxelles et prend également en charge beaucoup de patients sous TSO.

Les deux maisons médicales travaillent sous le régime du forfait pour les soins de médecine générale, soins infirmiers et soins de kinésithérapie.

2.2.2 Description de l'échantillon de patients

2.2.2.1 Sélection des patients sous TSO

Les patients ont été sélectionnés en suivant la même procédure, sur le logiciel Epicure.

Au sein des deux maisons médicales :

1. Sélection générale sur base des éléments de santé encodés dans le DMI :
« dépendance aux opiacés » ou « dépendance à la méthadone »
2. Sélection selon les critères d'inclusion/abandon/exclusion

Critères d'inclusion :

- Patients ayant un traitement chronique de substitution aux opiacés par de la méthadone ou la buprénorphine.
- Patients suivis régulièrement (≥ 5 consultations/an) en consultation lors de la période étudiée : 01/01/2014 au 01/01/2019
- Patient âgé ≥ 18 ans.

Critères d'abandon :

- Décès durant la période de l'étude

- Désinscription de la MM/arrêt du suivi pendant la période étudiée
- Début de suivi > 2014
- Expulsion de la MM

Critères d'exclusion :

- Dépendance aux opiacés autres que la méthadone ou la buprénorphine (ex : tramadol)

Initialement, il y avait 84 patients à la MME et 80 patients à la MMM encodés sous l'élément de santé « dépendance aux opiacés ou méthadone ». Les critères de sélection et d'abandon ont permis de ne retenir que 53 patients à la MME et 33 patients MMM (**Figure 1**)

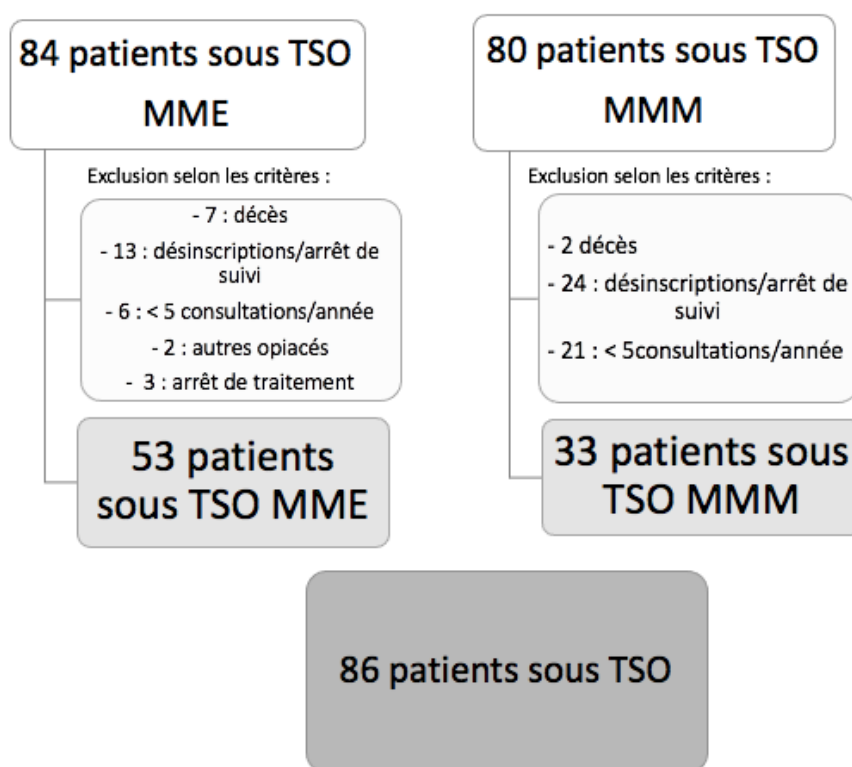


Figure 1 : Sélection des patients sous TSO

2.2.2.2 Sélection de l'échantillon contrôle

Les contrôles ont été appariés pour leur âge, sexe, suivi régulier (≥5 consultations/an) entre le 01/01/2014 et le 01/01/2019 parmi les patients actifs du DMI de façon aléatoire.

Ainsi, un échantillon contrôle a été constitué au hasard dans chaque maison médicale permettant de comparer les données et de diminuer les biais liés au manque d'encodage.

2.2.3 Collecte des données

Les données récoltées ont été reprises dans l'**annexe 1**.

2.2.4 Méthode d'analyse des données

La majorité des éléments ont été analysés de manière qualitative selon le fait que les données aient été rapportées ou non dans le DMI ou selon que la pathologie soit présente ou absente.

Les données ont été pseudonymisées et ensuite analysées sur l'outil statistique SPSS.

Analyse descriptive par le test du khi-carré afin de comparer les deux groupes. Cela consiste à étudier la relation entre deux variables qualitatives « *les données rapportées pour le groupe TSO* » et son « *groupe contrôle* ».

La **question de recherche** est : « Quelles sont les différences de prise en charge en termes de prévention et de suivi des comorbidités entre les patients sous TSO et le reste de la population ? ».

H0 = Hypothèse nulle : il n'existe pas d'association entre le sous-groupe du patient et les données rapportées : « *les données rapportées pour le groupe TSO* » = « *les données rapportées dans le groupe contrôle* ».

H1 = Il existe une association significative entre le sous-groupe du patient et les données rapportées : Hypothèse alternative : « *les données rapportées pour le groupe TSO* » ≠ « *les données rapportées dans le groupe contrôle* ».

Le khi-carré théorique correspond à 3,84 pour un degré de liberté de 1 et un risque d'erreur $\alpha = 0,05$.

2.3 Diagramme de Gantt

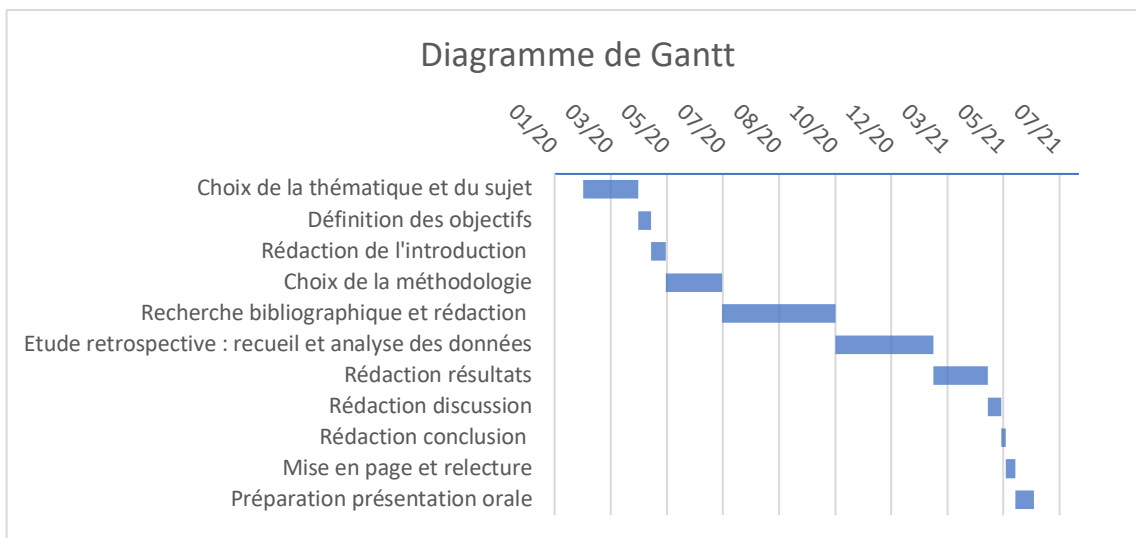


Figure 2 : Diagramme de Gantt

2.4 Aspects éthiques et confidentialité des données

Le Comité d'Ethique hospitalo-facultaire Saint-Luc-UCL a été sollicité et a approuvé cette étude le 11/01/2021, sous la référence 2020/16DEC/627.

Le consentement du patient pour l'analyse des dossiers cliniques n'a pas été demandé mais l'accord des médecins a été donné.

La confidentialité des données de l'étude a été assurée par une pseudonymisation des données sensibles du patient : chaque patient s'est vu attribuer un nombre croissant de 1 à 172 (sans lien avec la date de naissance, ni avec une autre donnée à caractère personnel) qui a remplacé son nom, prénom et date de naissance (uniquement l'âge a été récolté).

Les données ont été encodées dans un seul fichier Excel uniquement accessible par moi-même et protégé par un mot de passe.

3. Résultats

3.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a eu pour but de contextualiser la problématique et de mieux cerner les zones d'ombres.

3.1.1 Traitement de substitution aux opiacés

3.1.1.1 Définition

Un traitement de substitution consiste à remplacer l'usage illégal d'héroïne (opioïde à courte durée d'action) par un usage contrôlé de méthadone (par voie orale) ou de buprénorphine (par voie sublinguale, associée ou non à la naloxone ; par voie sous-cutanée, sous forme de préparation dépôt) qui sont des opiacés à longue durée d'action. Les principaux objectifs sont de diminuer l'envie (*craving*) d'opioïdes, les comportements à risque, la morbi-mortalité liées aux drogues, permettre l'insertion dans un processus thérapeutique permettant la prise en charge somatique et psychiatrique et de favoriser la réintégration sociale du toxicomane (4).

3.1.1.2 Épidémiologie

1) Caractéristiques sociodémographiques

Une étude réalisée par Transit¹ principalement sur base des données de Pharmanet², rapportait des chiffres concernant les patients sous TSO domiciliés dans la région de Bruxelles-Capitale (5). Selon cette étude, il y avait 2327 patients sous TSO en 2017 domiciliés dans la région de Bruxelles-Capitale, dont 20% uniquement à Bruxelles-ville. C'était la commune, parmi les 18 autres, qui comptait le nombre le plus important de patients sous TSO.

¹ ASBL bruxelloise : centre d'accueil et d'hébergement d'urgence, à bas seuil d'accès, spécialisé dans la prise en charge des personnes souffrant d'assuétudes aux drogues licites et illicites.

² Pharmanet est une banque de données sur les prestations pharmaceutiques effectuées par les pharmacies publiques et remboursées par l'assurance soins de santé obligatoire. (INAMI)

La prévalence des patients sous TSO dans la population active (16-64 ans) était estimée à 3/1000. 70 % des patients avaient entre 41 et 60 ans et 23% entre 26 et 40 ans, la moyenne d'âge étant de 46,5 ans. Parmi ces patients, il y avait environ 80% d'hommes.

Le profil de patients sous TSO à Bruxelles était semblable au profil de patients sous TSO au niveau européen. La prévalence des patients sous TSO en Europe était de 0,4% : 26% de femmes et 74% d'hommes. La population était globalement plus jeune au niveau européen : 50% entre 41 et 60 ans et 50% entre 26 et 40 ans (6).

2) Mortalité

La mortalité liée à la dépendance à l'héroïne non traitée est d'environ 1-3% par an. Ce qui correspond à un risque de mortalité en moyenne dix fois supérieur à celui de la population générale (7).

Ce taux de mortalité annuel passe à 0,6% sous un traitement par de la méthadone par la réduction de mortalité par un surdosage d'héroïne. La mortalité sous méthadone reste 5 fois plus élevée que celle de la population générale du même âge.

La méthadone présente un risque de décès plus important qu'avec d'autres opiacés. Les périodes de haut risques de mortalité sont principalement la phase d'induction (surtout les quatre premières semaines) du traitement à la méthadone et le temps immédiatement après la fin du traitement avec les deux médicaments. C'est durant cette période qu'il faut concentrer les efforts afin de prévenir les décès liés aux drogues. Le risque de mortalité dans les quatre semaines immédiatement après l'arrêt de l'un ou l'autre traitement pourrait dépasser les 30 décès/1 000 années-personnes (3%/an) (2).

3.1.1.3 Cadre légal

L'utilisation de la méthadone et de la buprénorphine dans le traitement de substitution du sevrage ou le traitement d'entretien est définie dans la législation belge.

Ces traitements sont prescrits en Belgique depuis les années 70 et sont autorisés par consensus³ depuis 1994.

Ce traitement s'inscrit dans un cadre légal, la loi du 22 août 2002. Elle est définie de la manière suivante :

³ Conférence de consensus du 8 octobre 1994 « Traitement de substitution à la méthadone ».

« Tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie et à obtenir si possible le sevrage du patient ».

L'arrêté royal du 19 mars 2004 modifié ensuite par l'arrêté royal du 6 octobre 2006 réglementent les modalités, les conditions de prescriptions et de délivrance (8).

3.1.2 Pathologies somatiques chroniques chez les anciens usagers de drogues et recommandations de bonnes pratiques pour le suivi

Tout patient usager de drogue devrait bénéficier d'un dépistage du VIH, VHC et VHB.

Le mode de consommation de drogue influence le risque d'attraper une infection. Ceux qui pratiquent l'injection ont plus de risque d'attraper une infection transmissible par le sang en partageant leur matériel d'injection. De plus, le fait de consommer de l'héroïne influence les comportements sexuels à risque (9).

1) L'hépatite C :

- La prévalence de l'hépatite C chronique parmi les personnes qui s'injectent des drogues était approximativement de 40% (10). Selon le rapport européen sur les drogues (2018), « la prévalence des anticorps anti-VHC oscillait de 15-82% et le VHC était davantage prévalent chez des usagers de drogues par injection plus âgés » (6).
- Dans les cas aigus, les symptômes comprenaient un ictère, un mauvais état général et une hépatomégalie. La majorité des cas sont des porteurs asymptomatiques de la maladie (11).
- Le TSO était associé à une réduction de 50% du risque de nouvelle acquisition de VHC (10).

Recommandations sur le dépistage et suivi de l'hépatite C [\(10\)](#) [\(11\)](#) :

- *Les patients usagers de drogues devraient être testés pour leur anticorps anti-VHC et ARN VHC.
Ceux qui ont un ARN du VHC négatif (PCR négative) devraient être testés annuellement pour l'ARN VHC et après tout épisode d'injection à haut risque (A1).*
- *Les individus positifs aux anticorps anti-VHC et négatifs à l'ARN du VHC doivent être retestés pour l'ARN du VHC 12 et 24 semaines plus tard pour confirmer la clairance définitive.*
- *Tous les patients usagers de drogues infectés par le VHC ont une indication pour la thérapie antivirale car les thérapies à base d'antiviraux directement actifs sont sûres et efficace chez les patients sous TSO infectés par le VHC (sans nécessité d'ajustement de la dose du TSO) (A1).*
- *L'éducation pré-thérapeutique devrait inclure des discussions sur la transmission du VHC, sur les facteurs de risque de progression de la fibrose, les stratégies de traitement, de risque de réinfection et de réduction des risques (B1).*

2) VIH

La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables était de 20-40% au niveau mondial [\(12\)](#). En région Bruxelloise, des données issues du Projet Lama⁴ (2016), rapportaient que sur environ 800 usagers de drogues (sans distinction du mode de consommation), 42,5% ont bénéficié d'un dépistage au VIH et que le test s'est révélé positif pour 5,6% d'entre eux.

3) Hépatite B

Selon le rapport européen sur les drogues (2018) : « *entre 1,5 et 11% des consommateurs de drogues par injection seraient actuellement infectés par le VHB* » [\(6\)](#).

3.1.3 Prise en charge médicale spécifique au patient sous TSO

1) Pathologie hépatique

Bien qu'un dysfonctionnement hépatique stable ne semble pas affecter les niveaux de méthadone, en cas de cirrhose décompensée aiguë, il faudrait envisager de diminuer la

⁴ Le Projet Lama : ASBL : accompagnement thérapeutique de toxicomanes en milieu urbain.

dose et les benzodiazépines doivent être évitées. La demi-vie des benzodiazépines peut être prolongée dans la dysfonction hépatique, et les benzodiazépines peuvent déclencher une encéphalopathie. (13)

Hépatotoxicité liée à la consommation d'alcool :

La consommation problématique d'alcool était présente chez 35% des patients sous méthadone en Europe et associée à de graves conséquences pour la santé.

Chez les patients ayant un mésusage à l'alcool, il convient de savoir si celui-ci précédait ou pas l'initiation du TSO. Il peut y avoir une co-dépendance ou une surconsommation compensatoire dû à un sous-dosage de la méthadone (l'alcool diminue la durée d'action de la méthadone). Dans ce dernier cas, il y a une augmentation du craving et un risque accru de surdosage mortel par opiacés.

De plus, l'impact négatif est d'autant plus important chez les patients ayant une infection chronique par l'hépatite C car il augmente le risque de progression vers une cirrhose hépatique ou un surdosage d'opiacés.

Recommandations sur le sevrage de l'alcool (13) :

- *Le médicament de première intention utilisé pour traiter la dépendance à l'alcool, la naltrexone, est contre-indiqué chez les patients sous méthadone.*
- *Les alternatives disponibles incluent le **disulfirame** et **acamprosate**.*
- *Pour éviter la toxicité des benzodiazépines, les patients sous méthadone en sevrage alcoolique doivent recevoir de plus petites doses de lorazépam (par exemple, 1-2 mg) plutôt que de diazépam.*

2) Pathologie respiratoire

Selon une étude anglaise récente sur l'asthme et la BPCO chez les personnes dépendantes d'opiacés : « *la prévalence de ces deux maladies étaient plus élevée chez les patients sous méthadone (14,2% et 12,4%, respectivement) par rapport à des patients ne recevant pas de méthadone (4,4% et 1,1%, respectivement). La prescription de méthadone était un prédicteur indépendant pour la BPCO et l'asthme, même après ajustement pour le statut*

de fumeur et l'intensité du tabagisme. La fréquence du tabagisme chez les patients sous méthadone environnait les 73,5-94% » (14).

Une explication possible consistait en « une atteinte précoce pulmonaire type emphysème résultant d'une hypersensibilité des cellules épithéliales pulmonaires liée au tabagisme à l'héroïne entraînant des symptômes respiratoires persistants. Pour l'asthme, d'autres explications, incluaient un mécanisme pharmacologique direct de l'héroïne qui déclenche une bronchoconstriction réversible par libération d'histamine déclenchant un asthme aigu. »

Recommandations sur les précautions à avoir en cas de maladie respiratoire :

1. Les patients sous méthadone qui développent une maladie respiratoire aiguë et grave (pneumonie, exacerbation de la BPCO) doivent être étroitement surveillés à la fois pour l'aggravation de la fonction respiratoire et pour la toxicité de la méthadone.
2. Cet effet dépresseur respiratoire de la méthadone peut contribuer au taux de mortalité chez les utilisateurs de méthadone.
3. L'arrêt brutal de la méthadone doit être évité car le sevrage peut entraîner des complications cardiorespiratoires dues à l'anxiété et à l'agitation.

3) Pathologies cardiaques

La méthadone entraîne un allongement de l'intervalle QT. Cependant, selon une étude publiée dans la revue Cochrane en 2013, « aucune preuve n'a été trouvée soutenant l'utilisation de l'électrocardiogramme (ECG) pour prévenir les arythmies cardiaques chez les personnes dépendantes aux opiacées traitées à la méthadone » (7).

Faire du dépistage de torsades de pointes juste sur base de la mesure de l'allongement de l'intervalle QTc est insuffisant car certaines tachyarythmies ventriculaires ne sont pas nécessairement précédées d'une prolongation du QTc. Le risque est de faire passer à côté d'autres facteurs de risque important en diminuant de ce fait la sécurité des patients.

Le lien entre un allongement de l'intervalle QT à l'ECG et l'apparition d'une arythmie est un processus complexe : elle ne survient généralement qu'en **présence de plusieurs facteurs de risque**⁵ ([15](#)).

4) Prévention primaire : vaccination contre la grippe

Compte tenu la morbi-mortalité de cette population, ces patients représentent une cible importante pour la vaccination contre la grippe. Selon une étude britannique ([16](#)) ayant réalisé une campagne de vaccination contre la grippe dans des centres prenant en charge des patients sous TSO, 50% des patients seraient dans un groupe à risque et pourraient donc en bénéficier.

3.1.4 Recommandations de prévention chez tout patient

Voir annexe 2.

⁵ *Prise simultanée de deux médicaments allongeant l'intervalle QT, prise simultanée d'un médicament allongeant l'intervalle QT avec un médicament qui inhibe son métabolisme, avec un médicament bradycardisant ou avec un médicament susceptible de provoquer des troubles électrolytiques. Les β -bloquants (à l'exception du sotalol), le diltiazem et le vérapamil ne posent probablement pas de problème dans ce cadre, malgré leur effet bradycardisant. D'autres facteurs de risque sont: âge > 65 ans, sexe féminin, cardiopathies (insuffisance cardiaque, ischémie, bradycardie, bloc auriculo-ventriculaire du deuxième et troisième degré), troubles électrolytiques (hypocalcémie, hypokaliémie, hypomagnésémie). CBIP : facteurs de risque des torsades de pointes.*

3.2 Étude rétrospective

Les données ont été collectées entre le 01/01/2014 et le 01/01/2019 sur 172 dossiers-patients : 86 patients sous TSO et 86 patients contrôles appariés selon le sexe et l'âge :

- Maison médicale de l'Enseignement : 53 patients sous TSO et 53 patients contrôles
- Maison médicale des Marolles : 33 patients sous TSO et 33 patients contrôles

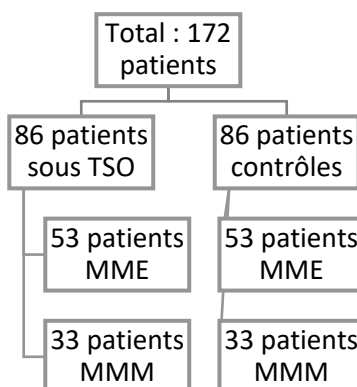


Figure 3 : répartition des patients selon les groupes

3.2.1 Données démographiques des patients sous TSO

Tableau 1 : Données issues du DMI concernant les données démographiques des patients sous TSO

	Patients sous TSO MME (N=53)	Patients sous TSO MMM (N=33)
Age moyen	47,8	49,3
Ratio Ho/Fe	8/2	8/2

MME :

Il y avait 53 patients sous TSO sur 1650 patients fréquentant la MME régulièrement entre 2014 et 2019. La prévalence était de 3,2%. Il y avait 42 hommes et 11 femmes (ratio 8/2). L'âge moyen était de 47,8 années.

MMM :

Il y avait 33 patients sous TSO sur 2600 patients fréquentant la MMM régulièrement entre 2014 et 2019. La prévalence était de 1,2 %. Il y avait 27 hommes et 6 femmes (ratio 8/2). L'âge moyen était de 49,3 années.

3.2.2 Facteurs de risque

Tableau 2 : Données issues du DMI concernant les facteurs de risques (Détails annexes)

	Total Groupe TSO (N=86)	Total patients contrôle (N=86)	Khi-carré	p-value	Odds Ratio (intervalle de confiance 95%)
Dépendance drogues licites					
- Tabac	76,7%	34,8%	30,5	0,000	6,1 (3,1-12)
- Alcool	51,1%	13,9%	27	0,000	6,4 (3,5 – 13,5)
Consommation drogues illicites					
• Cannabis	44,1%	8,1%			
• Polyconsommation	16,2%	5,8%			
• Total	60,2%	13,9%	25,3	0,000	7,3 (3,1-17,1)
Dépendance aux benzodiazépines	46,5%	4,6%	39,5	0,000	17,6 (12,7-24,2)

Le **tableau 2** indique que 66 patients sous TSO sur 86 (76,7%) étaient fumeurs contre 30 sur 86 (34,8%) au niveau du reste de la population.

44 patients sous TSO (51,1%) avaient une consommation problématique d'alcool contre 12 patients contrôles (13,9%).

52 patients sous TSO (60,4% du total) consommaient au moins une substance illicite (44,1% : cannabis et 16,2% : polyconsommation) par rapport à 12 patients (13,9% du total) dans la population contrôle (8,1% : cannabis et 5,8% : polyconsommation). Les substances illicites les plus fréquemment consommées étaient premièrement le cannabis et ensuite la cocaïne dans les deux groupes.

46,5% des patients sous TSO consommaient également des benzodiazépines contre 4,6% dans la population contrôle. Les benzodiazépines les plus prescrites étaient en ordre décroissant le diazépam, le bromazépam, le lormétazépam et enfin le zolpidem.

Il y avait une différence de prescription au sein des deux maisons médicales. Il y avait une tendance à la prescription de benzodiazépines bien plus importante chez les patients sous TSO de la MMM (82% d'entre eux en consomment).

La proportion des personnes qui avait une dépendance au tabac (OR 6,1 IC 95% 3,1-12), à l'alcool (OR 6,4 IC 95% 3,5-13,5), aux drogues illicites (OR 7,3 IC 95% 3,1-17,1) et aux benzodiazépines (OR 17,8 IC 95% 5,9 – 17,8) était plus importante dans le groupe TSO par rapport au groupe contrôle de manière statistiquement significative selon le test du khi-carré (p-values 0,000).

3.2.3 Prévention primaire

3.2.3.1 Mesure du poids

Le suivi du poids (**tableau 3, annexe**) était globalement semblable entre les patients sous TSO et le groupe contrôle au sein même de chaque maison médicale.

Une prise de poids par an : MME (TSO 22,6% ; contrôle 22,6%) ; MMM (TSO 42,4% ; contrôle 60,6%).

Trois quarts des patients n'ont pas eu de mesure de leurs poids à la MME contre un quart à la MMM.

Il n'existait pas d'association significative entre la mesure du poids et le sous-groupe du patient (p-value 0,381).

3.2.3.2 Vaccination

Tableau 4 : Données issues du DMI concernant la couverture vaccinale

Couverture vaccinale	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle	Fisher ^b p-value
Vaccin grippe ^a	4/50 = 8 %	13/41 = 31,7 %	0,01
Vaccin tétanos	4/86 = 2,6 %	11/86 = 12,7 %	0,10

^a Vaccination contre la grippe pour les patients qui appartiennent à un groupe à risque (annexe 2), au moins une fois en 5 ans.

^b Le test du khi-carré n'est pas valable car les effectifs sont bas (<5). Le test de fisher a donc été utilisé.

On peut voir dans le **tableau 4** que la proportion des personnes qui ont été vaccinées contre la grippe était plus importante dans le groupe contrôle (31,7%) par rapport au groupe TSO (8%) de manière statistiquement significative (p-value 0,01).

Le groupe à risque était constitué de 50 patients dans le groupe sous TSO (58% des patients sous TSO).

12,7% des patients contrôles ont bénéficié d'une vaccination contre le tétanos en 5 ans contre 2,6% des patients dans la population sous TSO. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative (p-value 0,10) entre les deux groupes.

3.2.3.3 Dosage des lipides

Le groupe contrôle a bénéficié de plus de dosage du LDL-cholestérol (60,4%) par rapport aux patients sous TSO (37,2%) lorsque cela était recommandé (**tableau 5, annexe**).

De plus, 37,2% des patients sous TSO n'ont pas eu de dosage alors que c'était recommandé, contre 15,1% dans le groupe contrôle.

Pour le dosage du LDL-cholestérol, le degré de signification était de 0,002 ($p < 0,05$), il y avait donc une association significative entre le dosage du LDL-cholestérol et le sous-groupe du patient.

La prévalence de l'hypercholestérolémie parmi les patients dépistés était de 48,8% dans le groupe de patients TSO contre 67,2% dans le groupe contrôle (18% dans la population générale selon l'enquête de Sciensano, 2018 ([17](#))).

3.2.4 Prévention secondaire

3.2.4.1 Dépistage de l'HTA

Tableau 6 : Données issues du DMI concernant le dépistage de l'hypertension artérielle

	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle	Khi-carré	p-value
Prise de la TA et recommandé	50/86 = 58,1%	64/86 = 74,4%	8,31	0,01
Présence d'une HTA	10/60 = 16,6%	22/79 = 27,8%	2,40	0,12

Les médecins ont mesuré plus fréquemment la tension artérielle chez les patients contrôles par rapport au groupe sous TSO.

On peut voir dans le **tableau 6** que lorsque cela était recommandé, 58,1% des patients sous TSO ont bénéficié d’une mesure de leur TA par rapport à 74,4% des patients contrôles.

Chez 23,2% des patients sous TSO, la TA n’a pas été prise alors que c’était recommandé, contre 8,1% chez les patients contrôles.

Le degré de signification étant de 0,01 (<0,05), il y avait une association significative entre la prise tensionnelle et le sous-groupe de patient.

D’autre part, la fréquence de l’HTA était de 27,8% dans le groupe contrôle (17,6% dans la population générale selon une enquête Sciensano, 2018 ([17](#))) contre 16,6% dans le groupe de patients sous TSO.

La proportion de personnes hypertendues n’était pas différente l’une de l’autre de manière statistiquement significative (p-value 0,12).

3.2.4.2 Dépistages du diabète, IRC

Tableau 7 : Données issues du DMI concernant le dépistage du diabète et la présence du diabète

	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle	Khi-carré	p-value
Dépistage fait et recommandé (groupe risque)	34/55 = 61,8%	34/39 = 87,1%	19,07	0,00
Dépistage non fait et recommandé (groupe risque)	21/55 = 38,2%	5/39 = 12,9%		
Présence d’une hyperglycémie / dépistés	11/47 = 23,4%	17/69 = 24,6%	0,26	0,87
Présence d’un diabète / dépistés	3/47 = 6,3%	6/69 = 8,6%		

63,9% (55/86) des patients sous TSO contre 45,3% (39/86) de la population contrôle étaient à risque de développer un diabète selon les recommandations du dépistage du diabète ([18](#)).

Comme l’indique le **tableau 7**, 61,8% des patients sous TSO ont bénéficié d’un dosage de la glycémie lorsque cela était recommandé par rapport à 87,1% de la population contrôle. Cette différence était statistiquement significative (p= 0,00).

Parmi les patients ayant eu un dosage de la glycémie, la proportion de patients ayant présenté une hyperglycémie ou un diabète était globalement semblable dans les deux groupes avec un degré de signification 0,877 (hyperglycémie : TSO 23,4% vs contrôle 24,6% ; diabète : TSO 6,3% vs contrôle 8,6%). Ces données étaient proches des données épidémiologiques de la prévalence du diabète dans la population générale, estimée à 6,33% en Belgique en 2014 ([17](#)).

La population contrôle a eu plus de dosage de la fonction rénale que la population sous TSO (83,7% vs 56,9%). Il existait une association significative (0,00) entre le sous-groupe patient et le dosage de la fonction rénale (**tableau 8, annexe**).

Par contre, la faible fréquence de l'insuffisance rénale dans les sous-groupes (TSO 4% vs contrôle 2,7%) n'a pas permis de conclure à une association significative entre la présence de la maladie et le sous-groupe du patient. La prévalence de l'insuffisance rénale dans la population générale est estimée entre 2,5 et 13% ([19](#)).

3.2.4.3 Dépistages validés des cancers

Vu les faibles effectifs, le test exact de Fisher a été utilisé pour l'analyse des données concernant le dépistage validé des cancers (**tableau 9, annexe**).

La proportion de femmes ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus était plus importante dans le groupe contrôle (9/17 = 52,9%) par rapport au groupe TSO (3/17 = 17,6%) de manière statistiquement significatif (p-value 0,03).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes ni pour le dépistage du cancer du sein (TSO 42,8% ; contrôle 71,4%, p-value 0,29), ni pour le dépistage du cancer colorectal (TSO 12,5% ; contrôle 21,8%, p-value 0,25).

3.2.4.4 Dépistages maladies infectieuses

Les données ont été relevées uniquement dans le sous-groupe TSO et analysées de façon descriptive car il était difficile de déterminer, pour la population contrôle sur base du DMI, si le patient entrainait dans les critères du groupe à risque.

Les statuts infectieux pour le VHB et le VIH ont été recherchés à la biologie chez environ 40% des patients sous TSO. Le statut infectieux pour le VHC a été recherché chez 67,4% des patients sous TSO (**tableau 10, annexe**).

Tableau 11 : Données issues du DMI concernant la présence de pathologies infectieuses

Présence infectieuse	maladie	Patients sous TSO à la MME	Patients sous TSO à la MMM	Total
Ag Hbs +		4/21 = 19% ^a	0/13= 0%	4/34 = 11,7%
Ac anti-VHC +, PCR absente		6/33 = 18%	12/25= 48%	18/58 = 31%
Ac anti-VHC +, PCR +		13/33= 39,3%	2/25= 8%	15/58 = 25,8%
Ac anti-VHC +, PCR -		-	3/25= 12%	
Ac anti-VIH +		0/20	1/18= 5,5%	1/38 = 2,6%

^a Les chiffres ont été rapportés au nombre de personnes dépistées pour la pathologie en question et non au groupe en entier.

Comme indiqué dans le **tableau 11**, l'antigène Hbs était positif chez 11,7% des patients sous TSO dépistés. Un patient sous TSO (2,6% des patients testés pour le VIH) dans l'étude était atteint du VIH.

La fréquence de l'hépatite C active (sérologie positive, confirmée par un test PCR positif) parmi la population sous TSO était de 25,8%. Il existait de grandes différences entre les deux maisons médicales à ce niveau-là (MME 39,3% ; MMM 8%). De plus, 31% des patients avaient une sérologie positive sans confirmation par un test PCR (MME 18%, MMM 48%).

3.2.5 Prévention tertiaire : suivi des pathologies chroniques

3.2.5.1 Suivi Hépatite C chronique

Tableau 12 : Données issues du DMI concernant le suivi de l'VHC

	Patients sous TSO MME	Patients sous TSO MMM	Total
VHC+ (PCR+)/total	13/53 = 24,5%	2/33 = 6%	15/86 = 17,4 %
VHC+ (PCR+) /patients dépistés	13/33 = 39,3%	2/25 = 8%	15/58 = 25,8 %
Suivi gastro-entérologie	11/13 = 84,6%	2/2 = 100%	13/15 = 86 %
Traitement VHC jusqu'à RVS	8/13 = 61,5%	2/2 = 100 %	10/15 = 66%

MME :

Le **tableau 12** indique que 84,6% (11/13) des patients avec un test PCR + ont été suivi par un spécialiste gastro-entérologue :

- 8 patients ont été traités jusqu'au bout (8/13=61,5%)
- 1 patient n'a pas bénéficié du traitement au moment où il a fait les bilans car jusqu'en 2016, il fallait être à un stade de fibrose hépatique F3 ou F4 pour pouvoir bénéficier de la gratuité du traitement.
- 2 patients ont interrompu le traitement.

MMM :

2 patients sur les 25 (8%) qui présentaient des anticorps anti-VHC ont eu une confirmation par un test PCR + et ont été suivi ainsi que traité par le gastro-entérologue.

12 patients sur 25 dépistés (48%) présentaient des anticorps anti-VHC mais sans test PCR. Pour ces patients, il n'y avait pas de notion de suivi par un gastro-entérologue pendant la période de l'étude.

3.2.5.2 Suivi HTA

En termes de fréquence, le suivi de la TA chez les patients hypertendus était plus régulier dans le sous-groupe contrôle (54,5% ont eu une mesure de leur TA >2x/an) par rapport au sous-groupe TSO (30% : mesure TA <1x/an ; 60% : mesure TA 1-2x/an), (**tableau 13, annexe**).

La proportion de patients ayant une HTA traitée et contrôlée était plus importante dans la population contrôle par rapport au groupe sous TSO (54,5% contre 37,5%) mais n'a pas atteint le seuil de signification (p-value 0,18).

3.2.5.3 Maladies respiratoires

Tableau 14: Données issues du DMI concernant le suivi des pathologies respiratoires

	Patients sous TSO MME	Patients sous TSO MMM	Total
Maladies respiratoires :	17/53 = 32%	9/33 = 27,2%	26/86 = 30,2%
-BPCO			16/86 = 18,6%
- asthme			8/86 = 9,3%
- emphysème			2/86 = 2,3%
EFR/avis pneumologue chez les patients avec une pathologie respiratoire	8/17 = 47%	3/9 = 33,3%	11/26 = 42,3%
Traitement pathologie respiratoire	6/17 = 35,2%	5/9 = 55,5%	11/26 = 42,3%

Les données ont uniquement été récoltées dans le sous-groupe patients sous TSO au sein des deux maisons médicales. L'étude n'a pas permis de faire une comparaison avec le sous-groupe contrôle au niveau du suivi car la prévalence de pathologies respiratoires y était limitée.

Le **tableau 14** indique que 30,2% des patients sous TSO présentaient une pathologie respiratoire (18,6% BPCO, 9,3% asthme, 2,3% emphysème) documentée dans le DMI contre 7% dans le sous-groupe contrôle.

42% des patients sous TSO ont été suivi par un pneumologue et traité par un médicament inhalé, documenté dans le DMI.

Des données du FARES⁶ rapportent qu'il y a 4% de BPCO et 4-7% d'asthme dans la population générale belge.

3.2.5.4 Autres pathologies aiguës/subaiguës

⁶ FARES (Fond des Affections Respiratoires asbl) : association sans but lucratif qui se consacre à la lutte contre la tuberculose, à la prévention et à la gestion du tabagisme, et à l'information sur d'autres affections respiratoires chroniques.

Parmi les 86 patients sous TSO suivis durant une période de 5 ans, l'étude a également détecté :

- 5 cas de tuberculose
- 3 cas d'arrêt cardio-respiratoire sur surdosage méthadone
- 2 cas de septicémie
- 4 cas de cellulites
- 2 cas de thrombose veineuse profonde et 1 cas d'embolie pulmonaire

3.2.5.5 Résumé comorbidités

81,3% des patients sous TSO présentaient au moins une comorbidité somatique documentée dans leur dossier médical dont 30% cumulaient au moins deux comorbidités.

On remarque dans le **tableau 15** que les fréquences de l'alcoolisme (51,1%), de l'hypercholestérolémie (48,8%), de l'hépatite C (25,8%), BPCO/emphysème (20,9%) et de l'hépatite B chronique (19%) étaient plus élevées dans le groupe TSO par rapport à la population générale de manière statistiquement significative (p -value $<0,05$). Par contre, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la fréquence de l'HTA, du diabète, de l'insuffisance rénale, de l'asthme et du VIH.

Tableau 15 : Comparaison de la fréquence des pathologies chroniques chez les patients sous TSO avec les données épidémiologiques de la population générale

	Patients TSO	Population générale	p-value
VIH	2,6%	0,17%	0.15
Insuffisance rénale	4%	10%	0,09
Diabète	6,3%	6,3%	1
Asthme	9,3%	5,8%	1
Hépatite B chronique	11,7%	<2%	0,0001
HTA	16,6%	17,6%	1
BPCO/ Emphysème	20,9%	4%	0,0003
Hépatite C chronique	25,8%	1%	0,0001
Hypercholestérolémie	48,8%	18%	0,0001

4. Discussion

4.1 Choix du lieu et population étudiée

Les deux maisons médicales sont situées au centre-ville de Bruxelles et fonctionnent toutes les deux sous le régime du forfait. Ce sont des maisons médicales à bas seuil d'accessibilité ce qui signifie qu'elles n'ont aucune restriction d'accès si ce n'est que le patient doit vivre dans une zone délimitée de Bruxelles pour ceux qui ont un domicile. Elles prennent également en charge beaucoup de patients en séjour illégal en Belgique, dépendant de l'AMU⁷ octroyé par le CPAS. Beaucoup de patients sélectionnés dans l'étude ont leur domicile hors du quartier de la maison médicale car les usagers de drogues éprouvent des difficultés à trouver un médecin traitant.

Une enquête téléphonique récente réalisée par une accueillante de la MME a révélé que sur 68 maisons médicales en région de Bruxelles-Capitale; 35 déclaraient accepter de prendre en charge des patients sous TSO. Parmi ces dernières, certaines n'inscrivent plus de nouveaux patients et d'autres uniquement sous conditions que le patient soit stabilisé dans son traitement et pas agressif. On remarque donc que l'accessibilité aux soins pour ces patients n'est pas toujours aisée.

Les deux maisons médicales où l'étude a été réalisée partagent des caractéristiques communes mais ne permettent pas d'avoir une réelle vision des différentes pratiques à Bruxelles. Initialement, l'étude devait être étendue à une pratique à l'acte dans une autre commune mais le contexte pandémique et la surcharge de travail n'ont pas permis de mener à bout les recherches.

4.2 Données issues de la littérature

Il existe dans la littérature internationale des études concernant l'efficacité des TSO chez les patients usagers de drogues. Cependant, il existe qu'un nombre très limité voire inexistant d'études sur la prévention, la présence d'autres maladies chroniques et la prise en charge de celles-ci par le médecin généraliste.

⁷ Aide Médicale Urgente : aide à caractère exclusivement médical concernant les soins préventifs et curatifs ; les soins prodigués de manière ambulatoires et ceux procurés dans un établissement de soins.

4.3 Résultats principaux de l'étude

Partant de l'hypothèse initiale que « *les patients sous TSO bénéficient de moins de prévention, sont moins suivis pour leurs pathologies somatiques et présentent plus de comorbidités en comparaison avec la population générale* », l'objectif principal de ce travail était de comparer cette prise en charge afin d'objectiver la problématique.

Le choix de l'étude (cohorte rétrospective comparative) semble judicieux et a permis de répondre à l'hypothèse de recherche.

a) Données démographiques

Le profil du patient sous TSO était semblable au sein des deux maisons médicales : âge moyen de 48 ans et même ratio homme/femme (8/2).

L'échantillon de patients semblait être bien représentatif de la population de patients sous TSO à Bruxelles et en Europe ([5](#), [6](#)).

b) Facteurs de risque

Il y avait deux fois plus de patients fumeurs chez les patients sous TSO par rapport au reste de la population. Un patient sous TSO sur deux présentait une dépendance à l'alcool, consommait au moins une substance illicite et consommait des benzodiazépines. Le cannabis était la drogue illicite consommée la plus fréquente.

Les fréquences observées de l'alcoolisme, du tabagisme, de la dépendance au cannabis et de la consommation de benzodiazépines chez les patients sous TSO étaient semblables aux fréquences retrouvées dans différentes études canadiennes et anglaises ([13](#)) ([14](#)) ([20](#)) ([21](#)).

Ces données renforcent l'idée que notre échantillon de patients était bien représentatif de la population sous TSO.

Les anciens héroïnomanes tabagiques ont un risque majoré de développer des maladies respiratoires auxquelles ils sont déjà sujets vu l'atteinte précoce pulmonaire de type emphysème liée au fait d'avoir fumer de l'héroïne dans le passé.

La consommation d'alcool les expose également à des pathologies digestives (RGO, ulcères gastroduodénaux, cirrhose) et cardiovasculaires (HTA, hypercholestérolémie, arythmies).

L'indication de prescription des benzodiazépines n'était pas toujours claire dans les dossiers (anxiolytiques ou molécule utilisée dans le sevrage de l'alcool). La benzodiazépine la plus prescrite était le diazépam. Comme énoncé plus haut, il est pourtant préférable de prescrire de plus petites doses de lorazépam (1-2 mg) plutôt que du diazépam étant donné la durée de vie plus courte ([13](#)).

c) Prévention

Les patients sous TSO bénéficient de moins de soins de prévention primaire et secondaire par rapport au reste de la population. Ces résultats n'ont pas pu être comparés aux données de la littérature car il n'existe pas de données là-dessus.

Une différence statistiquement significative entre le groupe TSO et le groupe contrôle a été démontrée pour :

- Vaccination contre la grippe
- Mesure de la tension artérielle
- Dosage du LDL-cholestérol
- Dosage de la glycémie
- Dosage fonction rénale
- Dépistage cancer du col utérin

Par contre, l'étude n'a pas pu démontrer de différence statistiquement significative entre le groupe TSO et le groupe contrôle pour les éléments suivants :

- Prise du poids
- Vaccination contre le tétanos
- Dépistage cancer du sein
- Dépistage cancer colorectal

De manière générale, pour ce qui est des dépistages des cancers, le médecin généraliste semble avoir peu d'emprise sur le dépistage du cancer colorectal à Bruxelles. De fait, les patients sont amenés à retirer leur kit Colotest après réception d'un courrier au domicile chez le pharmacien et plus chez le médecin traitant ([22](#)). Les patients et les médecins peuvent

percevoir cela comme un frein au dépistage et moins s'impliquer. D'autre part, le dépistage du cancer du sein se fait en 2^{ème} ligne, à l'hôpital, ce qui peut représenter un obstacle à consulter pour certains patients.

Le médecin généraliste semble bien placé pour articuler les soins préventifs, curatifs parallèlement à la prescription du TSO.

Cependant, ce suivi représente *« une charge de travail élevée en terme de taux de consultations, taux de prescriptions, rendez-vous manqués et rendez-vous de dernière minute »*. Les patients sous TSO *« partagent les caractéristiques des patients défavorisés tels que de multiples problèmes de santé physique et mentale et la nécessité d'être vus en urgence »*(23).

De plus, *« les médecins généralistes ont beaucoup à faire et il n'est pas toujours facile de prélever des échantillons de sang appropriés sur des consommateurs de drogues injectables »*(24).

Ce public précarisé ne priorise pas forcément la prévention, ne voit pas toujours l'importance de traiter des pathologies somatiques et peut percevoir des freins à consulter en dehors de la première ligne de soins dans la mise au point de pathologies.

Dans une étude portant sur les obstacles et sur ce qui facilite les patients sous TSO à rechercher de l'aide, on peut retenir que *« la discrimination est le défi majeur rencontré en raison de leur consommation de méthadone. Les participants ont exprimé le désir de recevoir des soins sans jugement et empathiques qui favoriseraient le respect et faciliteraient les comportements de recherche d'aide »* (25).

Initialement, mon étude devait aussi porter sur ce point-là mais les difficultés pour rencontrer les patients pendant cette période pandémique ainsi que le manque de temps ne m'a pas permis d'investiguer sur cette problématique. Les résultats de cette étude pourraient servir de base à une étude qualitative qui viserait à étudier les difficultés et obstacles rencontrés par le patient usager de drogue et par le médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies somatiques afin d'améliorer leur santé.

De toute évidence, une relation médecin-patient sur le long terme basée sur la confiance et une attitude positive peut permettre de résoudre des problèmes de santé importants lorsque

le patient se sent en mesure de le faire. Trouver un équilibre entre la réalité du patient et une nécessité de changement relève d'un défi au quotidien dans l'accompagnement de ce public.

d) Comorbidités

Les patients sous TSO souffrent globalement de plus de pathologies chroniques et présentent plus de complications graves que les patients contrôles.

Les fréquences de l'alcoolisme, de l'hypercholestérolémie, de l'hépatite B et C, de la BPCO/emphysème étaient plus élevées dans le sous-groupe TSO par rapport à la population générale de manière statistiquement significative (p -value $<0,05$).

Pour les autres pathologies : le diabète, l'insuffisance rénale, l'HTA et l'asthme il n'y avait pas de différence entre le sous-groupe TSO et la population générale.

Cependant, il est essentiel de rappeler que les chiffres issus de la population générale ne concernent pas uniquement la population âgée de 16-65 ans mais également les personnes plus âgées.

Ce qui nous amènerait à avancer l'hypothèse que les patients sous TSO présentent la même prévalence de pathologie que le reste de la population tout âge confondu et qu'ils en souffrent plus tôt dans leur vie. Pour étudier cette hypothèse, il faudrait comparer la prévalence des maladies en fonction de l'âge dans une autre étude.

Pathologies respiratoires

Un patient sous TSO sur trois présentait une pathologie respiratoire (BPCO, asthme, emphysème) documentée dans le DMI. Moins d'un patient sur deux consultait un pneumologue, réalisait des bilans complémentaires ou prenait un traitement en cas de comorbidité respiratoire. Dans de nombreuses consultations, des demandes d'avis pneumologiques et examens avaient été rédigées par les médecins traitants sans suite. Ces résultats sont soutenus par une étude anglaise récente (2020) qui rapporte que *«les patients sous opiacés sont également moins susceptibles d'avoir eu un examen complémentaire pour le suivi de l'asthme au cours de l'année qui précède mais avaient des taux de vaccination contre la grippe similaires»* (26).

La prévalence de l'asthme et de la BPCO chez les patients sous TSO était significativement plus importante par rapport aux patients ne recevant pas de méthadone comme étayés dans d'autres études. Cependant, la prévalence de la BPCO était plus élevée dans cette étude par rapport à une étude qui avait étudié la prévalence de l'asthme et la BPCO chez les personnes dépendantes d'opiacés ([14](#)).

Hépatite C

La fréquence de l'hépatite C (confirmée par un test PCR +) parmi les patients ayant bénéficié d'un dépistage était de 25,8%. Cependant, dans cette étude la séropositivité pour VHC était de 67%. Pour 31% des patients, cette séropositivité n'a pas permis de savoir s'il s'agit d'une hépatite C active (PCR positive) ou ancienne (PCR négative), ce qui sous-estime la prévalence. Parmi les patients ayant eu une PCR positive, un peu plus d'un patient sur deux se fait traiter.

Dans la littérature, la prévalence de l'hépatite C chronique parmi les personnes qui s'injectent des drogues était approximativement de 40% ([10](#)). Les résultats de cette étude approchaient probablement ceux-là.

Notre étude n'a pas fait la distinction des différents modes de consommation chez les patients sous méthadone qui auraient une consommation résiduelle ou ancienne, ce qui peut sous-estimer ces chiffres.

Hépatite B et VIH

Les prévalences de l'hépatite B et du HIV allaient également dans le sens des données issues de l'observatoire européen des drogues et du Projet LAMA ([6](#)).

4.4 Considérations méthodologiques

a) Forces

1) *Choix de l'étude*

Il n'existe pratiquement aucune étude dans la littérature qui étudie la prévention et la prise en charge des pathologies chroniques chez les patients sous TSO. Cette étude vient donc enrichir les connaissances en la matière.

2) *Sélection des patients*

Les critères de sélection rigoureux des patients ont permis de sélectionner des patients suivis régulièrement en médecine générale sur une période de 5 ans. L'échantillon de patients sous méthadone de cette étude était comparable, en termes d'âge et de sexe à la population de l'étude réalisée par transit et à la population européenne.

3) *Taille de l'échantillon*

La taille de l'échantillon a été basée sur une étude pilote Irlandaise qui avait estimé qu'une étude avec 86 patients sous méthadone et 86 témoins permettrait de déterminer une différence statistiquement significative dans les taux de prévalence des maladies chroniques ($p < 0,05$) (3).

4) *Groupe contrôle*

L'appariement de chaque patient sous TSO à un patient contrôle a permis de se rendre compte des réelles différences entre les deux populations en termes de suivi des patients plutôt qu'en termes de prévalence des comorbidités.

5) *Durée de suivi*

L'étude rétrospective sur une durée de 5 ans a permis d'avoir une vision plus réelle du suivi des patients. La durée de suivi s'est arrêtée à l'année précédant le début de mon assistantat dans le lieu de stage afin que mon intérêt pour le sujet ne biaise pas la recherche et l'encodage de données lors des consultations.

6) *Analyse statistique*

Discussion et validation de la méthodologie statistique par Mme Bugli, une statisticienne de la plateforme de support en méthodologie et calcul statistique (SMCS) de l'UCL.

b) *Faiblesses/limites/biais*

1) *Biais de sélection*

L'étude a uniquement sélectionnés des patients issus de deux maisons médicales, ce qui ne permet pas d'avoir une vision plus générale des différentes pratiques médicales.

L'échantillon contrôle n'est pas représentatif de la population générale car les patients ont été sélectionnés en prenant compte entre autre, du critère d'inclusion « patients suivis régulièrement (≥ 5 consultations/an) ». Il y a donc eu un recrutement plus important de patients présentant des pathologies chroniques. L'étude ne permet donc pas de comparer la prévalence de pathologies chroniques entre les deux groupes. Malgré ce biais, la constitution d'un groupe contrôle a quand même pu mettre en avant des différences au niveau du profil des patients et du suivi réalisé par les médecins généralistes.

Pour pallier à ce biais de sélection, des données épidémiologiques issues d'enquêtes de Sciensano concernant les pathologies chroniques ont été utilisées.

2) *Biais d'information*

Neuf médecins suivaient les patients et chacun encodait les données médicales différemment dans le dossier médical informatisé. Les données collectées sont déterminées par l'encodage dans le DMI par les praticiens. Certains encodent toutes les informations qui se dégagent de la consultation, d'autres n'encodent que les informations pertinentes ou pathologiques voire n'encodent pas toujours.

Par ailleurs, il est parfois compliqué de savoir si une donnée collectée est issue d'un acte mandaté par la première ligne ou directement par la deuxième ligne de soins (par exemple dépistage des cancers, biologie).

3) *Taille du groupe cible*

Certains résultats n'ont pas atteint un niveau de signification élevé vu la taille du groupe cible: notamment pour le dépistage des cancers. Il en est de même pour le suivi des patients hypertendus.

4.5 Recommandations pour le médecin généraliste

En somme, certains actes ou interventions brèves sont possibles et bénéfiques pour ce groupe à risque en médecine générale au cabinet ([11](#), [27](#)) :

Anamnèse

- Recueil des facteurs de risque lors d'une anamnèse dirigée sur la consommation d'autres drogues licites (tabac, alcool, benzodiazépines) et/ou illicites (héroïne, cannabis, cocaïne, kétamine, amphétamines,...) + mode de consommation
- interrogatoire autour des conditions de vie, habitudes alimentaires et l'hygiène de vie

Examen clinique

- Paramètres : poids, tension artérielle, fréquence cardiaque, T°, SatO₂
- Hygiène bucco-dentaire
- État cutané : lésions d'injection (ulcères, abcès)
- Examen abdominal
- Examen veineux : signes de thromboses veineuses ou insuffisance veineuse

Examens complémentaires

- Biologie : Hémogramme de base avec numération plaquettaire, CRP, β -HCG chez la femme, dosage des lipides, enzymologie hépatique (GPT, GOT, Ph Alc, gammaGT), fonction rénale, glycémie, sérologies : Ag Hbs, anticorps anti-hépatite C, anticorps anti-VIH
- Urines : test de dépistage de drogue urinaire ou test de dépistage systématique des drogues plus large capable également d'identifier la consommation de drogues de synthèse (codéine et combinaisons paracétamol-codéine)
- ECG si patient à risque d'arythmie
- Autres test de laboratoires en fonction des signes cliniques.

Dépistages validés des cancers chez les groupes à risque

Frottis col de l'utérus et Hemocult.

Vaccination

Tous les consommateurs de drogues en IV ou ceux en contact étroit avec ceux-ci doivent être vaccinés contre l'hépatite A, l'hépatite B, le tétanos et grippe si groupe à risque.

4.6 Pistes de travail

a) Prévention

- Mettre à disposition des vaccins (contre la grippe, le tétanos, l'hépatite A et B) pour vacciner directement les patients à risque.
- Sensibiliser à l'encodage systématique du poids et de la TA dans le DMI
- Réaliser soi-même la prise de sang au cabinet plutôt que d'envoyer le patient au laboratoire.
- Dépister le cancer du col de l'utérus au cabinet de consultation.
- Redistribuer certains kits Colotest aux médecins généralistes afin d'améliorer la couverture du dépistage colo-rectal.
- Pratiquer la spirométrie au cabinet
- Prévoir des consultations axées sur le sevrage tabagique/alcoolique
- Être flexible au niveau des horaires de consultation pour la prévention : une flexibilité dans les horaires de rendez-vous semble être une approche qui entraîne des taux de dépistages, notamment pour le frottis cervical, plus importants que la moyenne nationale en Angleterre (23).

b) Travail en réseau

1) Réseau hépatite C

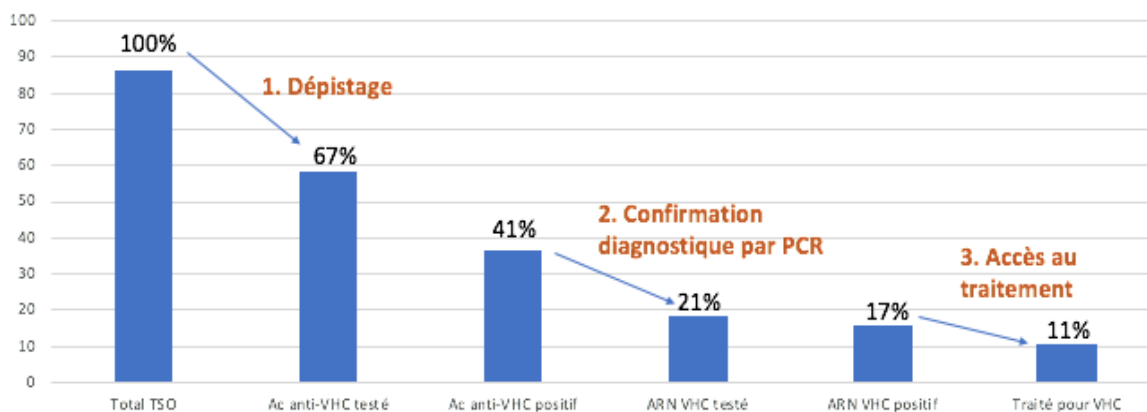


Figure 4 : Phénomène de la cascade de soins – Modèle issu du Réseau Hépatite C

Le suivi de l'hépatite C est mis à mal probablement par le **phénomène de la cascade de soins**: entre la recherche des anticorps, un deuxième test de confirmation diagnostique par PCR, le génotypage et l'accès au traitement, on perd à chaque étape des patients. Il est donc essentiel de développer une collaboration entre médecins traitants et spécialistes afin de permettre la meilleure prise en charge possible.

Le Réseau Hépatite C⁸ de Bruxelles a d'ailleurs vu le jour en 2005 du fait des difficultés d'accès des usagers de drogues aux consultations spécialisées d'hépatologie à l'hôpital.

Ce réseau permet de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus précaires tout en offrant un accompagnement psycho-social. Concrètement, il est possible d'augmenter l'accessibilité aux soins en faisant du dépistage, fibroscan et des consultations d'hépatologie grâce à un dispositif mobile dans des structures de premières lignes. Le patient peut ainsi se soumettre à ces procédures plus aisément car elles sont organisées dans un cadre qui lui est connu.

Pour les usagers de drogue, guérir de l'hépatite C n'est pas quelque chose d'anodin : cela leur permettrait de se détacher de cette maladie liée à leur consommation et d'améliorer la perception qu'ils ont d'eux-mêmes :

« Le soin de l'hépatite C peut constituer un levier thérapeutique avec un impact dépassant la maladie hépatique et virologique » (28).

De plus, il faudrait faciliter l'accessibilité aux traitements médicamenteux.

2) Réseau Santé-Diabète

Les maisons médicales incluses dans l'étude collaborent avec le réseau santé diabète. Ce réseau est né en 2004 à la Maison Médicale des Marolles en réponse à une montée de cas de diabète de type 2 dans ce quartier précarisé. Le fait de créer un réseau permet d'offrir aux patients une cohérence au niveau des conseils de vie. Une consultation chez la diététicienne et chez un coach sportif ou kinésithérapeute serait bénéfique à cette patientèle afin d'améliorer leur hygiène de vie, les stimuler à prendre soins de soi et se réapproprier leur corps.

⁸ Réseau Hépatite C : un réseau de santé réunissant des acteurs clés de la prise en charge de l'hépatite C auprès des publics précaires à Bruxelles : <https://reseauhepatitec.be/>

3) *Collaboration avec le FARES*

Le FARES se consacre à la lutte contre la tuberculose, à la prévention et gestion du tabagisme. Ils offrent également beaucoup d'informations sur les maladies respiratoires. Leur siège central est à Bruxelles, dans le quartier des Marolles, ce qui permet de faciliter l'accessibilité aux soins des patients. Une collaboration plus étroite avec les médecins généralistes pourrait également être envisagée afin d'en faire bénéficier les patients les plus vulnérables qui ne consulteraient pas la deuxième ligne facilement.

5. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en avant de réelles différences entre les patients sous TSO et la population générale en termes de facteurs de risque, prévention, prévalence de comorbidités et prise en charge. Elle confirme bien l'hypothèse initiale : les patients sous TSO ont plus de facteurs de risque (tabagisme, alcool, consommation d'autres drogues et benzodiazépines) et bénéficient de moins de prévention que la population générale. Tout cela, augmente la probabilité de développer des maladies pulmonaires, cardio-vasculaires, infectieuses et digestives. Ces difficultés étant connues mais peu étudiées en Belgique, ces résultats permettent d'objectiver la problématique.

Les usagers de drogues constituent un groupe à risque que les programmes de dépistage systématique ont du mal à atteindre. D'une part, des soins intégrés, incluant prévention et soins spécifiques en addictologie sont indispensables pour une prise en charge de qualité à cette population. Le médecin généraliste est bien placé pour répondre à cette mission. D'autre part, il est également essentiel de travailler en réseau afin de pouvoir échanger et être plusieurs à accompagner ce public dans cette prise en charge qui est compliquée. Les patients sous traitements de substitution cumulent beaucoup de pathologies, ne sont pas forcément demandeurs de soins et présentent des freins et obstacles à consulter la 2^{ème} ligne de soins.

Les résultats de cette étude pourraient servir de base à d'autres études qualitatives qui viseraient à étudier les difficultés et obstacles rencontrés par le patient usager de drogue et par le médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies somatiques. Cela permettrait d'ouvrir la discussion à des pistes de travail qui viseraient à améliorer les soins.

Une étude avec une plus grande cohorte permettrait d'obtenir des résultats plus représentatifs de cette population cible en terme de vaccination, dépistage des cancers et suivi des pathologies chroniques.

6. Annexes

Annexe 1 : Récolte des données

Groupe patients sous TSO :

- Données démographiques :
 - Age
 - Sexe

Comparaison groupe patients sous TSO et groupe contrôle :

- Anamnèse : consommation de drogues
 - Licites :
 - Tabac
 - Alcool
 - Benzodiazépines : laquelle ?
 - Illicites : cannabis, cocaïne, kétamine, amphétamines
- Prévention primaire :
 - Mesure du poids : fréquence ?
 - Vaccination :
 - Grippe
 - Tétanos
 - Dosage LDL-cholestérol ?
 - Si oui, hypercholestérolémie ?
- Prévention secondaire :
 - Prise de la TA pour le dépistage de l'HTA
 - fréquence ?
 - Dépistage du diabète
 - Si oui, présence diabète ?
 - Dépistage de l'IRC
 - Si oui, présence IRC ?
 - Dépistage validés des cancers :
 - Frottis col de l'utérus
 - Mammotest
 - Hemocult
 - Dépistages des infections transmissibles par le sang
 - VIH
 - VHB
 - VHC
- Prévention tertiaire : suivi des comorbidités

Annexe 2 : recommandations chez tout patient

Prévention primaire (19) (29) (22)	
1) Pas de tabac	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil minimal qui permet 2% d'arrêt spontané dans l'année. - Orientation vers un tabacologue - Accompagner le patient dans une démarche de sevrage
2) Limiter les boissons alcoolisées	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas boire plus de 10 unités standards d'alcool/semaine, à répartir sur plusieurs jours - 2 jours d'abstinence/semaine
3) Vaccination	<p>Diphtérie-tétanos-coqueluche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un rappel tous les 10 ans et au dernier trimestre de des grossesses <p>Grippe</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 groupes cibles dans la catégorie A : <ul style="list-style-type: none"> o Groupe 1 : les personnes à risque de complications (les femmes enceintes, tout patient âgé > 6 mois présentant une affection chronique, toute personne > 65 ans, les personnes séjournant en institution, les enfants > 6 mois sous thérapie à l'aspirine au long cours) o Groupe 2 : le personnel du secteur de la santé o Groupe 3 : les personnes vivant sous le même toit que celles appartenant au groupe 1 ou que d'enfants de moins de 6 mois. - Catégorie B : personnes âgées entre 50 et 64 ans compris
4) Prévention des maladies cardiovasculaires : dosage des lipides	<p>Dosage du LDL-cholestérol</p> <ul style="list-style-type: none"> - En prévention primaire, dans le contexte d'une estimation du risque global de MCV : <ul style="list-style-type: none"> o chez les hommes de ≥ 40 ans o chez les femmes de ≥ 50 ans - plus tôt si facteurs de risque de MCV connus - à répéter tous les 5 ans (plus tôt si apparition d'autres FRCV) <p>Valeurs cibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCV modéré: < 115 mg/dL - RCV élevé: < 100 mg/dL - RCV très élevé : < 70 mg/dL
5) Activité physique régulière et alimentation saine	

Prévention secondaire (19) (18)	
1) Dépistage du diabète de type 2	<p>Le diagnostic est posé sur base de deux résultats de glycémie à jeun ≥ 126 mg/dl, mesurés lors de jours différents.</p> <p>Le dépistage n'est pas indiqué de façon systématique mais doit être réalisé, à la fréquence d'une fois par an (tant que la glycémie est normale), chez les groupes à risque</p> <p>Chez les autres patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser le score FINDRISC : dès 40 ans ou dès 25 ans chez les personnes dont l'origine ethnique est associée à une incidence plus élevée de diabète. - Le score de FINDRISC est calculé sur base des paramètres suivants: <ul style="list-style-type: none"> - Âge - IMC - Périmètre abdominal - Prise d'antihypertenseurs - Activité physique quotidienne et consommation de fruits et de légumes - Troubles temporaires du métabolisme du glucose (hyperglycémie de stress en cas d'hospitalisation, diabète gestationnel, hyperglycémie d'origine médicamenteuse) - Antécédents familiaux de diabète (chez des parents au 1er et 2e degré) - Si score ≥ 12, mesurer la glycémie à jeun - Répéter la prise de sang chaque année en cas de prédiabète (hyperglycémie intermédiaire) ou en cas de profil de risque élevé (score FINDRISC ≥ 12). - Répéter la prise de sang tous les 3 ans en cas de résultats biologiques normaux.
2) Dépistage de l'HTA	<p>HTA au cabinet médical : valeur seuil 140/90 mmHg</p> <p>1. Chez qui mesurer la TA ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chez tous les patients de 40 à 80 ans - Patient diabétique - Patient migraineux - Première prescription d'un contraceptif oral - Grossesse - Suivi de HTA <p>2. Nécessité de confirmer 1 valeur élevée par MAPA ou auto-mesure</p>

<p>3) Dépistage de l'IRC</p>	<p>IRC : diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG) < 60 mL/min pendant plus de 3 mois.</p> <p>1. Dépister les patients à risque</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabétiques - Hypertendus - Insuffisants cardiaques - Pathologie vasculaire (cardiopathie ischémique, AVC, artérite périphérique) - Patients avec : <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents familiaux d'IRC stade 5 • Antécédents familiaux de néphropathie familiale <p>2. Paramètres à surveiller</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créatinine sanguine + DFG - Protéinurie corrigée chez les non diabétiques - Microalbuminurie chez les diabétiques
<p>4) Dépistage validés des cancers</p>	<p>1. Cancer du col de l'utérus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans <p>2. Cancer du sein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mammotest tous les 2 ans entre 50 et 69 ans <p>3. Cancer colorectal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colotest tous les 2 ans entre 50 et 74 ans pour les patients à risque moyen - Colonoscopie pour les patients à risque élevé ou très élevé
<p>5) Dépistage maladies transmissibles par le sang : VIH, VHC et VHB</p>	<p>Quand dépister ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dès l'apparition des symptômes - Après un rapport sexuel non protégé - Avant t'entamer une relation stable - Usage de drogues : voie nasale ou lors de partage de seringue - Usage de matériel médical contaminé - En cas de désir de grossesse, voyage - Appartenance à un groupe à risque

Prévention tertiaire/suivi des pathologies chroniques (19)	
1) Suivi du diabète	<p>Déterminer de manière individuelle le taux d'HbA1c cible en fonction du profil du patient</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De manière générale, tenter d'atteindre un taux d'HbA1c <7% (53mmol/mol). 2. Suivi de l'HbA1C/6mois si l'objectif glycémique est atteint et tous les 3 mois autrement.
2) Suivi de l'HTA	<p>Objectifs à atteindre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HTA non compliquée sans comorbidité : chez le patient d'âge moyen (<65 ans) : tension < 140/90 mmHg 2. HTA en cas de comorbidité : <ol style="list-style-type: none"> a. Chez les patients diabétiques sans néphropathie : tension < 130/80 mmHg b. Chez les patients diabétiques avec néphropathie : tension < 125/75 mmHg c. Chez les patients avec néphropathie sans protéinurie : tension < 130/80 mmHg d. Chez les patients avec néphropathie et protéinurie : tension < 125/75 mmHg <p>Suivi de la TA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chaque 6 mois au cabinet médical lorsque l'objectif tensionnel est atteint. 2. Chez le patient diabétique, tous les trois mois, car une maîtrise stricte de la tension artérielle chez les patients atteints de diabète de type 2 avec hypertension isolée et chez les patients diabétiques plus âgés fait diminuer de manière significative le risque de morbidité cardiovasculaire et de mortalité. <p>Quand traiter ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HTA persistante \geq 160/100 mmHg 2. En cas de risque cardiovasculaire élevé (risque cardiovasculaire à dix ans > 10% ou maladie cardiovasculaire ou lésion organique existantes) associé à une tension artérielle \geq 140/90 mmHg.
1) Suivi d'autres pathologies chroniques/traitements	

Annexe 3 : Tableaux (Détails)

Tableau 2 : Données issues du DMI concernant la présence de facteurs de risques

	Patients sous TSO MME	Groupe MME	contrôle	Patients sous TSO MMM	Groupe MMM	contrôle	Total Groupe TSO	Total contrôle patients
Dépendance licites								
- Tabac	38/53 = 71,7%	17/53 = 32,1%		28/33 = 84,8%	13/33 = 39,3%		66/86 = 76,7%	30/86 = 34,8%
- Alcool	29/53 = 54,7%	10/53 = 18,9%		15/33 = 45,4%	2/33 = 6%		44/86 = 51,1%	12/86 = 13,9%
Dépendance illicites								
• Cannabis	24/53 = 45,2%	4/53 = 7,5 %		14/33 = 42,4%	3/33 = 9%		38/86 = 44,1%	7/86 = 8,1%
• Polyconsommation	7/53 = 13,2%	4/53 = 7,5%		7/33 = 21,2%	1/33 = 3%		14/86 = 16,2%	5/86 = 5,8%
Dépendance benzodiazépines								
aux	13/53 = 24,5 %	1/53 = 1,9%		27/33 = 81,8%	3/33 = 9%		40/86 = 46,5%	4/86 = 4,6%

Tableau 3 : Données issues du DMI concernant la mesure du poids

Prise du paramètre «Poids (P)»	Patients sous TSO MME	Groupe contrôle MME	Patients sous TSO MMM	Groupe contrôle MMM
Prise P < 1x/an	12/53 = 22,6%	12/53 = 22,6%	14/33 = 42,4%	20/33 = 60,6%
Prise P 1 à 2x/an	2/53 = 3,8%	5/53 = 9%	10/33 = 30,3%	6/33 = 18,1%
Aucune prise	39/53 = 73,6%	40/53 = 75,5%	8/33 = 24,2%	7/33 = 21,2%

Tableau 4: Données issues du DMI concernant la couverture vaccinale contre la grippe et le tétanos

Couverture vaccinale	Patients sous TSO MME	Groupe contrôle MME	Patients sous TSO MMM	Groupe contrôle MMM	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle	Fisher ^b p-value
Vaccin Grippe^a	1/30 = 3%	10/24 = 16,6%	3/20 = 15%	3/17 = 17,6%	4/50 = 8 %	13/41 = 31,7 %	0,01
Vaccin tétanos	2/53 = 3,8%	9/53 = 17%	2/33 = 6%	2/33 = 6 %	4/86 = 2,6 %	11/86 = 12,7 %	0,10

^a Vaccination contre la grippe pour les patients qui appartiennent à un groupe à risque, au moins une fois en 5 ans.

^b Le test du khi-carré n'est pas valable car les effectifs sont bas (<5). Le test de fisher a donc été utilisé.

Tableau 5 : Données issues du DMI concernant le dépistage de l'hypercholestérolémie

	Patients sous TSO à la MME	Groupe contrôle MME	Patients sous TSO MMM	Groupe contrôle MMM	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle
Dosage LDL-cholestérol Fait et recommandé	16/53 = 30,2%	30/53 = 56,6%	16/33 = 48,4%	22/33 = 66,6%	32/86 = 37,2%	52/86 = 60,4%
Dosage LDL-cholestérol Fait mais non recommandé	7/53 = 15,2%	11/53 = 20,8%	4/33 = 12,1%	-	11/86 = 12,7%	11/86 = 12,7%
Dosage non fait mais recommandé	23/53 = 43,4%	8/53 = 15,1%	9/33 = 27,2%	5/33 = 15,1%	32/86 = 37,2%	13/86 = 15,1%
Hypercholes- -térolemie /total	11/53 = 20,8%	27/53 = 50,9%	10/33 = 30,3%	14/33 = 42,4%	21/86 = 24,4%	41/86 = 47,6%
/ dépistés	11/23 = 48%	27/41 = 65,8%	10/20 = 50%	14/20 = 70%	21/43 = 48,8%	41/61 = 67,2%

Tableau 6 : Données issues du DMI concernant le dépistage de l'hypertension artérielle

	Patients sous TSO MME	Groupe MME	contrôle	Patients sous TSO MMM	Groupe MMM	contrôle	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle
Prise de la TA et recommandé	29/53 = 54,7%	39/53 = 73,6%		21/33 = 63,6%	25/33 = 75,7%		50/86 = 58,1%	64/86 = 74,4%
Prise de la TA mais non recommandé	6/53 = 11,3%	9/53 = 17%		3/33 = 9%	3/33 = 9%		9/86 = 10,4%	12/86 = 13,9%
TA non prise mais recommandé	13/53 = 24,5%	4/53 = 7,5%		7/33 = 21,2%	3/33 = 9%		20/86 = 23,2%	7/86 = 8,1%
Présence d'une HTA	8/36 = 22,2%	17/49 = 34,6%		2/24 = 8,3%	5/30 = 16,6%		10/60 = 16,6%	22/79 = 27,8%

Tableau 7 : Données issues du DMI concernant le dépistage du diabète et la présence du diabète

	Patients sous TSO MME	Groupe MME	contrôle	Patients sous TSO MMM	Groupe MMM	contrôle	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle
Dépistage fait et recommandé	20/31 = 64,5%	18/20 = 90%		14/24 = 58,3%	16/19 = 84,2%		34/55 = 61,8%	34/39 = 87,1%
Dépistage non fait mais recommandé	11/31 = 20,8%	2/20 = 10%		10/24 = 41,6%	3/19 = 15,8%		21/55 = 38,2%	5/39 = 12,9%
Présence d'une hyperglycémie / dépistés	5/28 = 18%	9/47 = 19,1%		5/19 = 26,3%	9/21 = 42,8%		11/47 = 23,4%	17/69 = 24,6%
Présence d'un diabète / dépistés	2/28 = 7%	5/47 = 10,6%		1/19 = 5,2%	1/21 = 4,7%		3/47 = 6,3%	6/68 = 8,8%

Tableau 8 : Données issues du DMI concernant le dépistage de l'IRC et la présence de l'IRC

	Patients sous TSO MME	Groupe MME	contrôle	Patients sous TSO MMM	Groupe MMM	contrôle	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle	Khi-carré	p-value
--	--------------------------	---------------	----------	--------------------------	---------------	----------	---------------------	--------------------------	-----------	---------

Dépistage de l'IRC	28/53 = 53%	49/53 = 92,3%	21/33 = 63,6%	23/33 = 69,6%	49/86 = 56,9%	72/86 = 83,7%	14,74	0,00
Présence IRC	2/28 = 7%	2/49 = 4%	-	-	2/49 = 4%	2/72 = 2,7%		0,69

Tableau 9 : Données issues du DMI concernant le dépistage validé des cancers

Dépistages	Patients sous TSO MME	Groupe contrôle MME	Patients sous TSO MMM	Groupe contrôle MMM	Total Groupe TSO	Total Groupe contrôle	p-value Fisher
Dépistage cancer col utérus	2/11 = 18,1%	7/11 = 63,6%	1/6 = 16,6%	2/6 = 33,3%	3/17 = 17,6%	9/17 = 52,9%	0,03
Dépistage cancer sein	2/4 = 50%	3/4 = 75%	1/3 = 33,3%	2/3 = 66,6%	3/7 = 42,8%	5/7 = 71,4%	0,29
Dépistage cancer colorectal	2/17 = 11,7%	5/17 = 29,4%	2/15 = 13,3%	2/15 = 13,3%	4/32 = 12,5%	7/32 = 21,8%	0,25

Tableau 10 : Données issues du DMI concernant le dépistage des maladies infectieuses

Connaissance du statut infectieux	Patients sous TSO MME	Patients sous TSO MMM	Total
Statut VHB (Ag Hbs)	21/53 = 39,6%	14/33 = 42,4%	35/86 = 40,6%
Statut VHC (Ac-anti-VHC)	33/53 = 62,3%	25/33 = 75,7%	58/86 = 67,4%
Statut VIH (Ac anti-VIH)	20/53 = 41,5%	18/33 = 54,5%	38/86 = 44,1%

Tableau 11 : Données issues du DMI concernant la présence de pathologies infectieuses

Présence maladie infectieuse	Patients sous TSO à la MME	Patients sous TSO MMM	Total
------------------------------	----------------------------	-----------------------	-------

Ac anti-Hbc ou Ag Hbs	4/21 ^a = 19%	0/13 = 0%	4/34 = 11,7%
Ac anti-VHC + et PCR absente	6/33 = 18%	12/25 = 48%	18/58 = 31%
Ac anti-VHC + et PCR +	13/33 = 39,3%	2/25 = 8%	15/58 = 25,8%
Ac anti-VHC + et PCR -	-	3/25 = 12%	
Ac anti-VIH +	0/20 = 0%	1/18 = 5,5%	

^a Les chiffres ont été rapportés au nombre de personnes dépistées pour la pathologie en question et non au groupe en entier

Tableau 12 : Données issues du DMI concernant le suivi de l'VHC

	Patients sous TSO MME	Patients sous TSO MMM
VHC+ (PCR+)/total	13/53 = 24,5%	2/33 = 6%
VHC+ (PCR+) /patients dépistés	13/33 = 39,3%	2/25 = 8%
Suivi gastro-entérologie	11/13 = 84,6%	2/2 = 100%
Traitement VHC jusqu'à RVS	8/13 = 61,5%	2/2 = 100 %

Tableau 13: Données issues du DMG concernant le traitement de l'HTA et son suivi en consultation

Suivi	Patients sous TSO à la MME	Groupe contrôle MME	Patients sous TSO MMM	Groupe contrôle MMM	Total TSO	Total groupe contrôle	P-value Fisher
HTA T et C	3/8 = 37,5%	9/17 = 53%	-	3/5 = 60%	3/8 = 37,5%	12/22 = 54,5%	0,18
HTA T et NC	3/8 = 37,5%	6/17 = 35%	2/2 = 100%	2/5 = 40%	5/8 = 62,5%	8/22 = 36,3%	
HTA NT	2/8 = 12,5 %	2/17 = 12%	-	-	2/8 = 12,5%	2/17 = 12%	
Prise TA < 1x/an	2/8 = 25%	3/17 = 18%	½ = 50%	2/5 = 40%	3/10 = 30%	5/22 = 22,7%	
Prise TA 1 à 2x/an	5/8 = 63%	3/17 = 18%	½ = 50%	2/5 = 40%	6/10 = 60%	5/22 = 22,7%	
Prise TA >2x/an	1/8 = 12%	11/17 = 65%	-	1/5 = 20%	1/8 = 12%	12/22 = 54,5%	

Tableau 14: Données issues du DMI concernant le suivi des pathologies respiratoires

	Patients sous TSO MME	Patients sous TSO MMM	Total
Pathologies respiratoires :	17/53 = 32%	9/33 = 27,2%	26/86 = 30,2%
-BPCO			16/86 = 18,6%
- asthme			8/86 = 9,3%
- emphyseme			2/86 = 2,3%
EFR/avis pneumologue chez les patients avec une pathologie respiratoire	8/17 = 47%	3/9 = 33,3%	11/26 = 42,37%
Traitement pathologie respiratoire	6/17 = 35,2%	5/9 = 55,5%	11/26 = 42,3%

Bibliographie

1. O'Toole J, Hambly R, Cox AM. Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity, and use health services more intensively than matched controls. *The European journal of general practice*. 2014;20(4):275-80.
2. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;357:j1550.
3. Cullen W, O'Brien S, O'Carroll A. Chronic illness and multimorbidity among problem drug users: a comparative cross sectional pilot study in primary care. *BMC Fam Pract*. 2009;10:25-.
4. CBIP. Traitement de substitution dans la dépendance aux opiacés. *Folia Pharmacotherapeutica*. 2009;36:91-3.
5. Maisse L. Evaluation des traitements de substitution aux opiacés en région de Bruxelles-Capitale, Analyse des données pharmanet 2013-2017 [web page]. Available from: <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2018/12/orba-Pharmanet-PP-20181206.pdf>. (consulté le 10 janvier 2021)
6. Rapport Européen sur les drogues : tendances et évolutions Observatoire européen des drogues et des toxicomanies [web page]. 2018. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf (consulté le 30 mars 2021).
7. Pani PP, Trogu E, Maremmani I. QTc interval screening for cardiac risk in methadone treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(6).
8. Arrêté royal réglementant le traitement de substitution. *Moniteur belge* 2004 [web page]. 2004. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2004031960&table_name=loi. (consulté le 10 juin 2020)
9. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R et al. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(8).
10. European Association for the Study of the Liver. Recommendations on Treatment of Hepatitis C. *Journal of Hepatology*. 2018, (69):461-511.
11. Simojoki K. Traitement de la toxicomanie. *Duodecim Medical Publications*. 2019;ebm00895(040.011).

12. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*. 2008;372(9651):1733-45.
13. Smith C, Brands D, Lacroix M. Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines (College of Physicians and Surgeons of Ontario) 2011.
14. Mehta S, Parmar N, Kelleher M, et al. COPD and asthma in patients with opioid dependency: a cross-sectional study in primary care. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020;30(1):4.
15. CBIP. Allongement de l'intervalle QT et torsades de pointes d'origine médicamenteuse. *Folia Pharmaco-thérapeutica*. 2012. Volume 39, numéro 10
16. Morrison-Griffiths S, Gaulton L. Seasonal influenza immunization program outside general practice: An evaluation. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2016;12(1):248-51.
17. J. Van der Heyden RC. Enquête de santé : Maladies et affections chroniques Bruxelles, Belgique : Sciensano [web page]. 2018. Available from: www.enquetesante.be (consulté le 10 mars 2021).
18. Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens Hea. Diabète sucré de type 2 - Recommandations de bonne pratique Domus Medica [web page]. Available from: http://www.trajetdesoins.be/FR/Bibliotheque/pdf/RBP_Diabete2_FR.pdf (consulté le 15 octobre 2020).
19. SSMG [web page]. Available from: <https://www.ssmg.be/aide-la-consultation/> (consulté le 10/10/2020)
20. McBrien H, Luo C, Sanger N et al. Cannabis use during methadone maintenance treatment for opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*. 2019;7(4):E665-E73.
21. Chen KW, Berger CC, Forde DP et al. Benzodiazepine Use and Misuse Among Patients in a Methadone Program. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):90.
22. Brumammo. [web page]. Available from: <http://www.brumammo.be/documents/le-programme-du-depistage-en-belgique.xml?lang=fr> (consulté le 1 février 2021).
23. Cornford C, Close H. The physical health of people who inject drugs: complexities, challenges, and continuity. *Br J Gen Pract*. 2016;66(647):286-7.
24. Robertson JR. Commentary on Senn et al. Primary care is the place to manage hepatitis C in opiate-dependent patients. *Addiction*. 2009;104(12):2039-40.
25. Nyamathi A, Smith D, Shoptaw Sea. Perceptions of Methadone Maintained Clients About Barriers and Facilitators to Help-Seeking Behavior. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*. 2007, 4 (1):301-9.

26. Oliver P, Hulin J, Mitchell C. A primary care database study of asthma among patients with and without opioid use disorders. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020;30(1):17-.
27. Field CA, Klimas J, Barry J et al. Problem alcohol use among problem drug users in primary care: a qualitative study of what patients think about screening and treatment. *BMC Fam Pract*. 2013;14:98.
28. Meunier L. La prise en charge de l'hépatite C : un potentiel levier thérapeutique. *Addiction : recherches et pratiques*. Décembre 2019;n°4:48-50.
29. CSS. Risques liés à la consommation d'alcool [web page]. 2018. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf (consulté le 30 janvier 2021)