

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 05 Juin 2014 à Poitiers
par Mademoiselle Alexandra SUANT

**Le devenir des patients perdus de vue dans un réseau de santé :
étude dans le réseau régional addiction Poitou-Charentes**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Monsieur le Docteur Nemat JAAFARI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe BINDER

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gomez,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de m'accorder toute votre attention pour ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Ingrand,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et de porter un jugement sur mon travail. Soyez assuré de mon grand respect et de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Jaafari,

Je vous remercie sincèrement d'avoir répondu à mon appel et suis honorée de votre présence parmi les membres du jury de cette thèse.

À Monsieur le Docteur Binder,

Pour m'avoir fait confiance dans ce projet et m'avoir soutenue tout au long de sa réalisation. Veuillez en recevoir mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

À tous les médecins et secrétaires (Joëlle et Brigitte) qui ont participé à mon étude dans le réseau RAP et m'ont aidée dans la réalisation de mon travail.

À mes chers parents qui m'ont été d'un soutien inconditionnel au quotidien, durant toutes ces années d'études.

À ma famille, mes enfants, et mon grand-père, parti trop tôt pour me complimenter,

Je leur dédie mon ouvrage, fruit de toutes ces années de travail.

À Jean-Jacques, pour l'aide précieuse que tu m'as apportée dans la rédaction de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

<u>1. INTRODUCTION</u>	7
<u>2. PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE</u>	9
2.1. Les perdus de vue dans les cohortes	9
2.1.1. Définition statutaire du « perdu de vue ».....	9
2.1.2. Les données de la littérature	9
2.2. Le suivi des patients dans le réseau RAP	12
2.2.1. Les caractéristiques du réseau régional RAP.....	13
2.2.2. Le mode de suivi des patients dans le RAP.....	15
<u>3. DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE</u>	17
3.1. Recueil des données disponibles	17
3.1.1. Le logiciel TALOS	17
3.1.2. Population effective, critères d'inclusion	18
3.2. Enquête directe auprès des médecins « incluants »	19
3.2.1. Rédaction du questionnaire	19
3.2.2. Récupération des données	21
3.2.3. Retranscription des données recueillies	21
<u>4. TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS</u>	22
4.1. Les perdus de vue du réseau	22
4.2. Les patients toujours suivis	23
4.3. Responsabilité médecin/patient des perdus de vue	24

<u>5. DISCUSSION</u>	25
5.1. Apports essentiels des résultats	25
5.2. Les biais possibles.....	26
5.3. Les limites de l'étude.....	27
5.4. Prospectives.....	27
<u>6. CONCLUSION</u>	30
<u>7. ABRÉVIATIONS</u>	31
<u>8. BIBLIOGRAPHIE</u>	32
<u>9. ANNEXES</u>	36
8.1. Annexe 1 : Fiche d'inclusion d'un patient au réseau RAP.....	36
8.2. Annexe 2 : Bilan d'inclusion TALOS	37
8.3. Annexe 3 : Questionnaire de l'étude.....	40
<u>10. RÉSUMÉ ET MOTS CLEFS</u>	41
<u>11. SERMENT</u>	42

1 - INTRODUCTION

Jadis considérée comme une maladie chronique relevant plutôt du domaine de la psychiatrie, l'addiction à l'alcool et aux drogues est apparue, au fil des années, comme un fléau de société dont l'importance grandissante a fini par capter l'attention des autorités sanitaires à tous les niveaux : prévention des risques, mise sur le marché de produits de substitution et création des réseaux de santé.

Le travail en réseau permet d'accompagner le patient sur le long terme, au cours des différentes étapes de sa prise en charge thérapeutique (pré et post cure, sevrage hospitalier, relais par médecine de ville, etc.) et d'intervenir sur tous les domaines en relation avec l'addiction (médico-psycho-sanitaire).

Mais toute structure organisée de suivi de patient est confrontée à une difficulté de maintien de contact dans le temps. Beaucoup de patients finissent par échapper au suivi (5 à 30 % dans le domaine de l'addiction) et la raison de la rupture du suivi est un élément utile à connaître pour améliorer ultérieurement la prise en charge en réseau.

Les causes de l'arrêt et le devenir de ces patients sont peu documentés dans la littérature : suivi par un autre confrère, déménagement, décès, abandon par le patient ou le médecin, rechute, emprisonnement, sevrage.

C'est pourquoi nous avons travaillé à identifier les raisons des pertes de données au cours du suivi dans un réseau addiction.

Notre objectif principal a été de connaître le devenir des patients perdus par le réseau RAP et donc d'étayer l'étude des causes d'abandons de saisie.

Notre objectif secondaire a consisté à déterminer si la perte de données était liée au médecin incluant ou au patient.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons d'abord consulté les données existantes, puis nous avons lancé une enquête auprès des médecins ayant réalisé les inclusions dans le cadre du réseau.

2 - PREMIÈRE PARTIE : LE CONTEXTE

2-1 - LES PERDUS DE VUE DANS LES COHORTES

2-1-1– Définition statutaire du « perdu de vue »

D'un point de vue épidémiologique, et sur le fondement des études prospectives menées dans ce domaine, un perdu de vue est un participant qui abandonne avant le terme fixé dans le « contrat » et ne peut être retrouvé ultérieurement dans le cadre du suivi de la cohorte sélectionnée. ¹

Dans la littérature scientifique, les différences que l'on rencontre en termes de définition des perdus de vue concernent la période préalablement définie à l'issue de laquelle on considère un patient comme ayant échappé à l'étude.²

On note, dans la littérature, une distinction entre les perdus de vue et les patients sortis d'étude dont le devenir est connu : refus de suivi, déménagement, décès...¹

2-1-2– Les données de la littérature

Le taux de perdus de vue dans les réseaux dépend des thèmes qui mobilisent le réseau. Les patients ayant une addiction ont des caractéristiques bio-psycho-sociales qui rendent leur compliance plus difficile que celle des diabétiques ou des cardiaques.

De nombreux travaux portant sur le suivi des usagers de drogues substitués et de patients alcoolo-dépendants ont été réalisés et en sont arrivés à une conclusion quasi unanime : leur suivi est difficile³, surtout si l'étude excède une durée d'observation de 12 mois. ⁴

Du coté des drogues illicites, comme nous le prouvent différentes études antérieures axées sur le suivi de patients dépendants aux opiacés et substitués (Méthadone ou Buprénorphine), on atteint un taux de rétention d'environ 70 %, soit un taux de perdus de vue avoisinant 30 % :

- L'étude NTORS⁵ (National Treatment Outcome Research Study) menée en Grande Bretagne en 1995, sur 452 patients traités par Méthadone a fait ressortir un taux de rétention à 6 mois de 66 %.
- L'étude DATOS⁶ (Drug Abuse Treatment Outcome Study), conduite aux U.S.A. de 1991 à 1993 recensant 4229 patients a, pour ce qui la concerne, atteint un taux de rétention à 12 mois de 70 %.
- L'étude NEPOD⁷ (National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence), qui recense 4 études menées en Australie examinant les facteurs prédictifs d'un suivi difficile chez les patients recevant un traitement aux opiacés, démontre dans une de ces études que le suivi est plus difficile en médecine libérale qu'en clinique. Le taux de rétention à 3 mois s'établissait à 70%.

Du coté de l'alcool :

- Une étude⁸ axée sur le suivi des alcoolo-dépendants post sevrage arrive à un pourcentage de suivi de 88 % à 3 ans.
- Une autre étude conduite dans le service d'hépatogastro-entérologie et au CCAA de Nice⁹ sur 115 patients, suivis en post sevrage sur 6 mois, atteint 37 % de perdus de vue.

Ces différents travaux d'évaluation avaient pour objectif secondaire non pas de statuer sur le devenir des perdus de vue mais de dresser un profil des patients abandonnant la cohorte : jeune âge, précarité, histoire des drogues plus complexe et poly-addiction, troubles psychiatriques associés, sont les caractéristiques socio-médico-sanitaires les plus fréquentes.^{9, 10, 11}

Mais existe-t-il des études qui abordent la recherche des perdus de vue et se penchent sur leur devenir ?

Dans la littérature, il y en a peu.

En France, les études SPESUB¹² et ANISSE¹⁰, ont abordé le problème des patients perdus de vue présentant des addictions aux opiacés et substitués. On y retrouve des taux d'abandon de l'ordre de 40 à 50 % et, après recherches, des taux de perdus de vue respectivement de 13,5 % pour l'étude SPESUB et de 26 % pour l'étude ANISSE.

Elles dressent une liste des différentes causes d'abandon de suivi des patients : suivi par un autre confrère ou un centre, décès, déménagement, emprisonnement, refus caractérisé ou abandon délibéré du suivi, abandon du suivi par le médecin.

Une étude allemande¹³ de 2008 recensant plus de 2600 patients traités par Buprénorphine ou Méthadone et suivis sur 12 mois, montre les différentes raisons d'abandons des participants (31%) : 33% pour abstinence, 31 % pour cause de déménagement, 28 % liés à l'abandon de suivi par le médecin, 14% pour des raisons disciplinaires et 19% pour autres raisons ou perdus de vue.

Outre-Atlantique, les américains s'intéressent davantage aux raisons d'abandon volontaire par le patient : c'est ainsi que Samuel A. Ball¹⁴ interviewe 24 patients présentant des addictions aux substances incriminées (alcool et/ou drogues) et qui ont décroché du suivi. Il dresse un bilan des causes par ordre décroissant en termes de fréquence : conflits avec l'équipe médicale, baisse de motivation du patient, remise en cause de la confidentialité, influences extérieures, doutes sur la finalité du programme, problèmes médicaux graves, et difficultés logistiques pour se rendre aux rendez-vous fixés. De même, J. Gryczynski¹⁵, analysant une population de patients traités par Buprénorphine sur 6 mois et A.B. Laudet¹⁶ étudiant une population d'addicts en post traitement, retrouvent les mêmes raisons d'abandons : conflits avec l'équipe ou incompréhension du programme, incompatibilité avec leur vie, suivi par un autre centre, emprisonnement, déménagement, sevrage, rechute, difficultés logistiques ou financières.

En ce qui concerne le suivi des patients alcoolo-dépendants, R. Stout et J. Brown, en 1996 ¹⁷, décrivent les raisons des abandons en les recherchant activement au bout de 4 ans : refus (27 %), déménagement (1,3%), décès (8,7%), perdu de vue (9,2%).

En règle générale, les raisons d'abandon dans les différentes études sur le sujet sont identiques, que ce soit pour les drogues ou pour l'alcool, avec une meilleure pertinence pour les américains qui, en complément, ont enquêté directement auprès des patients.

2-2- LE SUIVI DES PATIENTS DANS LE RÉSEAU DE SANTÉ « R.A.P. »

L'approche des professionnels de terrain pour traiter les addictions est d'une grande complexité. L'addictologie est, en effet, au carrefour d'une multitude d'intervenants évoluant au sein de la sphère médico-psycho-sociale et d'une diversité de secteurs d'application tels que la ville, l'hôpital, les centres spécialisés. C'est là, justement, que réside tout l'intérêt du potentiel des réseaux de santé dans l'addiction.

Le terrain de ce type d'affection ne peut manifestement être traité de manière efficace en mobilisant les compétences d'une seule catégorie de traitants ; ce sont les acteurs – dans la plénitude de leurs disciplines respectives -, situés sur l'itinéraire de vie de l'individu à soigner, qui doivent s'attacher à coordonner leur action, au moyen d'échanges permanents et d'une auto-formation de forme collégiale pour apprendre à se connaître. Ces aspects renforcent l'idée que le réseau, avec son approche complémentaire et pluridisciplinaire, se pose en véritable réponse, utile à l'ensemble des problèmes posés par l'addiction. ^{18,19}

D'autre part, le réseau a aussi un intérêt pour le professionnel de santé car il permet de rompre l'isolement professionnel et d'améliorer sa pratique dans un cadre pluridisciplinaire pour faire face aux problèmes d'addictions parfois très complexes²⁰ et, ce faisant, améliorer la prise en charge du patient. ²¹

2.2-1 – Les caractéristiques du réseau régional « R.A.P. »²²

Le Réseau Addiction Poitou-Charentes (R.A.P.) a été créé le 1^{er} mars 2013, dans l'esprit de la définition légale des réseaux de santé ²³ (loi du 4 mars 2002) et des dispositions relatives à leur utilité (rappelées au J.O. du 18 décembre 2002), avec pour objectif principal d'assurer le suivi des patients concernés par l'alcool et les drogues illicites sur l'ensemble du territoire géographique de la région Poitou-Charentes.

Il s'inscrit dans le prolongement du réseau « ICARES » (acronyme de « Initiatives dans les Conduites À Risques par un Ensemble de professionnels de Santé ») créé en 2006. « ICARES » étendait à l'addiction au sens large de la dynamique du réseau « Mg-TOX » créé en 1988 en Charente-Maritime et financé par l'État depuis 1991. Cette mobilisation a été précurseur en matière d'addiction pour répondre localement à la demande croissante des médecins généralistes confrontés aux problèmes de suivi en temps réel des toxicomanies.

Les objectifs du « R.A.P. » s'inscrivent naturellement dans la lignée des différents plans gouvernementaux²⁴ et selon la définition de la circulaire MILDT n° 2004-822 du 24 décembre 2004)²⁵ et de l'HAS²⁶ qui vise à :

- Favoriser l'accès aux soins pour tous les patients confrontés à une ou des addictions ;
- Mettre en avant la coordination des intervenants et des professionnels de santé ;
- Favoriser la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et sociales ;
- Améliorer l'évaluation des prises en charge afin de garantir la qualité des prestations.

Le réseau doit aussi répondre aux objectifs fixés par le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 de la Direction Générale de la Santé ²⁷ :

- Restructurer l'offre de soins, placer le patient au cœur du dispositif en apportant une réponse à la fois médicale et médico-sociale (consultation d'addictologie, équipes hospitalières de liaison ; pôle d'addiction dans les CHU) , implication de la médecine de ville avec le développement des réseaux ;
- Création de CSAPA ouverts à toutes les addictions (réunissant les CSST et CCAA), augmentation des places d'accueil en hébergement ;
- Promouvoir la formation des professionnels de santé et améliorer la recherche scientifique en addictologie

Les activités du réseau s'exercent dans la région Poitou-Charentes et se développent essentiellement à partir d'unités locales, les GRAL, rassemblant les intervenants libéraux, institutionnels et associatifs intervenant dans le *soin hors* la prévention primaire ou collective. Les GRAL se réunissent localement pour examiner un dossier de patient et en discuter dans le cadre d'une collégialité de réflexion et de décision. On compte 14 GRAL dans la région Poitou-Charentes à ce jour.

Les moyens que met en place ce réseau pour atteindre ses objectifs sont articulés autour de *différentes commissions* dont le but est de conduire des réflexions, de proposer des protocoles ou des méthodes utiles à l'ensemble du réseau et devant être développés dans le cadre de la coordination. Ces commissions, permanentes et spécifiques (soins primaires, parcours de soins, missions des intervenants, évaluation, formation) débouchent sur des travaux écrits pouvant servir de référentiel dans leur pratique de tous les jours.

Des formations collégiales sont organisées pour favoriser l'acquisition de protocoles communs, réaliser des mises au point sur des thèmes couvrant le champ des addictions, parfois même sous le contrôle d'experts extérieurs.

2-2-2 – Le mode de suivi des patients au sein du réseau

Tous les patients présentant des problèmes d'addiction aux drogues, à l'alcool, aux opiacés ou au cannabis, et qui expriment une réelle demande de soins, un besoin d'aide ou une volonté impérieuse de changement de comportement au regard du produit considéré, peuvent faire appel à la prise en charge dans le réseau.

L'entrée des patients dans le réseau peut se faire à tous les niveaux concernés par les problèmes d'addiction (médecins généralistes hors réseau, centres spécialisés alcool, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux), en les orientant vers un médecin appartenant au réseau en vue de son inclusion.

L'inclusion (annexe 1) implique un consentement actif et participatif du patient (formalisé par un écrit signé) et la signature d'une convention bilatérale d'accord expliquant les modalités de fonctionnement du réseau, ses droits et devoirs et des indications concernant le devenir des données des bilans.

Elle est réalisée par un médecin adhérent au réseau. Il est également envisageable que la demande émane d'un professionnel de santé non médecin ; dans cette hypothèse, le recours à un médecin inscrit dans le réseau est incontournable.

Lors de l'inclusion, le médecin doit compléter une fiche administrative et réaliser son premier bilan d'évaluation grâce au logiciel TALOS (annexe 1) permettant de statuer dans un premier temps sur l'ampleur de l'addiction mais aussi sur toute la sphère médico-psycho-sociale. Un code est attribué au patient qui se compose des 3 premières lettres de son nom puis des 3 premières lettres de son prénom et de sa date de naissance pour garantir son anonymat et la confidentialité des données qui le concernent.

Les avantages dont bénéficie le patient dans ce contexte se concrétisent de 3 manières :

- par un regard pluri-professionnel de son dossier lors de réunions de synthèse ou bien lorsque le médecin rencontre un problème ;
- par un accès à 4 séances de psychologie, renouvelable 1 fois.
- par la tenue d'un bilan informatisé permettant d'établir une courbe de suivi.

Le suivi du patient est pluridisciplinaire et collaboratif. Il fait l'objet d'échanges et de réunions interprofessionnelles. Il est assuré matériellement grâce à la saisie semestrielle des bilans d'évaluation TALOS (*annexe 2*) dont le but est de mesurer l'amélioration ou la dégradation de la situation du patient dans les différents domaines qui ont un rapport avec sa pathologie : social, relationnel, santé, addictions.

À tout moment, le patient peut sortir du réseau, soit parce que sa prise en charge est parvenue normalement à son terme, soit pour d'autres raisons qui lui sont propres et dont il doit faire part, de manière explicite, à l'équipe de suivi.

Les avantages pour le médecin d'appartenir au réseau et d'inclure des patients se traduisent dans la possibilité d'accéder à des formations communes, d'avoir des relations privilégiées avec les membres du réseau (spécialistes, psychologues), d'avoir recours aux « synthèses patient » pluri-professionnelles en cas de difficultés rencontrées avec un patient et d'être rémunéré pour chaque bilan de suivi réalisé.

On compte parmi les adhérents au réseau RAP 130 médecins généralistes, 10 médecins hospitaliers, 45 psychologues, 8 psychiatres, 36 pharmaciens, 2 dentistes, 2 sophrologues répartis dans la région Poitou Charentes.

3 - DEUXIÈME PARTIE : LA MÉTHODE

3.1- LE RECUEIL DES DONNÉES DISPONIBLES

Pour lancer nos investigations en rapport avec les « perdus de vue », nous nous sommes appuyée sur les données enregistrées dans le logiciel « TALOS » et, secondairement, nous avons élaboré un questionnaire adapté, destiné aux médecins « incluants ».

3.1.1- Le logiciel « TALOS » (figure 1)

Ce logiciel est un outil informatique spécialement conçu à l'origine pour servir de support informatique au dossier patient partagé, dans le cadre du réseau départemental « ICARES » et qui, à partir du 1^{er} mars 2013, a été naturellement mis à disposition du réseau « R.A.P. ». Il a vocation à être accessible, dans certaines conditions liées à la confidentialité des informations qu'il contient, à tous les intervenants au réseau et permet de jalonner le parcours du patient au regard de l'addiction considérée. Les données enregistrées dans ce logiciel sont articulées autour de 5 thèmes : insertion, relations, addictions, santé et partenaires.

Chaque thème est affecté d'items (65 en tout) : *il s'agit d'indicateurs mesurables*, disposés en échelles qualitatives progressives, répartis entre données objectives et appréciations subjectives, dont les valeurs sont pondérées à l'analyse.

Mais ce qui nous importe ici est de démontrer l'importance des perdus de vue au cours et après des années de suivi.

Figure 1 : logiciel TALOS, exemple de page

The screenshot shows the 'Inclusions' section of the TALOS software. It features a navigation bar with tabs: Identifiants, Insertion, Relations, Addiction, Santé, and Partenaires. The main content area contains several numbered fields for data entry:

- 6 - Niveau de protection sociale
- 7 - Etudes
- 8 - Emploi actuel
- 10 - Ressource financière principale actuelle** (highlighted in blue)
- 11 - Son logement est
- 12 - Nombre de personnes à charge financièrement (qu'elles vivent ou non sous le même toit)
- 13 - Situation judiciaire : nombre de condamnations à ce jour ou en attente (y compris retrait de permis par le juge)
- 14 - Dans un loisir ou activité de son choix hors l'addiction, le patient est
- 15 - De sa situation sociale, travail, logement et formation, le patient est

The field for item 10 is currently open, displaying a dropdown menu with the following options:

- 1 - Secours ponctuels
- 2 - Secours réguliers issus de tiers ou de proches
- 3 - R.M.I pension-allocation, rentes
- 4 - Emploi non déclaré
- 5 - Emploi déclaré

3.1.2 - Population effective, critères d'inclusion

Nos investigations ont porté sur les patients inclus dans le réseau « R.A.P. » du 1^{er} janvier 2007 au 31 juillet 2012. Pour laisser des délais de réponse raisonnables aux médecins consultés, le recensement des données recueillies a été effectué en décembre 2013.

Il s'agit d'une *étude quantitative, descriptive et rétrospective*.

Dans la littérature spécialisée, nous n'avons pas relevé d'indice significatif de l'existence d'une durée consensuelle pour considérer un patient comme « perdu de vue ». Pour des raisons essentiellement pragmatiques, nous avons estimé qu'un patient pouvait être rangé dans cette catégorie dès lors que le dernier bilan dressé à son sujet datait de plus de 12 mois. Il nous a simplement semblé qu'une durée d'observation de 12 mois pouvait être un bon compromis, afin de laisser une marge d'erreur ou d'oubli au médecin ayant réalisé un bilan.

Les *critères d'inclusion* sont donc définis comme tout patient inclus du 1^{er} janvier 2007 au 31 juillet 2012 et qui est perdu de vue par le réseau depuis au moins 12 mois.

L'échantillon final de notre étude se compose de 665 patients.

3.2- L'ENQUETE DIRECTE AUPRES DES MEDECINS « INCLUANTS »

À compter de décembre 2013, ayant bien défini la cohorte à étudier, il nous restait à savoir ce qu'étaient devenus les patients concernés, par l'intermédiaire de leur médecin « incluant ».

45 médecins généralistes et 2 médecins hospitaliers ont inclus des patients durant la période de référence.

19 médecins ont abandonné le réseau soit pour départ à la retraite, soit en raison d'un déménagement, soit enfin pour des raisons personnelles.

Dans le cadre de nos investigations, nous avons donc contacté 28 médecins généralistes et hospitaliers et les avons invités à répondre à un questionnaire axé sur le devenir des patients dont le réseau « R.A.P. » n'avait plus de nouvelles.

3.2.1 – La rédaction du questionnaire (annexe 3 & figure 2)

En nous basant sur les données de la littérature et sur les travaux déjà entrepris et édités sur le sujet ^{12,28} nous avons conçu un questionnaire (*figure 2*) destiné à recueillir, auprès des médecins consultés, les éléments qui nous paraissaient nécessaires sur la situation actuelle des patients perdus de vue du réseau.

Il s'agissait alors, de recenser les circonstances et les causes d'abandon de saisie au sein du réseau, en l'occurrence sur la foi des réponses aux items suivants :

- soit le médecin suit toujours son patient et donc les causes de l'abandon de saisie dans le réseau relèvent :
 - o d'une décision du médecin
 - o d'une décision du patient lui-même
 - o d'un oubli du médecin
 - o d'une autre raison

- soit le patient n'est plus suivi par son médecin mais ce dernier connaît son devenir :
 - o le patient a déménagé
 - o le patient est décédé
 - o le patient est suivi par un autre confrère ou professionnel de santé
 - o autre raison

- soit le praticien ne sait pas, et donc le patient est considéré *ipso facto* comme « perdu de vue »

		QUESTIONNAIRE RELATIF AU SUIVI DE LA SITUATION DES PERSONNES INCLUSES DANS LE RESEAU DE SOIN "TALOS"								
Concerne les personnes n'ayant pas eu de bilan depuis plus de 12 mois										
(c'est à dire : qui aurait dû avoir deux bilans de suivi)										
Identification du patient										
<i>Ne cocher qu'une seule case par bloc de réponses</i>										
Situation au regard de l'absence de bilan										
Patient perdu de vue depuis 3 mois et plus	Le patient est décédé									
	Le patient a déménagé									
	Le patient est suivi par un autre confrère ou spécialiste									
	Autre raison.....									
	Je ne sais pas									
Patient toujours en suivi. (=Vu depuis moins de 3 mois)	Décision du patient de ne pas faire de bilan									
	Décision du médecin traitant de ne pas faire de bilan									
	Oubli du médecin traitant									
	Autre raison.....									

Figure 2 : Visuel du questionnaire de l'étude

3.2.2 - La récupération des données

Après recensement des patients perdus de vue, le questionnaire a été envoyé dans la majorité des cas par mail et, pour 2 praticiens, par voie postale.

En ce qui concerne les patients inclus au CSAPA de La Rochelle et ceux d'un médecin libéral, du fait du nombre important de cas à compiler, et en raison de l'emploi du temps particulièrement chargé des médecins que nous avons sollicités, nous avons préféré nous rendre sur place afin de consulter les dossiers, avec accord de confidentialité (CH de la Rochelle).

3.2.3 - La retranscription des données recueillies

Les données ont été retranscrites sous forme d'un tableau EXCEL

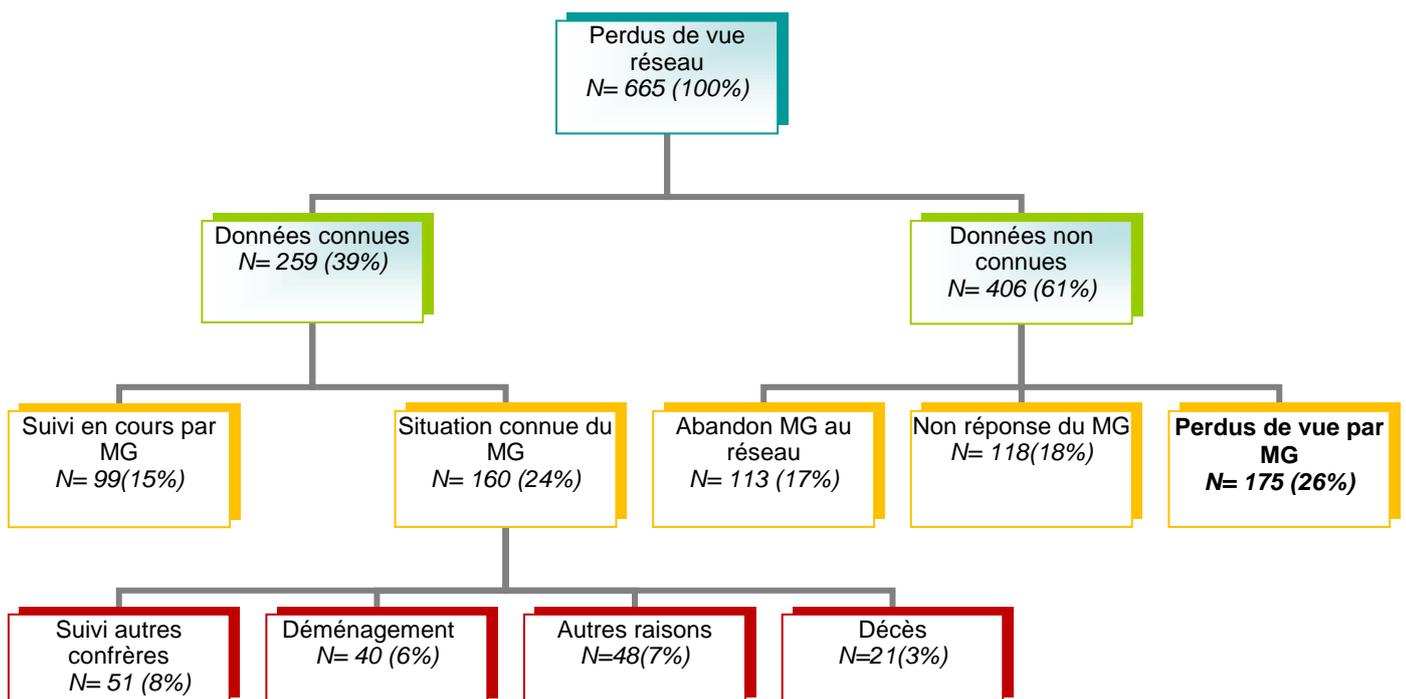
4 - TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS

4.1 - Les perdus de vue par le réseau (tableau 1)

Sur une population initiale de 788 patients pris en charge dans le réseau RAP, au 1^{er} décembre 2013, 665 sont considérés comme « perdus de vue » par arrêt de saisie du suivi au sein du réseau RAP.

Sur les 28 médecins contactés et relancés, seulement 17 ont répondu au questionnaire, soit 434 réponses collectées (65% de réponses)

Tableau 1 : Statut des perdus de vue du réseau



Nous n'avons pas pu statuer pour 231 patients d'entre eux en raison de l'abandon du médecin au réseau (113 patients), de l'absence de réponse de la part du médecin incluant (106 patients) ou de réponses invalides ou incomplètes (12 patients).

Au final, après enquête (*tableau 1*), il s'avère que le nombre de perdus de vue par les médecins est de 175. Les autres patients sont soit toujours suivis par leur médecin (99 patients), soit leur devenir est connu du médecin malgré l'absence de suivi (160 patients) : déménagement, décès, suivi par autres confrères, autres raisons.

Vu l'importance des « autres raisons » mises en cause dans la perte de vue, nous avons pu obtenir quelques explications : dans la majorité des cas, c'est la fin de la prise en charge de l'addiction qui la justifiait. Mais d'autres situations ont pu être mises en avant : emprisonnement, mésentente médecin-patient (2 ont fait de fausses ordonnances), rechute ou abandon par le patient.

4.2 - Les patients retrouvés (tableau 2)

Sur les 665 perdus de vue du réseau, grâce aux enquêtes directes effectuées auprès des médecins, nous avons pu retrouver 99 patients, soit 15% des perdus de vue, qui sont toujours suivis par leur médecin référant.

Tableau 2 : Raisons invoquées pour justifier l'abandon de saisie chez les patients toujours suivis.

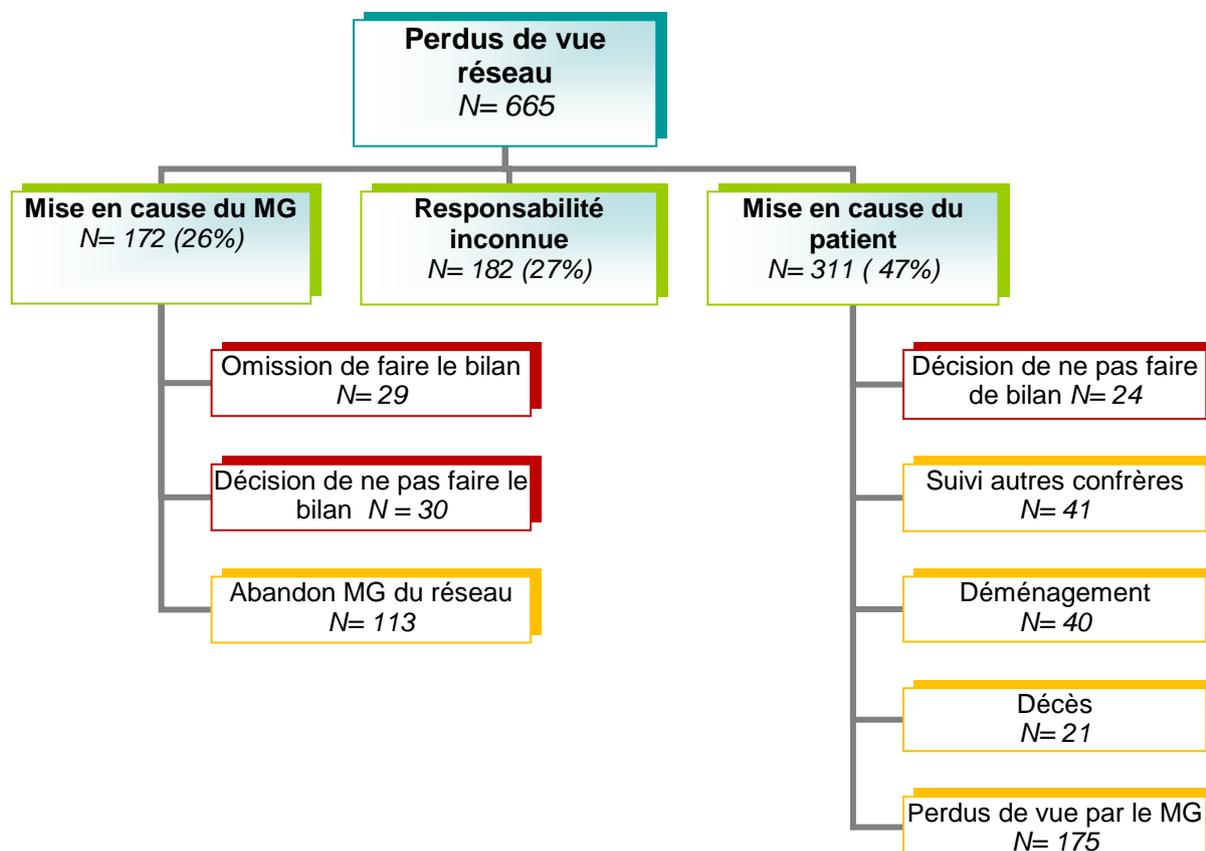
<i>Raisons de l'abandon de saisie</i>	<i>n = 99</i>	<i>% / patients retrouvés</i>
Décision du médecin	30	30
Décision du patient	24	24
Oubli du médecin	29	29
Autres raisons	16	16

Les raisons invoquées pour justifier cet abandon de saisie (*tableau 2*) étaient, pour 24%, la décision du patient, pour 31 % la décision du médecin, 29% étaient liés à un oubli du médecin et dans 16% des cas d'autres raisons étaient avancées.

D'une manière générale, les abandons de saisie imputables au médecin atteignent un taux de 60 %. Dans tous les cas, les médecins n'ont pas étayé, argumenté ou motivé les autres raisons.

4.3 - La responsabilité médecin / patient des perdus de vue réseau

Tableau 3 : Synthèse de la situation des perdus de vue en fonction de la responsabilité incriminée



Concernant la responsabilité du médecin dans la perte de saisie des données, certes, elle englobe l'omission (29 patients) et la décision du médecin d'arrêter les saisies (30 patients), mais aussi l'abandon du médecin (113 patients) indirectement. Ce qui ramène à 172 le nombre de patients perdus de vue à cause du médecin.

Pour ce qui est de la responsabilité du patient, elle inclut la décision du patient (24 patients), le déménagement (40 patients), les décès (21 patients), le suivi par d'autres confrères (41 patients) et, bien évidemment, les perdus de vue du MG (175). Soit 311 pertes de vue que l'on peut attribuer au patient directement.

Nous n'avons pas pu juger de la part de responsabilité dans un sous groupe de patient perdus de vue (182 patients) car les raisons d'abandon ne sont pas assez explicites (autres raisons en cas de suivi par le MG, non réponse du MG).

5 - DISCUSSION

5.1 - L'apport essentiel des résultats

Au terme de notre enquête, le taux de pertes de vue du réseau à 66 mois (soit 5 ans et demi) des patients suivis pour une addiction s'est établi à plus de 80 %, nettement supérieur aux données relevées dans la littérature (aux alentours de 30%).

Le devenir de ces perdus de vue est connu du médecin dans 39 % des cas, soit parce que le praticien le suit toujours (15%) soit sa situation est connue (24% : déménagement, suivi par un autre confrère, décès, fin de prise en charge). Au final, les patients perdus de vue des médecins représentent 26%.

En ce qui concerne les responsables dans la perte de saisie, on incrimine le médecin dans 26 % des cas chez les patients perdus de vue, et dans 60 % des cas lorsque le patient est toujours suivi.

Pour les raisons d'abandon de suivi, nos résultats en termes de pourcentage sont un peu différents de ceux de l'étude SPESUB dans la mesure où cette dernière était orientée de manière prospective bi-azimuts, à la fois auprès des médecins et des patients, dans un espace temps plus restreint, ce qui entraîne un taux de réponses nettement plus important.

De même, la comparaison avec les études américaines est difficile, du fait de la non équivalence de notre système de santé français par rapport au système américain et que les enquêtes ont été réalisées directement auprès des patients, d'où des réponses plus approfondies.

Il est très difficile de comparer des études du fait de différences rencontrées concernant les périodes d'observation, la taille de l'échantillon, ou encore le domaine d'analyse. Très peu d'études ont abordé le sujet des addictions au sens

large comme pris en charge dans le réseau ; les différentes études relatées sont souvent cloisonnées dans une substance : drogues ou alcool.

5.2 - Les biais possibles

Notre étude portant sur les « perdus de vue » dans ce réseau de santé « addictions » présente plusieurs biais :

- D'abord, *un biais de déclaration* :

On a pu observer des divergences de données entre celles qui émanaient du réseau et celles qui ont pu être fournies par le médecin. Il s'avère que, tous les 6 mois, le secrétariat du réseau relance chaque médecin concernant les perdus de vue pour connaître les motifs d'abandon et retranscrit les données obtenues dans son fichier : nous avons relevé des réponses non concordantes avec celles du médecin consulté car celui-ci faisait appel à sa mémoire, parfois lointaine, ce qui a pu être le cas pour certains patients suivis en 2007.

- Ensuite, *un biais de confusion* :

Notre étude ne prend pas en compte les caractéristiques sociodémographiques des patients.

Or, il a été prouvé par de nombreuses études^{10,11} que l'âge (notamment la jeunesse du patient) était un facteur prédictif d'abandon de la procédure de suivi, de même que la précarité.

- Et enfin, *un biais de sélection* :

Dans notre étude, nous avons pu obtenir un taux de réponses de 65 %, soit un taux de non-réponses ou de données inexploitable (abandon du médecin ou réponses incomplètes) de 35 % qui est bien sûr un biais dans l'interprétation des résultats.

5.3 - Les limites de l'étude

Nos travaux de recherches des perdus de vue se sont limités à la consultation des médecins référents. Il aurait sans doute été judicieux de renforcer cette recherche directement auprès des patients. Pour ces derniers, on peut imaginer que la confidentialité pourrait constituer un frein aux investigations du même ordre que celles que nous avons entreprises mais il est toujours possible de leur opposer que, lors de leur inclusion au réseau, ils ont signé une charte et une convention leur expliquant les différentes modalités d'utilisation des données qui les concernent.

Malgré ces biais et ces limites, notre étude montre qu'en mettant tout en œuvre pour rechercher les perdus de vue, nous sommes en mesure d'en retrouver une bonne partie.

5.4 - Prospective

Notre étude nous a permis de démontrer que les patients « perdus de vue d'un réseau » ne signifie pas nécessairement « perdus de vue du système de santé ». Pour contrer cette perte de données entre le réseau et les professionnels de santé, nous pourrions nous appuyer sur les différents travaux entrepris dans un but d'améliorer le taux de rétention ⁴

- *La nécessité de compléter à 100 % la fiche de renseignements en vue de localiser le patient dans la perspective d'études prospectives éventuelles ;*
- *L'importance d'informer les patients qu'ils vont faire l'objet d'un suivi et qu'ils devront pouvoir être localisés à différentes étapes de la procédure de suivi ;*
- *La place d'une tierce personne à impliquer dans la prise en charge ;*
- *La mise en exergue des motivations réelles du patient ;*
- *Le choix d'une équipe de soins appropriée ;*
- *La nécessité d'expliquer au patient le détail des différentes étapes du suivi ;*
- *Le souci de développer et d'exploiter les ressources d'information institutionnelles (hôpitaux, prisons, etc.) ;*
- *L'élaboration d'un dossier d'entretien de suivi pas trop long*

De même, nous avons pu mettre en avant certaines failles du système, en l'occurrence la place du médecin « incluant » dans le réseau : abandon du médecin au réseau, omission de réaliser le bilan périodique ou décision volontaire d'arrêter le suivi dans le réseau.

L'omission involontaire peut être compréhensible dans le contexte actuel du fait de la surcharge de travail et de l'augmentation quasi constante des usagers de drogues et d'alcool. Le médecin généraliste de ville se situe en première ligne pour répondre à la demande des patients dépendants, en dehors des contextes d'urgence, et souvent leur prise en charge ne se fait que par une minorité de médecins (moins de 50 % des médecins généralistes²⁹).

Or, en 2011, on dénombrait 170000 personnes bénéficiant de prescription de traitement de substitution aux opiacées en ville ou en CSAPA et 133000 consommateurs d'alcool en difficulté vus dans les centres spécialisés et en médecine de ville³⁰.

De même, la file active de ces médecins impliqués dans l'addiction peut aller de 5 à une centaine de patients. Dans notre étude, même si les médecins appartiennent au réseau, il existe une répartition hétérogène de cette file active.

L'abandon des médecins au réseau peut constituer un facteur de remise en question de la « motivation » personnelle des professionnels de santé. Même si ces derniers sont rémunérés pour chaque bilan – ce qui devrait constituer un motif suffisant pour améliorer leur motivation³¹ -, le mésusage des traitements de substitution, l'impuissance face à certaines situations, la déception, l'inégalité des médecins prescripteurs, le nomadisme médical sont des freins pour certains médecins à s'impliquer à 100%.

Si l'on évoque l'hypothèse selon laquelle *le médecin considère que le patient ne doit plus être suivi du réseau*, on peut s'interroger sur les raisons profondes de sa décision. Car on a pu démontrer que la prise en charge des addictions passe par un système pluri-professionnel, selon les recommandations de l'HAS^{32,33}, permettant d'obtenir de meilleurs résultats en termes de rechutes, de sevrage, et que l'addiction doit être considérée comme une maladie chronique au même titre que le diabète ou l'hypertension à suivre sur du long terme.³⁴

L'omission, l'abandon ou la décision du médecin ou du patient serait peut être en lien directe avec l'outil de travail TALOS

La « longueur du questionnaire » est peut être rebutante ? Force est d'admettre qu'apporter des réponses aux 65 items ou questions en présence et avec le concours du patient prend beaucoup plus que 15 minutes. Le médecin doit prendre le temps nécessaire pour le compléter le plus objectivement possible, ce qui implique également que le patient aussi doit être ouvert et participatif.

Est-ce que l'outil « TALOS » est encore adapté à ces professionnels ? Faut-il envisager de le remanier, de l'alléger afin de faciliter son utilisation ?

Ce sont-là, très certainement, autant de questionnements sur lesquels il serait intéressant de se pencher. Mais d'ores et déjà, un remaniement du questionnaire sera réalisé en se basant sur la réforme du DSMV concernant les addictions.

Le processus de suivi des patients est peut être trop lourd pour le système ? Le patient est-il vraiment prêt à se faire soigner (on ne peut raisonnablement pas forcer un alcoolique à arrêter s'il n'en a pas la volonté). Sa motivation est en effet un facteur essentiel comme l'a prouvé Ball dans son étude car adhérer pleinement à un projet de soins de cette envergure est long, difficile et semé d'embûches.

6 - CONCLUSION

Pour les médecins généralistes, la perte de vue de certains patients au cours d'un suivi de long terme est inévitable, quel que soit le domaine dans lequel ils interviennent.

Le devenir des patients dépend de facteurs sociaux, psychologiques, somatiques, juridiques et économiques. Quand on parle d'addiction, tous ces facteurs ont un rôle important dans la causalité et les conséquences de l'addiction. C'est pour cela, que les pertes de vue chez les patients ayant des problèmes de dépendance aux opiacées et/ou à l'alcool sont plus importantes qu'au sein de la population générale appelée à être soignée.

Notre travail a permis de montrer que l'arrêt de la saisie de données au sein du réseau n'équivaut pas forcément à un arrêt du suivi médical.

En outre, la perte de vue par le réseau et par le médecin est le plus souvent liée au patient (déménagement, changement de médecin, décision d'abandon, manque de motivation, perte de vue) ; mais une part non négligeable est également imputable au médecin directement (omission, décision d'arrêt, abandon).

C'est ce dernier point qui pourrait être amélioré. Cela pourrait passer par un outil de saisies plus motivant et performant mais aussi resserrer le lien entre la coordination du réseau, les GRAL, et le médecin.

Nous savons que la motivation des patients à se prendre en charge et accepter les soins est chose primordiale. Dans notre étude, nous voyons bien que c'est aussi la motivation des médecins à travailler dans le réseau qui peut poser problème.

ABRÉVIATIONS

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ambulatoire

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DATOS : Drug Abuse Treatment Outcome Study

ICARES : Initiatives dans les Conduites À Risques par un Ensemble de professionnels de Santé

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

GRAL : Groupe Ressource Addiction Local

MG : Médecin Généraliste

MgTOX : Médecin Généraliste Toxicomanie

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

NEPOD : National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence

NTORS: National Treatment Outcome Research Study

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

RAP : Réseau Addiction Poitou-Charentes

SPESUB : Suivi Pharmaco-épidémiologique du Subutex en médecine de ville.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- HEDDEN S.L, WOOLSON R.F, CARTER R. E, PALESCH Y, ET AL, 2009. The impact of loss to follow-up on hypothesis test of the treatment effect for several statistical methods in substance abuse clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, pp. 54-63
- 2- CHI B.H, CANTREL R.A et AL, 2010 apr. An empirical approach to defining loss to follow up among patients enrolled in art programmes. *Am J epidemiol*, pp. 924-931.
- 3- MAKOUALA M, PLANCKE L, HARBONNIER J, MALICE W. 2004. Le suivi des usagers de drogue est-il possible ? *Psychotropes* Volume 10, pp 19-46.
- 4- DESMOND D.P, MADDUX J.F,JOHNSON T.H, CONFER B.A, 1995. Obtaining Follow -Up Interviews for Treatment Evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, pp. 95-102.
- 5- GOSSOP M., MARSDEN J., STEWART D., LEHMANN P., STRANG J., 1999. Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and general practice: results from the National Treatment outcome Research Study. *British Journal of General Practice*, pp. 31-34.
- 6- FRIEDMANN P.D, LEMON S.C, ANDERSON B.J, STEIN M.D, 2003. Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug and Alcohol dependence* 69, pp. 243-251.
- 7- DIGUISTO E., PANJARI M., GIBSON A., REA F., The NEPOD research Group, 2006. Follow-up difficulty: Correlates and relationship with outcome in heroin dependence treatment in the NEPOD study. *Addictive Behaviors* 31, pp. 1201-1210.
- 8- BOTTLENDER M., SOYKA M., 2005. Outpatient Alcoholism treatment : predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol depend*, Volume 80, pp. 83-89.
- 9- GELSI E., VANBIERVLIET G., CHERIKH F., MARINE-BARJOAN. E. et Al., 2007. Factors predictive of alcohol abstention after resident detoxication among alcoholics followed in an hospital outpatient center. *gastroenterol Clin Biol*, Volume 31, pp. 595-599.

- 10- BATEL P., REYNAUD.-MAURUPT C., LAVIGNASSE P., CONSTANT M.V., et. AL., 2004. Facteurs de risques de rupture précoce de prise en charge lors de l'induction d'un traitement substitutif par buprenorphine haut dosage. *Presse Medicale*, 33(18), pp. 5-9.
- 11- BRORSON H.H, ARNEVIK E.A, RAND-HENDRIKSEN K, DUCKERT F. 2013. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review* .Volume 33(8) pp 1010-1024.
- 12- DUBURCQ A., C. Y. B. P. M., 2000. Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprenorphine haut dosage. resultats de l 'etude SPESUB. *revue d'epidemiologie et de santé publique*, pp. 363-373.
- 13- WITTCHEN H.U, APELT S.M, SOYKA M et Al, (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany : A naturalistic study in 2694 patients. *Drug and Alcohol Dependence* Volume 95, pp 245-257
- 14- BALL A.B, CARROLL K.M, CANNING-BALL M., ROUNSAVILLE B.J, 2006. Reasons for dropout from drug abuse treatment : symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, Volume 31, pp. 320-330.
- 15- GRYCZYNSKI J., MITCHELL S.G, JAFFE J.H et Al, 2014. Leaving buprenorphine treatment: Patients' reasons for cessation of care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 46, pp 356-361
- 16- LAUDET A.B, STANICK V., SANDS B.2009. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 37, pp 182-190
- 17- STOUT R.L, BROWN P.J, LONGABAUGH R., NOEL N., 1996. Determinants of research follow-up participation in an alcohol treatment outcome trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), pp. 614-618.
- 18- LLORCA P.M., 2006. les reseaux en addictologie. Dans: *Traité d'addictologie in REYNAUD*. s.l.:flammarion MEDECINE SCIECNE, pp. 285-288.

- 19- COLLOMBAT Julie., 2007. *interet des reseaux de soins en addictologie?*,
- 20- SCMITT A, SCHWAN R, LLORCA P.M. 2007. Intérêt des prises en charge coordonnées: l'alcoologie de liaison et les réseaux de santé. *Annales Médico Psychologiques* pp 449-453.
- 21- MALET L, REYNAUD M, LLORCA P.M, FALISSARD B; 2006 Impact of practitioner's training in the management of alcohol dependence: a quasi experimental 18 months follow study. *Substance abuse treatment, prevention and policy* pp 1-18
- 22- Réseau Addiction Poitou-Charentes R.A.P: [www. reseau-addictions-rap.fr](http://www.reseau-addictions-rap.fr)
- 23- Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art L. 6321-1 et L 6321-2 du Code de Santé Publique)
- 24- Plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2008-2011 et 2013-2017. MILDT www.drogues.gouv.fr
- 25- Circulaire MILDT n° 2004-822 du 24 décembre 2004 relative aux centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances.
- 26- HAS-santé 2006- Evaluation et Amélioration des pratiques « les réseaux de santé »
- 27- Ministère de la santé et des solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011. 19 p.
- 28- PATOUREL J., thèse de doctorat de médecine générale 2011, que deviennent les patients « perdus de vue » au cours d'un traitement de substitutifs aux opiacés : enquête auprès de 71 patients issus d'une cohorte de médecine générale.
- 29- CASTERA P. 2007. Approche spécifique par le médecin généraliste, *abus, dépendance et polyconsommations : stratégies de soins*. Audition publique HAS Paris. pp 106-115

30 - OFDT juin 2013. Drogues, chiffres clés 5eme édition.

31- FROLICH A., TALAVERA J.A, BROADHEAD P., DUDLEY R.A, 2007. *A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality*, Health Policy, 80(1) pp 179-193.

32- HAS 2001. Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcool-dépendant après un sevrage.

33- HAS 2007: Abus, dépendances et poly-consommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition.

34- MCLELLAN A.T, LEWIS D.C, O'BRIEN C.P, KLEBER H.D, 2000. D. Drug Dependence, a chronic Medical Illness: implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *The journal of the American Medical Association*, Volume 284.

Rubrique RELATIONS		
Au quotidien vit (sous le même toit) avec...		
① ses 2 parents (=qui l'ont élevé)/	② 1 parent ou chacun alterné/	③ aucun parent
		16
Vit actuellement ...		
① Sans conjoint/	② avec le conjoint actuel depuis moins de 6mois /	③...depuis moins de 2ans /
		④...depuis 2ans et plus
		17
Nombre des autres personnes vivant au quotidien sous le même toit (enfants, adultes, personnes âgées...) si > 8, mettre 8		18
Actuellement le patient a-t-il un proche de confiance ?		
① non, aucun/	② oui mais une confiance limitée /	③ oui, assez confiance/
		④ oui, et très confiance
		20
Actuellement le patient a-t-il l'impression que quelqu'un lui fait confiance ?		
① Pas du tout/	② pas vraiment /	③ oui, un peu confiance/
		④ beaucoup
		62
Présence dans l'entourage d'une personne ayant une addiction en cours (hors tabac)		
① sous le même toit /	② rencontrée à l'extérieur du domicile..tous les jours/	③...chaque semaine
		④...à l'occasion
		⑤Aucune
		21
De ses relations et de cette situation personnelle ou familiale, le patient est... ,		
Pas du tout satisfait/	② pas vraiment satisfait/	③ satisfait, ou assez satisfait/
		④ très satisfait
		19

RUBRIQUE ADDICTION		
① plus de 10 fois/jour		② 3 à 10 fois/jour /
		③ 1 à 2 fois/jour/
		④ régulier, au moins 1 fois/semaine/
		⑤ occasionnel ou, pas depuis 7 jours
		⑥ a cessé depuis au moins 3 mois/
		⑦... depuis au moins 6 mois/
		⑧... depuis au moins 1 an
		⑨ jamais utilisé
Opiacé	(unité= prise)	voir cotation ci-dessus de 1 à 8 :
		22
Cocaine	(unité= prise)	
		23
Ecstasy / amphétamines/ LSD		(unité= prise)
		24
Cannabis	(unité= prise)	
		25
Tabac	(unité= cigarette)	
		26
Alcool	(unité= « verre standart »=10 cl d'alcool =	3cl Whisky à 40°/ 10cl vin à 12°/ 25cl bière à 5°)
		27
Ivresse alcoolique	(unité= ivresse)	
		28
Mésusage Psychotropes	(unité= prise)	
		29
pratique du Sniff	(unité= prise)	
		30
pratique de l'Injection	(unité= injection)	
		31
« Deal » de produits	(unité= transaction)	
		32
Traitement Méthadone	(unité= prise)	
		33
Traitement Buprénorphine	(unité= prise)	
		34
Indice de dépendance :		
Par rapport au produit (ou pratique) principal n° _ _ _ _ (cf ci-dessus entre 22 et 34) dont le patient désire diminuer ou cesser l'usage...		39
.....le patient considère son état actuel comme		
① dépendant physique et psychique/	② dépendant psychique seulement / (=y pense tous les jours)/	③ dépendant physique seulement (=symptômes lors de l'arrêt)/
		④ non dépendant mais incapable de maîtriser les quantités/
		⑤ avec rechutes occasionnelles
		⑥ consolidé (=aucune reprise) depuis moins de 6mois/
		⑦ consolidé depuis 6 à 12 mois/
		⑧ consolidé depuis plus de 1an
		40
.....le médecin considère l'état actuel du patient comme... : (utiliser la même cotation que ci dessus)		41

Rubrique PARTENAIRES			
①jamais vu/ ②vu autrefois= il y a plus de 6 mois / Suivi <6 mois ou en cours dont le patient est : ③Pas du tout./ ④pas vraiment./ ⑤assez../ ⑥très..satisfait			
Médecin (autre que celui qui remplit cette fiche)			50
Pharmacien			51
Psychiatre (autre que celui qui remplit cette fiche)			52
Travailleur social			59
Psychologue			58
Groupe d'entraide			61
"Pourriez-vous estimer votre degré de satisfaction de la prise en charge actuelle entre ces deux extrêmes ? " ①j'ai le sentiment de ne pas avancer du tout.....à.....⑥j'ai le sentiment de très bien avancer			65

RUBRIQUE SANTE			
Soins dentaires ① nécessaires mais non faits ② nécessaires et en cours ③ nécessaires et terminés ④ jamais été nécessaire			63
Gamma GT ①jamais faite/ ②date de plus de 6mois/ Depuis <6mois, l'une est..③..>2 fois la normale/ ④...entre normal et x 2 fois / ⑤les deux normales			43
Bilan sérologique ①VHC jamais fait/ ②VHC+non traité/ ③VHC+ traité/ ④VIH+ sans ttt nécessaire/ ⑤VHC— ancien >12mois ⑥ VHC — récent (< 12mois)			44
①VIH jamais fait/ ②Sida non traité/ ③Sida traité/ ④VIH + sans ttt nécessaire/ ⑤VIH— ancien >12mois ⑥ VIH — récent (< 12mois)			46
Maladie chronique en cours ①non traitée ② traitement interrompu ③ traitement en cours ④ pas de maladie chronique.			47
Appréciation :Pour le patient, son observance au traitement en cours (y compris substitution) lui semble: ①Pas du tout correcte / ② pas vraiment correcte / ③ assez correcte / ④très correcte			48
De son état de santé physique le patient se trouve ... Pas du tout satisfait/ ② pas vraiment satisfait/ ③ satisfait, ou assez satisfait/ ④très satisfait			49
Présence actuelle de symptômes : Anxieux ①oui/ ②non			35
Dépressifs ①oui/ ②non			36
Psychotiques ①oui/ ②non			37
Anorexiques ou boulimiques ①oui/ ②non			38
"Pourriez-vous estimer le degré de votre état psychologique entre ces deux extrêmes ? " ①je me sens au plus malet.....⑥ je me sens vraiment au mieux			64

ANNEXE 3 : Questionnaire de l'étude

	QUESTIONNAIRE RELATIF AU SUIVI DE LA SITUATION DES PERSONNES INCLUSES DANS LE RESEAU DE SOIN "TALOS"
Concerne les personnes n'ayant pas eu de bilan depuis plus de 12 mois	
(c'est à dire : qui aurait dû avoir deux bilans de suivi)	
Identification du patient	
<i>Ne cocher qu'une seule case par bloc de réponses</i>	
Situation au regard de l'absence de bilan	
Patient perdu de vue depuis 3 mois et plus	Le patient est décédé Le patient a déménagé Le patient est suivi par un autre confrère ou spécialiste Autre raison..... Je ne sais pas
Patient toujours en suivi. (=Vu depuis moins de 3 mois)	Décision du patient de ne pas faire de bilan Décision du médecin traitant de ne pas faire de bilan Oubli du médecin traitant Autre raison.....

R É S U M É & M O T S C L E F S

Résumé

La perte de vue des patients traités pour la toxicomanie ou l'alcoolisme au sein d'un réseau est inévitable. Un large panel d'études et de recherches sur les facteurs prédictifs de décrochage, d'abandon ou de perte de vue ont été réalisées mais leurs raisons exactes et les perspectives d'avenir des patients ont rarement été étudiées.

Notre étude quantitative et rétrospective au sein du réseau régional addiction du Poitou-Charentes (RAP) a pour objectif principal de connaître le devenir des patients « perdus de vue » du réseau et, dans un deuxième temps, d'étayer les causes d'arrêt des saisies au sein du réseau et de déterminer si elles sont imputables soit au médecin, soit au patient, et dans quelles proportions.

A l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins incluant, nous avons recensé les 665 patients perdus de vue du réseau. La situation de 259 d'entre eux (39 %) est connue du MG : en l'occurrence, 99 patients sont toujours suivis par le MG et la situation des 160 autres est connue par le MG (suivi autres confrères, déménagé, autres raisons). Au terme de l'étude, le nombre de perdus de vue par le MG est de 175 patients, soit 26 %.

La responsabilité attribuée au médecin dans l'abandon des saisies de données représente 26 % soit 172 patients (décision, oubli).

Notre étude a donc montré tout d'abord qu'une perte de vue par le réseau n'équivaut pas à une perte de vue par le système de santé et, secondairement, que les médecins avaient une part de responsabilité non négligeable dans l'abandon des saisies.

C'est ce dernier point que l'on peut améliorer pour optimiser la prise en charge des addictions au sein d'un réseau.

Mots clefs : perte de vue – abandon - addiction - alcoolo dépendant – opiacées - traitement de substitution - réseau de santé.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



La perte de vue des patients traités pour la toxicomanie ou l'alcoolisme au sein d'un réseau est inévitable. Un large panel d'études et de recherches sur les facteurs prédictifs de décrochage, d'abandon ou de perte de vue ont été réalisées mais leurs raisons exactes et les perspectives d'avenir des patients ont rarement été étudiées.

Notre étude quantitative et rétrospective au sein du réseau régional addiction du Poitou-Charentes (RAP) a pour objectif principal de connaître le devenir des patients « perdus de vue » du réseau et, dans un deuxième temps, d'étayer les causes d'arrêt des saisies au sein du réseau et de déterminer si elles imputables soit au médecin, soit au patient, et dans quelles proportions.

A l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins incluant, nous avons recensé les 665 patients perdus de vue du réseau. La situation de 259 d'entre eux (39 %) est connue du MG : en l'occurrence, 99 patients sont toujours suivis par le MG et la situation des 160 autres est connue par le MG (suivi autres confrères, déménagé, autres raisons). Au terme de l'étude, le nombre de perdus de vue par le MG est de 175 patients, soit 26 %.

La responsabilité attribuée au médecin dans l'abandon des saisies de données représente 26 % soit 172 patients (décision, oubli).

Notre étude a donc montré tout d'abord qu'une perte de vue par le réseau n'équivaut pas à une perte de vue par le système de santé et, secondairement, que les médecins avaient une part de responsabilité non négligeable dans l'abandon des saisies.

C'est ce dernier point que l'on peut améliorer pour optimiser la prise en charge des addictions au sein d'un réseau.

Mots clefs : perte de vue – abandon - addiction - alcoolo dépendant – opiacées - traitement de substitution - réseau de santé.