



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ?

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2015 à 18h

au Pôle Recherche

Par Ludovic Barrière

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Yannick Millot

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BHD	Buprénorphine à Haut Dosage
CMP	Centre Médico-Psychologique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
MSO	Médicaments de Substitution aux Opiacés
PDO	Patient Dépendant aux Opiacés
SIDA	Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C

Table des matières

RÉSUMÉ.....	8
INTRODUCTION.....	11
MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	13
I.Type d'étude.....	13
II.Caractéristiques de la population.....	13
A.Critères d'inclusion.....	13
B.Critères d'exclusion.....	13
C.Nombre de médecins à inclure.....	13
III.Méthode de recueil des données : le questionnaire.....	14
IV.Analyse des données.....	15
RÉSULTATS.....	16
I.Diagramme de flux.....	16
II.Résultats statistiques descriptifs (annexe 4).....	16
A.Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes inclus (n=113).....	16
B.Tableau 2 : Modalités de la prise en charge des PDO par les MG suivant des PDO (n= 59 sur 113).....	17
C.Étude des motifs de refus de l'ensemble des médecins généralistes interrogés (n=113) de suivre des patients dépendants aux opiacés.....	18
D.Tableau 4 : Opinions de l'ensemble des MG inclus (n=113) sur les MSO et les PDO. Les réponses « pas d'accord » et « plutôt pas d'accord » ont été regroupées, ainsi que les réponses « d'accord » et « plutôt d'accord ».....	20
E.Autres spécialistes à qui adressaient les MG leurs PDO.....	21
F.Possibilités d'amélioration de prise en charge des PDO.....	21
III.Résultats de l'analyse stratifiée des MG réticents vis à vis de la prise en charge de PDO (annexe 5).....	22
IV.Résultats des analyses inférentielles ou bivariées.....	25
A.Analyses bivariées statistiquement significatives.....	25
1.Refus de prise en charge et expérience personnelle négative.....	25
2.Refus de prise en charge et formation.....	25
3.Refus de prise en charge et vision des MSO.....	25
4.Crainte des violences selon le sexe.....	26
B.Autres résultats sans différence statistiquement significative observée.....	26
DISCUSSION.....	27
I.Discussion sur la validité de l'étude.....	27

A.Choix du type d'étude.....	27
B.Limites du questionnaire.....	27
II.Résultats principaux de l'étude.....	28
A.Caractéristiques de l'échantillon.....	28
1.Age et genre.....	28
2.Mode d'exercice.....	28
B.MG et prise en charge des PDO.....	29
1.Nombre de patients pris en charge.....	29
2.Prescriptions des MSO.....	29
3.Prescriptions d'anxiolytiques	30
C.Refus de prise en charge de PDO.....	31
1.Récapitulatif des motifs de refus de prise en charge des patients dépendants aux opiacés par l'ensemble des MG interrogés.....	31
2.Critères principaux de refus de prise en charge de PDO évoqués par les médecins généralistes.....	32
3.Autres motifs de refus de prise en charge de PDO évoqués par les médecins généralistes.....	34
4.Opinions des MG sur les MSO.....	35
5.Opinions des MG sur les possibilités d'amélioration.....	36
III.Synthèse des résultats et pistes de recherches.....	37
A.Synthèse des résultats.....	37
B.Pistes de recherches.....	38
CONCLUSION.....	39
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
ANNEXES.....	43
Annexe 1 : Lettre jointe au questionnaire adressé aux médecins généralistes par courrier postal, leur proposant de participer à l'étude.....	43
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes par courrier postal.....	43
Annexe 3 : Tableau résumant la répartition des MG en fonction du nombre de patients suivis, sous MSO, par an.....	46
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des résultats descriptifs.....	46
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des résultats descriptifs après stratification selon le fait de refuser ou non de suivre des patients dépendants aux opiacés.....	51
Annexe 6 : Résultats concernant les représentations des MG sur les MSO et sur les PDO, après stratification des médecins selon le fait de suivre ou non des PDO.....	57
Annexe 7 : Résultats statistiques bivariés.....	58

RÉSUMÉ

Contexte : depuis 1996, les médecins généralistes occupaient une place prépondérante dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés. En 2002, 90% des médicaments substitutifs des opiacés étaient prescrits par des médecins généralistes. Mais, malgré les effets bénéfiques attendus des MSO, on observait des disparités, puisque 25% des médecins prenaient en charge 75% des patients traités par des MSO.

L'objectif primaire de cette étude était d'évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en charge la dépendance aux opiacés de leurs patients, et les objectifs secondaires étaient d'étudier les motifs de refus de prise en charge de patients dépendants aux opiacés.

Méthode : cette étude descriptive transversale quantitative reposait sur un questionnaire envoyé à 250 médecins installés, exerçant une activité de médecine générale, en France métropolitaine, 113 médecins étaient inclus.

Résultats : 54% des médecins suivaient des patients dépendants aux opiacés (PDO), avec en moyenne 8 patients par an, 40% en suivaient 1 ou 2 par an. Parmi ces médecins, 98% prescrivaient des MSO, 70% de la BHD et 50% de la méthadone. 65% des médecins déclaraient refuser de suivre des patients dépendants aux opiacés. Les principales raisons évoquées étaient le manque de temps, le sentiment de manque de compétence, l'existence d'une expérience négative avec un PDO, la crainte d'une désorganisation du cabinet et le manque d'intérêt pour ce type de suivi. L'absence de participation à une formation en addictologie et les antécédents de mauvaises expériences avec des PDO étaient significativement liés à une réticence des MG pour suivre des PDO.

Conclusion : Renforcer la formation initiale, l'indemnisation des consultations et un soutien aux médecins généralistes, ayant eu une expérience négative avec un patient dépendant aux opiacés, seraient des pistes pour inciter les MG à suivre ces patients.

Title: What are the difficulties encountered by general practitioners in the treatment of opiate-dependent patients in primary care?

Background: Since 1996, general practitioners (GPs) occupied a prominent place in the treatment of opioid dependence. In 2002, 90% of Opiate-Substitution Treatment (OST) were prescribed by GPs. But despite the expected benefits of the OST, there were disparities, since 25% of physicians were taking care of 75% of patients treated with OST.

Primary objective of this study was to assess the proportion of GPs treating patient with opioid-dependence, and secondary objectives were to study the grounds for refusal to take care of opiate-dependent patients (ODP).

Method : This quantitative descriptive cross-sectional study was based on a questionnaire sent to 250 settled GPs in France, 113 physicians were included.

Results :

54% of GPs used to treat at least 1 ODP per year, with an average of 8 patients per year, and 40% of GPs used to treat 1 or 2 ODP a year. Among GPs who use to treat ODP, 98% prescribed OST, 70% of High Dosage Buprenorphin and 50% of methadon.

65% of GPs said they occasionally refuse to treat ODP. The main reasons were lack of time, the feeling of lack of competence, the existence of a negative experience with a ODP, the fear of disrupting the cabinet's operating, and the lack of interest in this type of care. The lack of participation in training in addiction and the existence of bad experiences with ODP were significantly related to a reluctance of GPs to follow ODP.

Conclusion : Strengthening initial training, compensation consulting and support to general practitioners, who had a negative experience with a ODP, would encourage GPs to follow these patients.

INTRODUCTION

En France, le Subutex^o, spécialité à base de Buprénorphine à Haut Dosage (BHD), autorisée pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, était commercialisé en février 1996.

Une circulaire ministérielle (1) définissait le cadre réglementaire de la prescription de la BHD, et autorisait les médecins généralistes à initier la prescription de BHD en soins primaires.

Contrairement à la méthadone, tout médecin, sans restriction de formation ou de cadre d'exercice pouvait prescrire de la BHD, pour une durée limitée à 28 jours, et la délivrance, fractionnée ou non, se faisait en pharmacie de ville.

En 2006, en France, la file active de consommateurs d'héroïne, c'est à dire ayant consommé dans le mois précédent, était estimée à 75.000 (2)(3), et en 2009, on évaluait le nombre d'expérimentateurs d'héroïne à 500.000, soit environ 1% des 11-75 ans (4).

En 2002, le Subutex^o était classé au 11e rang des médicaments remboursés (5), et on estimait en 2007, d'après les données de l'Assurance Maladie, qu'environ 130.000 personnes bénéficiaient de médicaments de substitution aux opiacés (MSO), dont la majeure partie était représentée par la BHD, soit 80% des prescriptions de MSO, et 20% par la méthadone (6).

Les choix politiques ont, depuis 1996, permis aux médecins généralistes volontaires, de prendre une place prépondérante dans la prise en charge des PDO (7). En 2002, 91% des

MSO remboursés par le Régime Général d'Assurance Maladie étaient prescrits par des médecins généralistes libéraux (5).

En 2009, près de deux-tiers des médecins généralistes déclaraient avoir reçu au moins un PDO dans l'année, et, parmi ceux recevant au moins un usager d'héroïne par mois, 87% prescrivait un MSO (8).

En dépit de l'impact favorable des MSO sur les conditions d'accès aux soins, sur la mortalité et la morbidité, sur les conditions sociales des usagers d'opiacés (9), on observait des disparités dans la prescription de ces traitements. Ainsi, environ un quart des médecins s'avéraient prendre en charge les trois-quarts des patients sous BHD (10)(11), et 12% des médecins déclaraient ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à la consommation de substances illicites (8).

Les études faisant l'état des lieux de la prise en charge des PDO dataient de plus de dix ans (10)(12).

Des études qualitatives réalisées dans le cadre de travaux de thèse ont permis de repérer, par le biais d'entretiens dirigés, les difficultés rencontrées par les MG lors de la prise en charge de PDO (11)(13)(14).

L'objectif primaire de cette étude était d'évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en charge des PDO.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'étudier les motifs de refus des MG de prendre en charge des PDO,
- d'étudier les caractéristiques des médecins refusant de suivre les PDO.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, quantitative, basée sur un questionnaire envoyé à des médecins généralistes.

II. Caractéristiques de la population

A. Critères d'inclusion

La population étudiée était constituée de MG installés sur le territoire national métropolitain et exerçant une activité de médecine générale ambulatoire.

B. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les médecins n'exerçant aucune activité de médecine générale ambulatoire, et les médecins n'ayant pas rempli le questionnaire.

C. Nombre de médecins à inclure

Le nombre de médecins à inclure pour que les résultats de l'étude fussent extrapolables à la population étudiée, et obtenir des intervalles de confiance acceptables, était de 96.

En considérant, pour un niveau de confiance à 95%, un coefficient de marge à 1,96, et en se basant sur l'hypothèse la plus mauvaise de la probabilité p de survenue d'un événement de 50%, avec une marge e à 10% et un coefficient de marge t de 1,96, le nombre n de personnes à inclure pour décrire une population était de :

$$n = t^2 \times p(1-p) / e^2, \text{ soit } 1,96^2 \times 0,5(1-0,5) / 0,1^2 \text{ soit } 96 \text{ sujets à inclure.}$$

Afin d'obtenir ce nombre de sujets, en préjugant d'un taux réponse de 1/3, un échantillon de 300 médecins était tiré au sort, parmi une base de données fournie par le Centre d'Études et de Recherche en Informatique Médicale du pôle de Santé Publique du CHRU de Lille.

Le questionnaire était envoyé à 250 médecins dont les coordonnées étaient complètes, par courrier postal, entre les mois de Février et Mars 2014, avec enveloppe retour et accompagné d'une fiche expliquant les objectifs de l'étude ([annexe 1](#)).

III. Méthode de recueil des données : le questionnaire

Le questionnaire ([annexe 2](#)) était réalisé à partir des données recueillies à partir de travaux de thèse comprenant des entretiens semi-directifs individuels de MG, dont l'objectif était de soulever les difficultés rencontrées par ceux-ci lors de la prise en charge de PDO (11) (13)(14) et à partir des données de la littérature (10)(12).

Il était composé de questions à réponses fermées non rédactionnelles à choix simple ou à choix multiple, hormis pour l'âge, l'année d'installation et le nombre de PDO suivis par an.

La première partie du questionnaire porte sur les caractéristiques des médecins interrogés. La deuxième, sur le nombre de patients pris en charge et les modalités de cette prise en charge.

Une troisième partie interroge les MG sur les motifs de refus de suivre des patients dépendants aux opiacés (PDO), et sur leurs opinions de ces patients et des MSO. Dans cette partie, j'abordais différemment la question du refus de suivre des PDO.

L'utilisation de l'échelle de Lickert pour les réponses à l'affirmation : « Il m'arrive de refuser de prendre en charge un patient présentant une dépendance aux opiacés », permettait

lors de l'analyse des résultats, de regrouper les médecins selon leur inclination à suivre des PDO, ce qui me semblait plus pertinent, vis à vis des objectifs de l'étude, qu'un regroupement selon le fait de prendre en charge ou non un PDO.

Enfin la dernière partie interroge sur des pistes pour surmonter les obstacles à la prise en charge en soins primaires de ces patients.

IV. Analyse des données

Les données ont été traitées de manière anonyme et recueillies sur un tableau EXCEL®, puis analysées à l'aide du logiciel R. version 3.2.0® par l'équipe du Dr Chazard, de la Plateforme d'Aide Méthodologique, Service d'Information et des Archives médicales, Clinique de Santé Publique, CHRU de Lille.

Une analyse descriptive simple de l'ensemble des variables a, dans un premier temps, été réalisée.

Dans un second temps, on a procédé à une nouvelle analyse descriptive et comparative des 2 sous-populations obtenues après stratification, selon les réponses à l'item « Il m'arrive de refuser de prendre en charge un patient présentant une dépendance aux opiacés ».

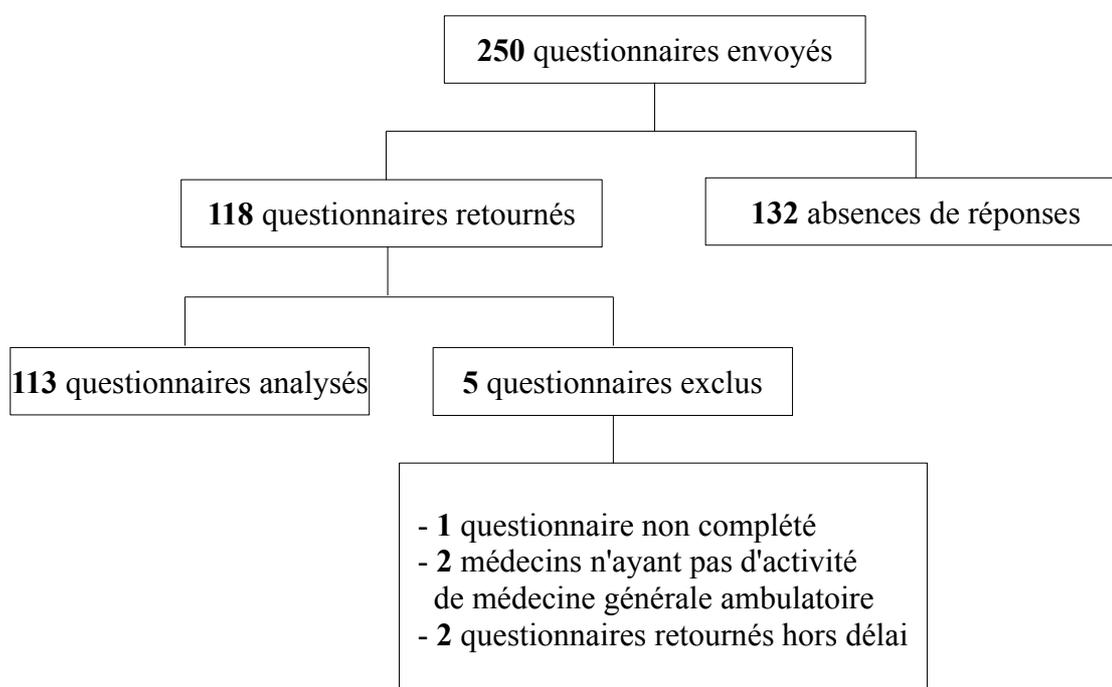
Un regroupement des réponses, « pas d'accord » et « plutôt pas d'accord » d'une part, et des réponses « plutôt d'accord » et « d'accord » d'autre part, a été réalisé pour définir les 2 sous-groupes.

Dans un troisième temps, des analyses statistiques bivariées ont été effectuées pour rechercher des liens statistiques entre différentes variables, choisies de façon subjective.

RÉSULTATS

I. Diagramme de flux

Les questionnaires ont été envoyés au mois de Février et Mars 2014 et récupérés jusqu'au mois de Mai 2014.



II. Résultats statistiques descriptifs (annexe 4)

A. Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes inclus (n=113)

Variable étudiée	Valeur écart-type , intervalle de confiance
Age (années)	52 ans écart-type : 9,147, IC95%[50,416 ; 53,98]
Durée d'installation (années)	21 ans écart-type : 11,108, IC95%[18,983 ; 23,16]

Variable étudiée	Pourcentage de MG (%) (effectif ; valeurs manquantes)
Genre	Masculin : 68% (75 ; 2) Féminin : 32% (36 ; 2)
Mode d'exercice	Cabinet de groupe : 55% (61 ; 3) Cabinet individuel : 45% (49 ; 3)
Milieu d'exercice	Urbain : 48% (52 ; 4) Semi-rural : 35% (38 ; 4) Rural : 17% (19 ; 4)
Participation à une formation en addictologie	30% (33 ; 3)
Prise en charge de PDO	54% (59 ; 2)

B. Tableau 2 : Modalités de la prise en charge des PDO par les MG suivant des PDO (n= 59 sur 113)

Variable étudiée	Résultats descriptifs pourcentage (%) (effectif)
Nombres de patients différents suivis par an	8 patients par an en moyenne écart-type 12,08 ; IC95%[5,259 ; 11,555]
Répartition des MG en fonction du nombre de patients suivis par an (cf. figure 1)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou 2 PDO par an : 41% (24) • entre 3 et 10 PDO par an : 41% (24) • plus de 10 PDO par an : 18% (11)
Prescription de MSO	98% (58)
MSO prescrits (cf. figure 2)	<ul style="list-style-type: none"> • BHD : 71% (42) • méthadone : 51% (30) • association BHD – naloxone : 8% (5)
Type de prescription de MSO	<ul style="list-style-type: none"> • Renouvellement d'ordonnance : 95% (56) • Primo-prescription : 22% (13) • Ordonnance de dépannage : 20% (12)
Médicaments autres prescrits en association avec les MSO	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiolytiques : 75% (44) • Antidépresseurs : 66% (39) • Antalgiques non morphiniques : 32% (19) • Neuroleptiques : 27% (16) • Autres (non précisé) : 14% (8)
Prise en charge psycho-sociale	47% (28)
Prise en charge d'autres addictions	44% (26)

Figure 1. Répartition des MG en fonction du nombre de patients sous MSO suivis par an (ordonnée : effectifs des MG ; abscisse : nombre de patients sous MSO suivis par an)

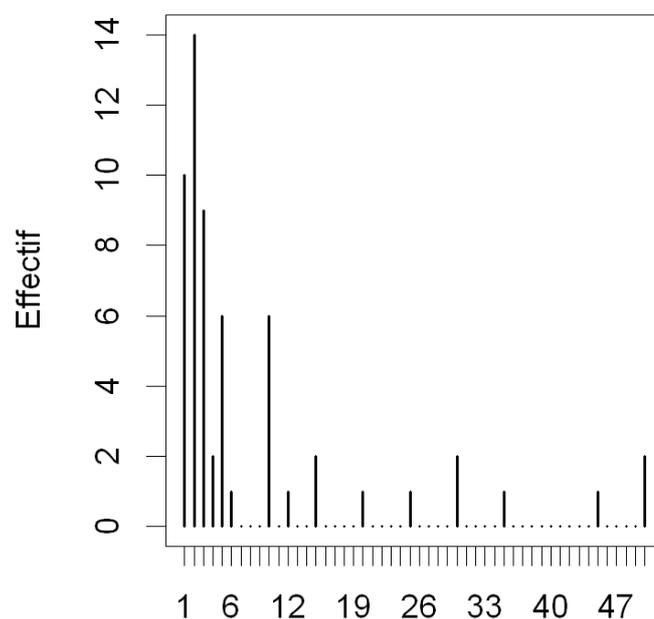
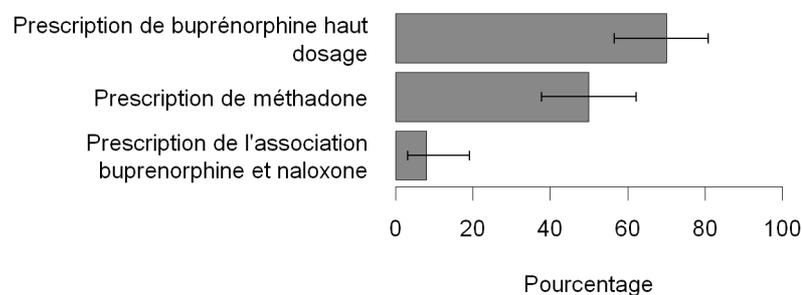


Figure 2. Pourcentage de médecins prescripteurs par spécialité de MSO



C. Étude des motifs de refus de l'ensemble des médecins généralistes interrogés (n=113) de suivre des patients dépendants aux opiacés

Sur 113 médecins interrogés sur le fait qu'il leur arrivait de refuser de prendre en charge un PDO, 35% (n= 38, valeurs manquantes= 4) répondaient être d'accord et 30% plutôt d'accord (n= 33, valeurs manquantes= 4) avec cette proposition, soit 65% des MG (n=71, valeurs manquantes= 4).

Les autres étaient en désaccord pour 14% d'entre eux (n= 15, valeurs manquantes=4), ou plutôt en désaccord pour 21% d'entre eux (n= 23, valeurs manquantes= 4).

Tableau 3 : Motifs de refus de prise en charge de PDO par l'ensemble des MG inclus (n=113), les réponses « pas d'accord » et « plutôt pas d'accord », ainsi que les réponses « d'accord » et « plutôt d'accord » ont été regroupées.

Motifs de refus	Modalités	Pourcentage de MG (%) (effectif ; valeurs manquantes)
Ne s'estime pas compétent	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	40% (38 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	60% (63 ; 8)
N'est pas intéressé	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	44% (46 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	56% (59 ; 8)
Manque de temps	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	40% (42 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	60% (63 ; 8)
N'estime pas que ce type de prise en charge relève de la médecine générale	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	60% (63 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	40% (42 ; 8)
Craint la dégradation de l'image du cabinet	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	64% (68 ; 7)
	D'accord et plutôt d'accord	36% (38 ; 7)
Craint une désorganisation du cabinet	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	40% (42 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	60% (63 ; 8)
Craint d'éventuelles violences	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	46% (48 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	54% (57 ; 8)
Craint de ne pas être payé	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	76% (80 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	24% (25 ; 8)
Manque de connaissance sur la législation entourant la prescription des MSO	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	70% (74 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	30% (31 ; 8)
A eu une ou des mauvaise(s) expérience(s) avec des PDO	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	40% (42 ; 8)
	D'accord et plutôt d'accord	60% (63 ; 8)

D. Tableau 4 : Opinions de l'ensemble des MG inclus (n=113) sur les MSO et les PDO. Les réponses « pas d'accord » et « plutôt pas d'accord » ont été regroupées, ainsi que les réponses « d'accord » et « plutôt d'accord ».

Opinions des MG	Modalités	Pourcentage de MG (%) (effectif ; valeurs manquantes)
Les PDO sont manipulateurs	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	8% (9 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	92% (100 ; 4)
Les PDO manquent de volonté pour se sevrer	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	42% (45 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	58% (63 ; 5)
Les PDO ont une meilleure connaissance de leur pathologie et des produits que le médecin	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	39% (33 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	61% (66 ; 4)
La prescription de MSO par les MG est une bonne chose	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	29% (32 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	71% (77 ; 4)
Le trafic des MSO est un frein à leur prescription en soins primaires	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	19% (21 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	81% (88 ; 4)
Le mésusage des MSO est un frein à leur prescription en soins primaires	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	22% (24 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	78% (85 ; 4)
Les MSO sont une autre forme de toxicomanie, leur sevrage est difficile	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	24% (26 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	76% (83 ; 4)
Les MSO permettent de limiter les violences, l'insécurité	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	29% (32 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	71% (77 ; 4)
Les MSO permettent la réinsertion socio-professionnelle des PDO	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	27% (29 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	73% (80 ; 4)

Opinions des MG	Modalités	Pourcentage de MG (%) (effectif ; valeurs manquantes)
Les MSO permettent l'accès aux soins pour les PDO	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	16% (17 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	84% (91 ; 4)
Les MSO sont utiles au sevrage des opiacés	Pas d'accord et plutôt pas d'accord	30% (32 ; 4)
	D'accord et plutôt d'accord	70% (86 ; 4)

E. Autres spécialistes à qui adressaient les MG leurs PDO

Les MG, qu'ils prennent en charge ou non des PDO, adressaient ces patients :

- au CSAPA pour 38% d'entre eux (n= 41, valeurs manquantes= 4),
- au CMP pour 28% d'entre eux (n= 30, valeurs manquantes= 4),
- au centre hospitalier pour 51% d'entre eux (n= 56, valeurs manquantes= 4),
- au psychiatre et/ou psychologue libéral pour 31% d'entre eux (n= 34, valeurs manquantes= 4),
- à un autre recours pour 18% d'entre eux (n= 20, valeurs manquantes= 4), sans précision possible.

F. Possibilités d'amélioration de prise en charge des PDO

A hauteur de 55%, les MG ne trouvaient pas qu'une **consultation conjointe** avec des intervenants issus de centres spécialisés les encourageraient à suivre des patients dépendants aux opiacés (n= 59, valeurs manquantes= 5).

Ils étaient 51% à penser que l'établissement d'une **liste** facilement consultable de médecins généralistes volontaires pour suivre des PDO soit une idée judicieuse (n= 55, valeurs manquantes= 6).

III. Résultats de l'analyse stratifiée des MG réticents vis à vis de la prise en charge de PDO (annexe 5)

Les MG ont été ensuite stratifiés selon qu'ils refusaient ou acceptaient de prendre en charge des PDO. Pour cela, les réponses à l'item : « il m'arrive de refuser de prendre en charge un patient présentant une dépendance aux opiacés » ont été regroupées. Les médecins qui refusaient de prendre en charge des PDO étaient ceux qui avaient répondu « plutôt d'accord » et « d'accord ».

Les réponses, aux items du questionnaire, de chaque groupe étaient présentées dans le tableau suivant. La comparaison des 2 groupes, via des analyses bivariées, n'avait pas pu être réalisée pour l'ensemble des variables.

En effet, devant l'ensemble des tests à réaliser, il aurait fallu corriger le risque alpha de conclure à une différence qui n'existe pas, en appliquant la correction de Bonferroni, ce qui aurait porté le seuil de significativité à 0,0016 (risque alpha/ nombre de tests à réaliser, soit 0,05/35).

Des analyses bivariées, en nombre limité, ont néanmoins été effectuées et sont présentées dans la troisième partie des résultats. La présence ou l'absence de différence statistiquement significative, observée entre les 2 groupes, est également mentionnée dans le tableau suivant.

Tableau 5: Comparaisons des groupes obtenus après stratification des médecins généralistes selon le fait qu'ils refusaient ou non de prendre en charge des patients dépendants aux opiacés, et recherche d'une différence significative entre les 2 groupes. NS= non significatif ; S= significatif ; NT= non testé

Questions posées aux médecins généralistes	MG refusant de prendre en charge des PDO (n= 71 sur 113) pourcentage (effectif ; valeurs manquantes)	MG acceptant de prendre en charge des PDO (n=38 sur 113) pourcentage (effectif ; valeurs manquantes)	Différence
Caractéristiques des MG			
Age	53 ans (écart-type 9,27 ; valeurs manquantes=2)	50 ans (écart-type 9,67 ; valeurs manquantes=2)	NS (p=0,0926)
Durée d'installation	22 ans (écart-type 10,95 ; valeurs manquantes=2)	18 ans (écart-type 11,18 ; valeurs manquantes=2)	NT
Genre	Masculin 65% (46 ; 2) Féminin 35% (25 ; 2)	Masculin 71% (27 ; 2) Féminin 29% (11 ; 2)	NS (p=0,508)
Lieu d'exercice	Urbain : 53% (37; 4) Semi rural 33% (23; 4) Rural 14% (10; 4)	Urbain 35% (13; 4) Semi rural 41% (15; 4) Rural 24% (9; 4)	NS (p=0,182)
Mode exercice	Cabinet groupe 51% (36 ; 3)	Cabinet groupe 63% (24 ; 3)	NS (p=0,241)
Formation spécialisée	Oui 21% (15; 3)	Oui 47% (18; 3)	S (p=0,00449)
Motifs de refus			
Antécédent de mauvaise expérience	70% (49 ; 8)	40% (14 ; 8)	S (p=0,0031)
Manque de compétence	66% (46 ; 8)	49% (17 ; 8)	NS (p=0,091)
Manque d'intérêt	73% (51 ; 8)	23% (8 ; 8)	NT
Crainte d'une désorganisation du cabinet	73% (51 ; 8)	34% (12 ; 8)	NT
Crainte des violences	65% (46 ; 8)	32% (11 ; 8)	NT
Manque de temps	66% (46 ; 8)	49% (17 ; 8)	NT

Questions posées aux médecins généralistes	MG refusant de prendre en charge des PDO (n= 71 sur 113) pourcentage (effectif ; valeurs manquantes)	MG acceptant de prendre en charge des PDO (n=38 sur 113) pourcentage (effectif ; valeurs manquantes)	Différence
Ne relève pas de la médecine générale	47% (34 ; 8)	23% (8 ; 8)	NT
Crainte d'une mauvaise image du cabinet	46% (33 ; 7)	14% (5 ; 7)	NT
Manque de connaissance de la législation des MSO	38% (27 ; 8)	12% (4 ; 8)	NT
Crainte de ne pas être payé	28% (19 ; 8)	17% (6 ; 8)	NT
Représentations des MG (le résultat de la seule variable testée est présenté dans ce tableau ; pour les autres résultats, voir l' annexe 6)			
Le trafic des MSO est un frein à leur prescription en soins primaires	87% (61 ; 4)	68% (26 ; 4)	S (p=0,0189)
Recours à un autre spécialiste			
CSAPA	35% (25 ; 4)	42% (16 ; 4)	NT
CMP	25% (18 ; 4)	32% (12 ; 4)	NT
Centre hospitalier	52% (37 ; 4)	50% (19 ; 4)	NT
Psychiatre/ Psychologue libéral	25% (18 ; 4)	42% (16 ; 4)	NT
Autre	20% (14 ; 4)	16% (6 ; 4)	NT
Possibilités d'amélioration			
Consultation conjointe avec des intervenants de centres spécialisés	31% (22 ; 5)	71% (27 ; 5)	NT
Liste de médecins volontaires pour suivre des PDO	56% (40 ; 6)	37% (14 ; 6)	NT

IV. Résultats des analyses inférentielles ou bivariées.

Des analyses bivariées (annexe 7) ont été réalisées, par des tests du Chi2 et de Student, pour vérifier s'il existait des différences significatives entre les 2 groupes de médecins obtenus après stratification selon le fait qu'ils prenaient en charge ou non des PDO. Les variables ont été choisies de façon subjective.

A. Analyses bivariées statistiquement significatives

1. Refus de prise en charge et expérience personnelle négative.

78% (n=49) des médecins refusant de prendre en charge des PDO avaient eu par le passé une expérience négative avec ce type de patient, contre 22% (n= 14) des MG acceptant de suivre des PDO (p= 0,0031).

2. Refus de prise en charge et formation

Parmi les MG n'ayant pas suivi de formation spécialisée, 74% (n= 56) refusaient de prendre en charge des PDO (p=0,0049). Par ailleurs, 55% (n= 18) ayant suivi une formation spécialisée acceptaient de prendre en charge ces patients.

3. Refus de prise en charge et vision des MSO

Au total, 70% des médecins persuadés que l'existence d'un trafic des MSO était un frein à la prise en charge des PDO refusaient de prendre en charge ces patients, (p= 0,0189) , alors que 57% des MG acceptant de suivre des PDO n'estimaient pas que le trafic des MSO était un frein à la prise en charge des PDO.

4. Crainte des violences selon le sexe

Il y avait une différence significative entre les sous groupes répartis selon le genre dans la crainte de violences. Les femmes étaient 75% à craindre d'éventuelles violences contre 43% des hommes ($p= 0,00209$).

B. Autres résultats sans différence statistiquement significative observée

Le refus de prendre en charge des PDO n'était, dans notre étude, pas lié statistiquement à l'âge du médecin, au genre du médecin, ni au lieu ou au mode d'exercice.

DISCUSSION

L'objectif primaire de cette étude était d'évaluer la proportion de MG prenant en charge des PDO au cours de leur exercice en soins primaires. Les objectifs secondaires étaient d'appréhender les caractéristiques des MG refusant de prendre en charge les PDO, pour tenter d'identifier les obstacles pour la prise en charge de ces patients en soins primaires.

I. Discussion sur la validité de l'étude

A. Choix du type d'étude

Le choix de la méthode quantitative faisait suite à des études qualitatives réalisées auprès de MG à propos de la prise en charge des PDO en soins primaires, et des difficultés rencontrées par les MG dans le cadre de cette prise en charge (11)(13)(14).

B. Limites du questionnaire

L'utilisation d'un questionnaire à questions fermées avait pour objectif d'obtenir des données chiffrables. En revanche, la nécessité d'un questionnaire court, pour éviter de décourager les médecins à le remplir, et composé de questions à réponses fermées, m'ont obligé à faire des choix par rapport aux champs à explorer.

II. Résultats principaux de l'étude

A. Caractéristiques de l'échantillon

1. Age et genre

L'échantillon de la population étudiée était composé de 113 MG français, installés, exerçant une activité de soins primaires, soit un taux de réponses de 45%.

Ils étaient âgés en moyenne de 52 ans et l'effectif était réparti en 68% d'hommes et 32% de femmes. Le sexe-ratio parmi les MG exerçant une activité libérale ou mixte, calculé dans l'Atlas de la Démographie Médicale, réalisé par la section Santé Publique et Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, en France, en 2014, retrouvait que 66% de ces médecins étaient des hommes (15).

2. Mode d'exercice

Dans cette étude, 55% des MG exerçaient en cabinet de groupe contre 45% en cabinet individuel.

Dans notre étude, 48% des MG exerçaient en milieu urbain. Ces constatations paraissaient proches de celles effectuées lors de l'enquête CEMKA-EVAL 2001, auprès des médecins généralistes, sur l'évolution de la prise en charge des toxicomanes (12), où 46% des médecins exerçaient dans des villes de plus de 20.000 habitants, voire de plus de 100.000 habitants. Néanmoins, la comparaison de ces taux était difficile en raison de l'absence de définition consensuelle des termes urbain, semi urbain et rural.

Dans cette étude, 30% des MG avaient déjà participé à une formation en addictologie. Cette proportion était moins importante que dans l'étude CEMKA-EVAL 2001, où 45% des MG interrogés avaient participé à une formation sur les toxicomanies. Cette différence pourrait s'expliquer en raison du recrutement sélectif, dans l'enquête CEMKA-EVAL, de médecins exerçant en Centres Médico-Sociaux, qui, du fait de leur activité salariée, pouvaient accéder à des formations sans perte de revenu.

B. MG et prise en charge des PDO

1. Nombre de patients pris en charge

Sur les 113 médecins ayant répondu au questionnaire, 54% déclaraient prendre en charge au moins un PDO dans l'année. Le nombre moyen de patients suivis à l'année était de 8,4 par MG.

Ces résultats se rapprochaient de ceux de l'enquête CEMKA-EVAL, où 59% des MG avaient reçu au moins un PDO dans l'année précédente, avec en moyenne 9 patients suivis par médecin généraliste et par an (12).

Dans notre étude, on observait que 48% des MG ne voyaient aucun PDO (54 sur 113), 21% en voyaient 1 ou 2 par an (24 sur 113), 16% entre 3 et 9 par an (18 sur 113), 15% plus de 10 par an (17 sur 113). Dans l'étude CEMKA-EVAL, la répartition était similaire puisque les proportions étaient respectivement de 41%, 19%, 21% et 19% (12).

2. Prescriptions des MSO

La plupart des médecins, soit 98%, prenant en charge des PDO prescrivait des MSO, avec 71% prescrivant de la BHD, 51% de la méthadone, et 8% l'association BHD-naloxone.

Le fait que la quasi totalité des médecins suivant des PDO prescrivait des MSO montrait qu'il y a une extension de la prescription des MSO. En 1998 et 2001, 80% des MG qui suivaient des patients toxicomanes prescrivait des MSO (12).

Par ailleurs, on observait dans notre étude la confirmation d'une tendance à la hausse des prescriptions de méthadone parallèlement à une stagnation du nombre de prescriptions de BHD par les médecins généralistes.

Le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 retrouvait aussi cette tendance puisque, parmi les 87% des MG voyant un ou plus d'un patients par mois, 77% prescrivait de la BHD contre 85% en 2003, et 38% prescrivait de la méthadone contre 26% en 2003 (4).

La proportion des usagers d'opiacés à problème traités par MSO, en 2012 en France, se stabiliserait autour de 80% (16), avec une part de plus en plus importante de la méthadone, puisqu'en 2009, la méthadone représentait 20% des prescriptions de MSO (6), sa part dans les prescriptions en 2013 s'élevait à 30%, soit 47000 sur 150000 MSO délivrés en pharmacie de ville (16).

Ce regain pour la méthadone depuis la conférence de consensus de 2004 (16)(17) et l'apparition de la forme gélules (16) s'inscrit dans le cadre d'une volonté de certains médecins de rendre la primo-prescription de méthadone possible en soins primaires(18).

3. Prescriptions d'anxiolytiques

Trois médecins sur quatre (n=44 sur 59) prenant en charge des PDO prescrivait également des anxiolytiques. Bien que la présente étude ne permettait pas de différencier les

benzodiazépines des autres classes d'anxiolytiques, ce résultat suggère une inversion de la tendance observée depuis 1995, où 69% des MG prescrivaient des anxiolytiques/ sédatifs/ hypnotiques, contre 43% en 2001 (16).

Si ce constat se vérifiait, il serait important d'en connaître les causes. En effet, l'association des benzodiazépines et de BHD était impliquée dans des cas de surdosages en opiacés (19) et multiplierait par plus de 3 les risques de blessures accidentelles (20).

Les causes de cette co-prescription devraient être connues et les médecins sensibilisés aux dangers de cette double prescription, tels que décrits dans les recommandations (17)(21).

Ces résultats étaient à relativiser avec les résultats de l'enquête DRAMES de 2012, où la méthadone était mise en cause dans 121 décès, le plus souvent en association avec d'autres substances toxiques ou médicamenteuses, renforçant son implication dans le décès de 2,7 patients pour 1000, contre 0,36/1000 décès pour la BHD (22).

C. Refus de prise en charge de PDO

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, 65% répondaient être plutôt d'accord ou d'accord sur le fait qu'il leur arrivait de refuser de prendre en charge un PDO. Ces résultats corroboraient l'enquête CEMKA-EVAL, dans laquelle 2 médecins sur 3 affirmaient qu'il leur arrivait de refuser de suivre certains patients toxicomanes qui venaient en consultation (12).

1. Récapitulatif des motifs de refus de prise en charge des patients dépendants aux opiacés par l'ensemble des MG interrogés

Tableau 6 : Raisons évoquées par l'ensemble des MG interrogés pour ne pas souhaiter suivre un PDO.

Motifs de refus	Pourcentage de médecins (%)
Manque de temps	60
Manque de compétence	60
Crainte d'une désorganisation du cabinet	60
Antécédent de mauvaise expérience avec ce type de patient	60
Manque d'intérêt	56
Crainte des violences	55
Ne relève pas du médecin généraliste	40
Crainte d'une dégradation de l'image du cabinet	36
Manque de connaissance en matière de législation	29
Crainte de ne pas être payé	24

2. Critères principaux de refus de prise en charge de PDO évoqués par les médecins généralistes.

1. Manque de temps

60% des MG étaient d'accord ou plutôt d'accord avec le fait que le manque de temps pouvait être une raison pour laquelle ils avaient refusé ou refuseraient de prendre en charge des PDO. Dans l'étude CEMKA-EVAL 2001, 33% des médecins jugeaient que le manque de temps était un obstacle à la prise en charge des patients toxicomanes par les MG, ce qui le plaçait au premier rang des principaux obstacles à ce suivi (12).

Toutefois, dans cette même étude, sur les deux médecins sur trois affirmant qu'il leur arrivait de refuser de suivre certains patients toxicomanes, 8% (n=9 sur 180) donnaient comme raison le manque de temps/ de disponibilité (12).

Les médecins étaient donc conscients que ce type de prise en charge était chronophage, mais que cet obstacle n'était pas suffisant pour refuser de prendre en charge un PDO.

2. Manque de compétence et participation à une formation en addictologie

Le sentiment de manque de compétence était désigné dans cette étude par 60% des MG comme un obstacle au suivi de ces patients en soins primaires.

Dans l'étude CEMKA-EVAL 2001, 31% des MG envisageaient que le manque de formation était un obstacle à la prise en charge des toxicomanes, et 31% pensaient qu'être formé était un facteur facilitant (12), ce qui était assez concordant, mais difficilement comparable avec notre étude, étant donné que les questions étaient posées différemment.

Lors de l'analyse descriptive après stratification, on n'observait pas de différence significative sur le sentiment de manque de compétence pour prendre en charge des PDO ($p=0,091$), entre le groupe des MG réticents à suivre des PDO et celui des MG favorables à suivre des PDO.

Il serait intéressant de réaliser des tests comparatifs sur des populations de MG plus importantes, pour savoir s'il existe des différences significatives entre ces 2 groupes sur le sentiment d'incompétence par rapport à la prise en charge de PDO.

En revanche, le fait, pour les MG, d'avoir participé à une formation en addictologie était significativement lié à la tendance à moins refuser de suivre des PDO ($p=0,004$).

Ces résultats pourraient se rapprocher de ceux d'une autre étude, menée par Isabelle Féroni en 2004 (10), où la formation des MG était un critère retrouvé chez les prescripteurs les plus actifs.

3. Crainte de violences

Dans cette étude, 55% des MG craignaient des violences de la part des PDO, et le fait que cette appréhension motivait le refus de prendre en charge certains de ces patients. Les MG femmes craignaient significativement plus le risque de survenue de violences que les MG hommes ($p=0,002$).

Bien que les résultats n'étaient pas comparables étant donné que les questions n'étaient pas posées de la même façon, les MG étaient 13% lors de l'enquête EVAL 2001 à considérer que la crainte de la violence pouvait constituer un obstacle à la prise en charge des toxicomanes (12).

3. Autres motifs de refus de prise en charge de PDO évoqués par les médecins généralistes.

1. Dégradation de l'image du cabinet

Dans cette étude, 36% des MG motivaient le refus de suivre des PDO par la crainte d'une dégradation de l'image de leur cabinet, sans que l'étude, après stratification selon l'inclination des MG à accepter ou non de suivre des PDO, n'ait pu montrer de différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Une enquête états-unienne, réalisée auprès de patients des salles d'attentes de 15 cabinets médicaux, dont 8 prescrivaient des MSO (23), rapportait que 2 patients sur 10 avaient déjà eu une mauvaise expérience en salle d'attente, et la présence d'un usager de drogue était impliquée dans 3% de ces mauvaises expériences. Par ailleurs, 16% des patients interrogés déclaraient qu'ils pourraient changer de médecin, s'ils savaient que celui-ci suivait des patients présentant une dépendance aux opiacés (23). Il faudrait réaliser d'autres études auprès de patients français, pour comparer ces données.

2. Crainte de ne pas être payé

La crainte de ne pas être payé était évoquée par 24% des MG interrogés comme motif de refus de suivre des PDO. Bien que l'étude ne permettait pas de savoir si les médecins étaient conventionnés ou non, il semblait plus probable que la majorité des MG exerçait en secteur 1, étant donné que les MG de cette étude étaient installés en moyenne depuis 21 ans, et que la fermeture du secteur 2 pour les généralistes datait de 1993.

On pouvait s'étonner de la persistance de cette crainte parmi les MG, étant donné l'existence de la Couverture Médicale Universelle, qui permettait de garantir l'accès aux soins pour les patients, et le paiement du médecin.

4. Opinions des MG sur les MSO

Dans cette étude, les MG interrogés jugeaient favorablement les bénéfices des MSO pour les patients, et estimaient en majorité que c'était une bonne chose que les MG pouvaient prescrire des MSO. Cependant, près de 7 à 8 médecins sur 10 pensaient que le trafic, le mésusage des MSO était un frein à leur prescription en soins primaires, et que les MSO s'apparentaient à une forme de toxicomanie, et/ou que leur sevrage était difficile.

Les MG réticents à suivre des PDO étaient significativement plus nombreux à estimer que le trafic des MSO pouvait être un frein à la prise en charge de ces patients en soins primaires, comparé aux MG favorables à suivre ces patients (87% vs 68%, $p=0,0189$).

Dans l'étude CEMKA-EVAL de 2001, 39% des médecins évoquaient, comme principaux problèmes liés à la substitution, la difficulté de sevrage par le Subutex[®], la dépendance au produit de substitution, et 34% les craintes de trafic, de détournement et de vagabondage (12). Par contre, 8% des MG évoquaient leur crainte de devenir un « médecin-dealer » (12).

5. Opinions des MG sur les possibilités d'amélioration

Les MG plutôt favorables à prendre en charge des PDO étaient 71% à trouver opportune la participation d'intervenants, issus de centres spécialisés, via des consultations conjointes ou des réunions de concertation, versus 31% des médecins plutôt réticents à suivre ces patients.

Dans d'autres études, les médecins motivés pour suivre des PDO affirmaient être intéressés par des consultations conjointes, mais ces projets de confrontaient à des problèmes organisationnels (12)(13)(14).

Dans une thèse, d'abord qualitative, de médecine générale (13), cette idée de consultation conjointe n'était souvent pas souhaitée par les médecins. Les raisons évoquées par ceux-ci étaient le manque de temps et l'inadaptation de cette démarche à leur pratique.

Des solutions alternatives avaient été évoquées, comme les micro-structures dont le principe était la visite régulière au cabinet du médecin d'intervenants psycho-sociaux de centres spécialisés (13), mais posaient le problème de leur faisabilité.

Quant à l'établissement d'une liste de MG volontaires pour suivre des PDO, les médecins ayant tendance à prendre en charge ces patients jugeaient défavorablement cette proposition à 62% . Les médecins réticents à suivre ces patients trouvaient cette proposition défavorable à 42%, sans que cette étude n'ait pu démontrer que cette différence était significative ou non.

Cette question avait été posée à des médecins généralistes dans le cadre d'une thèse de médecine générale, et les réponses étaient partagées (13). L'argument avancé par les MG favorables était de « faciliter l'orientation du patient et éviter les errances ». Pour les autres médecins, plusieurs critiques allaient contre cette idée d'une liste de médecins généralistes prêts à suivre des toxicomanes.

En effet, les médecins avançaient leur volonté de ne pas se spécialiser avec une part trop importante de patients sous MSO, ils jugeaient que le médecin devait prendre en charge tous ses patients, y compris ceux sous MSO, et ne voyaient pas l'intérêt d'une liste officielle, sachant que les structures spécialisées savaient déjà à quels médecins adresser leurs patients sous MSO (13).

III. Synthèse des résultats et pistes de recherches

A. Synthèse des résultats

Cette étude constatait que plus d'un médecin sur deux suivait des PDO. Parmi ces médecins, la quasi totalité des médecins prescrivait des MSO, en particulier de la BHD.

Mais différents types de prescripteurs semblaient se distinguer parmi les médecins acceptant de suivre ces patients. Si 40% de ces médecins prenaient en charge un ou deux patients par an en moyenne, moins de 20% suivaient plus de 10 patients par an, avec des files actives allant jusqu'à plus de 50 PDO par an.

Les médecins les plus favorables à la prise en charge des PDO avaient un niveau de formation en addictologie plus élevé que les médecins réticents à prendre en charge des PDO. En revanche, l'étude ne mettait pas en évidence de différence significative en terme, d'âge, de genre, d'ancienneté d'installation, de lieu ou de mode d'exercice, entre les médecins plutôt favorables, et ceux plutôt réticents, à suivre des PDO.

La formation des MG était, dans cette étude, un facteur significativement lié au fait d'être favorable à suivre des PDO.

Les principaux obstacles à la prise en charge de ces patients, mentionnés par les MG lors d'études antérieures (11)(12)(13)(14), étaient également perçus par les médecins de cette

étude. Les MG réticents à prendre en charge des PDO avaient significativement eu, par le passé, plus d'expériences négatives avec ce type de patients que les autres médecins.

En revanche, le sentiment de manque de compétence et le manque de temps, pourtant jugés comme principaux obstacles à la prise en charge des PDO, n'apparaissaient pas comme des critères discriminants pour le choix de la prise en charge de ces patients.

Concernant les autres motifs de refus de prendre en charge des PDO, notre étude n'avait pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les MG réticents et ceux favorables à suivre des PDO.

Enfin, parmi les représentations des MG sur les PDO et les MSO, seul le fait de considérer que le trafic des MSO était un frein à leur prescription, en soins primaires, était significativement lié au refus de prendre en charge des PDO.

B. Pistes de recherches

Il serait important de bien appréhender la différence entre les obstacles rencontrés par les MG, initialement volontaires pour suivre des PDO, et les motifs de refus avancés par les médecins qui ne souhaitaient initialement pas s'investir dans ce type de prise en charge.

Les éléments analysés dans cette étude pourraient être repris dans une étude ultérieure incluant un échantillon plus important de MG. On pourrait ainsi comparer les opinions des médecins, selon le fait qu'ils prenaient en charge ou non des PDO, sur les obstacles à la prise en charge des PDO en soins primaires, et leurs opinions sur les MSO et les PDO.

Le vécu d'une ou plusieurs expérience(s) négative(s) par le médecin étant significativement lié au fait d'être réticent à suivre des PDO, il serait intéressant d'interroger les MG, au cours d'une autre étude, sur les causes pour lesquelles ces expériences avaient été perçues négativement.

CONCLUSION

Les décisions politiques en matière de santé ont permis de faciliter l'accès aux soins et aux traitements substitutifs pour les PDO, en autorisant la prescription de BHD et de méthadone par les médecins généralistes. Mais des disparités, en terme de nombre de patients pris en charge ou de prescriptions de MSO, étaient observées, puisque environ un quart des MG prescripteurs de MSO prenaient en charge les trois quarts des patients.

Appréhender d'un point de vue quantitatif les obstacles rencontrés par les MG, lors du suivi de PDO, était l'objet de cette étude.

Il apparaissait que le manque de temps, le sentiment de manque de connaissance, un antécédent de mauvaise expérience avec un patient dépendant aux opiacés, la crainte de violences ou d'une désorganisation du cabinet, étaient identifiés comme des obstacles au suivi de ces patients, en soins primaires, par plus de la moitié des médecins généralistes.

Néanmoins, l'étude comparative réalisée dans ce travail, entre les opinions des médecins plutôt favorables à suivre des PDO et celles des médecins plutôt réticents à suivre ces patients, n'avait permis de mettre en évidence que l'antécédent de mauvaise expérience avec un PDO comme facteur discriminant pour la prise en charge ou non de ces patients.

La réalisation d'études complémentaires à plus grande échelle permettrait de mieux appréhender les difficultés de prise en charge des PDO, rencontrées en soins primaires, par les MG, et permettrait de proposer des solutions adaptées, pour les médecins motivés par ce type de prise en charge.

La formation initiale universitaire, ainsi que la formation continue des MG, devraient être renforcées. D'autres pistes, comme l'indemnisation des consultations chronophages, ou des consultations conjointes avec des centres spécialisés, pourraient être étudiées. Enfin, un soutien pourrait être proposé aux MG ayant eu une mauvaise expérience avec un PDO.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31/03/95 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés
2. Costes JM. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. *Tendances 2009*, 69:1-4
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM, 2010, 592p
4. Beck F et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. OFDT, *Tendances 2011*; 76:6p
5. CNAMTS. Les médicaments remboursés par le Régime Général d'Assurance Maladie au cours des années 2001 et 2002. Paris : CNAMTS, 2003
6. Canarelli T, Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. OFDT, *Tendances 2009*; 65:1-6
7. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. *Current Psychiatry Reports 2007*, 9:358-364
8. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes. *Baromètres santé, 2011* : 177-201
9. Costes JM. Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances. Paris : OFDT, 1999, 139-155
10. Feroni I et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par les médecins généralistes. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2004, 52 :511-522

11. Boireau L. Les difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale : état des lieux dans la Loire en 2009 et étude qualitative. Thèse de médecine, Université Saint-Etienne, 2010
12. Coulomb S, Duburcq A, Marchand C, Pechevis M. Evolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001. OFDT, 2002
13. Moy J, Vanlerberghe Y. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie. Thèse de médecine, Université de Grenoble, 2012
14. Laleu E. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de Médicaments de Substitution aux Opiacés. Étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du bassin de santé de Villefranche de Rouergue. Thèse de médecine, Université de Toulouse III, 2013
15. Rault JF, Le Breton- Lerouvillois G. Atlas de la Démographie Médicale en France. Situation au 1er Janvier 2014. CNOM Data. 2014
16. Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. OFDT, Tendances 2014; 94:1-6
17. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. ANAES, FFA. Lyon, 2004
18. Benyamina A. The current status of opioid maintenance treatment in France: a survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users. *Int J Gen Med.* 2014;7: 449–457
19. Reynaud M et al. Six deaths linked to misuse of buprenorphine-benzodiazepine combinations. *Am J Psychiatry.* 1998;155(3):448-9

20. Schuman-Olivier Z et al. Benzodiazepine use during buprenorphine treatment for opioid dependence: Clinical and safety outcomes. *Drug and alcohol dependence*. 2013;132(3):580-586
21. Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. Mise au point. Octobre 2011
22. Centres d'Evaluations et d'Informations sur la Pharmacodépendance (CEIP). Résultats de l'enquête DRAMES de 2011. Disponible sur le site de l'Agence Nationale du Médicament (ANSM) : <http://ansm.sante.fr>
23. Holliday SM et al. Waiting room ambience and provision of opioid substitution therapy in general practice. *Med J Aust*. 2012;196(6):391-4

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre jointe au questionnaire adressé aux médecins généralistes par courrier postal, leur proposant de participer à l'étude.

Cher confrère,

Je m'appelle Ludovic BARRIERE, actuellement interne en médecine générale dans la région Nord-Pas de Calais. Je me permets de vous solliciter dans le cadre d'une thèse.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée auprès des médecins généralistes au niveau national visant à déterminer "**quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes à la prise en charge des patients dépendants aux opiacés en soins primaires?**"

Que vous preniez en charge ou non ce type de patient, votre avis m'intéresse. Accepteriez-vous **de répondre au questionnaire suivant?** Les résultats seront analysés de manière **anonyme**.

Une fois le questionnaire rempli, merci de bien vouloir me le retourner à l'aide de **l'enveloppe pré-timbrée** ci-jointe.

Je vous remercie pour l'attention portée à ce courrier et vous prie d'agréer, cher confrère, mes salutations les plus sincères.

Ludovic BARRIERE
Médecin remplaçant.

Pour toute information complémentaire, voici mes coordonnées:

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes par courrier postal.

Age: |_|_|_|
 F
 Année d'installation: |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Genre: M

Exercez-vous Seul En cabinet de groupe

Lieu d'exercice Rural Semi rural Urbain

Prenez-vous en charge la dépendance aux opiacés de certains de vos patients (traitement substitutif, suivi, prise en charge psycho-sociale, autre) Oui Non

Si oui, combien de patients par an? |_|_|_|

Si oui, quel type de prise en charge effectuez-vous? (Plusieurs réponses possibles)

- Prescription de médicaments de substitution aux opiacés (MSO)
- Méthadone
- Buprénorphine haut dosage
- Buprénorphine haut dosage + naloxone

Si oui, quel type de prescription? (plusieurs réponses sont possibles)

- Renouvellement d'ordonnance
- Primo-prescription
- Ordonnance de dépannage

- Prescriptions d'autres traitements
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Neuroleptiques
- Antalgiques non morphiniques
- Autres

- Prise en charge psycho-sociale
- Prise en charge d'autres addictions associées
- Autre

Donner votre niveau d'accord avec la proposition suivante (Une réponse possible)

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
Il m'arrive de refuser de prendre en charge un patient présentant une dépendance aux opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez refusé ou pour lesquelles vous refuseriez de prendre en charge un patient dépendant aux opiacés? (Une réponse par ligne)

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
Vous ne vous estimez pas compétent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous n'êtes pas intéressé, vous privilégiez d'autres types de suivis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous manquez de temps, de disponibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous estimez que ça ne relève pas de la médecine générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous craignez que votre cabinet ait une mauvaise image auprès des autres patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous craignez une désorganisation du cabinet (non respect des horaires de consultation, passages à l'improviste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous craignez d'éventuelles violences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous craignez de ne pas être payé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous n'êtes pas au fait de la législation entourant la prescription des médicaments de substitution aux opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez eu par le passé des expériences négatives avec ce type de patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Donner votre niveau d'accord avec les propositions suivantes (Une réponse par ligne)

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
Les patients dépendants aux opiacés sont manipulateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients dépendants aux opiacés en savent plus que les médecins sur leur pathologie et les produits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients dépendants aux opiacés manquent de volonté pour se sevrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est une bonne chose que les médecins généralistes puissent prescrire des médicaments de substitution aux opiacés (MSO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'existence d'un trafic des MSO est un frein à la prise en charge en soin primaire des patients dépendants aux opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'existence d'un mésusage des MSO est un frein à la prise en charge en soin primaire des patients dépendants aux opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les MSO sont une autre forme de toxicomanie, leur sevrage est difficile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les MSO permettent de limiter les violences, l'insécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les MSO permettent la réinsertion des patients dépendants aux opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'objectif principal des MSO est le sevrage total en opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les MSO facilitent l'accès aux soins pour les patients dépendants aux opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez vous déjà participé à une formation spécialisée en addictologie? Oui Non

Vers qui adressez-vous en général vos patients dépendants aux opiacés pour le suivi? (plusieurs réponses possibles)

le CSAPA le Centre Hospitalier l'EPSM, le CMP le psychiatre/ le psychologue autre

La participation d'intervenants (infirmier, médecin, assistant social, éducateur...) issus de centre spécialisés, par des consultations conjointes ou des réunions de concertation, vous encouragerait-elle à suivre des patients dépendants aux opiacés? Oui Non

Pensez-vous que l'établissement d'une liste de médecins généralistes volontaires pour suivre des patients dépendants aux opiacés soit judicieuse? Oui Non

Annexe 3 : Tableau résumant la répartition des MG en fonction du nombre de patients suivis, sous MSO, par an.

Nombre de patients sous MSO	Effectif (nombre de médecins)	Pourcentage (%)	IC à 95%
1	10	17	[8.85-29.42]
2	14	24	[14.02-36.89]
3	9	15	[7.63-27.49]
4	2	3	[0.41-11.71]
5	6	10	[4.2-21.5]
6	1	2	[0.04-9.09]
10	6	10	[4.2-21.5]
12	1	2	[0.04-9.09]
15	2	3	[0.41-11.71]
20	1	2	[0.04-9.09]
25	1	2	[0.04-9.09]
30	2	3	[0.41-11.71]
35	1	2	[0.04-9.09]
45	1	2	[0.04-9.09]
50	2	3	[0.41-11.71]
Total	59	100	-

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des résultats descriptifs

Variabiles	Modalités	Descriptif	NA
		n = 113	
AGE		52.2 +/- 9.48	Valeurs manquantes = 2
DURÉE D'INSTALLATION		21.07 +/- 11.11	Valeurs manquantes = 2
SEXE		67.57% (n=75)	Valeurs manquantes = 2
MODE D'EXERCICE			Valeurs manquantes = 3
	Exercice en cabinet individuel	44.55% (n=49)	

Variabiles	Modalités	Descriptif	NA
	Exercice en cabinet de groupe	55.45% (n=61)	
LIEU D'EXERCICE			Valeurs manquantes = 4
	En milieu rural	17.43% (n=19)	
	En milieu semi rural	34.86% (n=38)	
	En milieu urbain	47.71% (n=52)	
PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANE			Valeurs manquantes = 3
		53.64% (n=59)	
NOMBRE DE PATIENTS TOXICOMANES			Valeurs manquantes = 54
		8.41 +/- 12.08	
PRESCRIPTION DE MSO			Valeurs manquantes = 54
		98.31% (n=58)	
SUBSTITUTION PRESCRITE			
	prescription de méthadone	51% (n=30)	Valeurs manquantes = 54
	prescription de buprénorphine haut dosage	71% (n=42)	Valeurs manquantes = 54
	prescription de l'association buprenorphine et naloxone	8% (n=5)	Valeurs manquantes = 54
TYPE DE PRESCRIPTION			
	renouvellement d'ordonnance de mso	95% (n=56)	Valeurs manquantes = 54
	primo prescription de mso	22% (n=13)	Valeurs manquantes = 54
	dépannage d'ordonnance de mso	20% (n=12)	Valeurs manquantes = 54
AUTRES TRAITEMENTS			Valeurs manquantes = 54
		88.14% (n=52)	
AUTRES TRAIREMENTS PRESCRITS			
	antidépresseurs	66% (n=39)	Valeurs manquantes = 54
	anxiolytiques	75% (n=44)	Valeurs manquantes = 54
	neuroleptiques	27% (n=16)	Valeurs manquantes = 54
	antalgiques non morphiniques	32% (n=19)	Valeurs manquantes = 54
	autres traitements	14% (n=8)	Valeurs manquantes = 54
PRISE EN CHARGE PSYCHO SOCIALE			Valeurs manquantes = 54
		47.46% (n=28)	
PRISE EN CHARGE DES AUTRES ADDICTIONS			Valeurs manquantes = 54
		44.07% (n=26)	
AUTRE PRISE EN CHARGE			Valeurs manquantes = 54
		6.78% (n=4)	
REFUS DE PRISE EN CHARGE DE PATIENT			Valeurs manquantes = 4

Variab les	Modalités	Descriptif	NA
TOXICOMANE			
	Pas d'accord	13.76% (n=15)	
	Plutôt pas d'accord	21.1% (n=23)	
	Plutôt d'accord	30.28% (n=33)	
	D'accord	34.86% (n=38)	
REFUS DE PRISE EN CHARGE DE PATIENT TOXICOMANE BINAIRE			Valeurs manquantes = 4
		65.14% (n=71)	
NON COMPÉTENT			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	22.86% (n=24)	
	Plutôt pas d'accord	17.14% (n=18)	
	Plutôt d'accord	39.05% (n=41)	
	D'accord	20.95% (n=22)	
NON INTÉRESSÉ			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	25.71% (n=27)	
	Plutôt pas d'accord	18.1% (n=19)	
	Plutôt d'accord	31.43% (n=33)	
	D'accord	24.76% (n=26)	
MANQUE DE TEMPS			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	18.1% (n=19)	
	Plutôt pas d'accord	21.9% (n=23)	
	Plutôt d'accord	38.1% (n=40)	
	D'accord	21.9% (n=23)	
NE RELÈVE PAS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	30.48% (n=32)	
	Plutôt pas d'accord	29.52% (n=31)	
	Plutôt d'accord	29.52% (n=31)	
	D'accord	10.48% (n=11)	
MAUVAISE IMAGE DU CABINET			Valeurs manquantes = 7
	Pas d'accord	37.74% (n=40)	
	Plutôt pas d'accord	26.42% (n=28)	
	Plutôt d'accord	21.7% (n=23)	
	D'accord	14.15% (n=15)	
DÉSORGANISATION DU CABINET			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	22.86% (n=24)	
	Plutôt pas d'accord	17.14% (n=18)	
	Plutôt d'accord	28.57% (n=30)	
	D'accord	31.43% (n=33)	
VIOLENCE			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	21.9% (n=23)	
	Plutôt pas d'accord	23.81% (n=25)	

Variables	Modalités	Descriptif	NA
	Plutôt d'accord	29.52% (n=31)	
	D'accord	24.76% (n=26)	
NE PAS ÊTRE PAYÉ			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	47.62% (n=50)	
	Plutôt pas d'accord	28.57% (n=30)	
	Plutôt d'accord	18.1% (n=19)	
	D'accord	5.71% (n=6)	
NON CONNAISSANCE DE LA LÉGISLATION			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	35.24% (n=37)	
	Plutôt pas d'accord	35.24% (n=37)	
	Plutôt d'accord	16.19% (n=17)	
	D'accord	13.33% (n=14)	
EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES NÉGATIVES			Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	27.62% (n=29)	
	Plutôt pas d'accord	12.38% (n=13)	
	Plutôt d'accord	27.62% (n=29)	
	D'accord	32.38% (n=34)	
MANIPULATEURS			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	3.67% (n=4)	
	Plutôt pas d'accord	4.59% (n=5)	
	Plutôt d'accord	52.29% (n=57)	
	D'accord	39.45% (n=43)	
MEILLEURE CONNAISSANCE DU PATIENT QUE LE MÉDECIN			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	11.01% (n=12)	
	Plutôt pas d'accord	28.44% (n=31)	
	Plutôt d'accord	45.87% (n=50)	
	D'accord	14.68% (n=16)	
MANQUE DE VOLONTÉ			Valeurs manquantes = 5
	Pas d'accord	10.19% (n=11)	
	Plutôt pas d'accord	31.48% (n=34)	
	Plutôt d'accord	40.74% (n=44)	
	D'accord	17.59% (n=19)	
LA PRESCRIPTION DE MSO PAR LES MG EST UNE BONNE CHOSE			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	12.84% (n=14)	
	Plutôt pas d'accord	16.51% (n=18)	
	Plutôt d'accord	41.28% (n=45)	
	D'accord	29.36% (n=32)	
LE TRAFIC : UN FREIN			Valeurs manquantes = 4

Variables	Modalités	Descriptif	NA
	Pas d'accord	8.26% (n=9)	
	Plutôt pas d'accord	11.01% (n=12)	
	Plutôt d'accord	42.2% (n=46)	
	D'accord	38.53% (n=42)	
LE MÉSUSAGE : UN FREIN			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	8.26% (n=9)	
	Plutôt pas d'accord	13.76% (n=15)	
	Plutôt d'accord	44.95% (n=49)	
	D'accord	33.03% (n=36)	
LES MSO : TOXICOMANIE			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	5.5% (n=6)	
	Plutôt pas d'accord	18.35% (n=20)	
	Plutôt d'accord	41.28% (n=45)	
	D'accord	34.86% (n=38)	
LES MSO DIMINUENT LES PRATIQUES ILLÉGALES			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	7.34% (n=8)	
	Plutôt pas d'accord	22.02% (n=24)	
	Plutôt d'accord	51.38% (n=56)	
	D'accord	19.27% (n=21)	
LES MSO PERMETTENT LA REINSERTION			Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	3.67% (n=4)	
	Plutôt pas d'accord	22.94% (n=25)	
	Plutôt d'accord	51.38% (n=56)	
	D'accord	22.02% (n=24)	
LES MSO PERMETTENT LE SEVRAGE EN OPIACES			Valeurs manquantes = 5
	Pas d'accord	12.96% (n=14)	
	Plutôt pas d'accord	16.67% (n=18)	
	Plutôt d'accord	53.7% (n=58)	
	D'accord	16.67% (n=18)	
LES MSO PERMETTENT L'ACCES AUX SOINS			Valeurs manquantes = 5
	Pas d'accord	3.7% (n=4)	
	Plutôt pas d'accord	12.04% (n=13)	
	Plutôt d'accord	68.52% (n=74)	
	D'accord	15.74% (n=17)	
PARTICIPATION À UNE FORMATION			Valeurs manquantes = 3
		30% (n=33)	
RECOURS AU CSAPA			Valeurs manquantes = 4

Variables	Modalités	Descriptif	NA
		37.61% (n=41)	
RECOURS AU CENTRE HOSPITALIER			Valeurs manquantes = 4
		51.38% (n=56)	
RECOURS AU CMP			Valeurs manquantes = 4
		27.52% (n=30)	
RECOURS AU PSYCHIATRE			Valeurs manquantes = 4
		31.19% (n=34)	
RECOURS AUTRE			Valeurs manquantes = 4
		18.35% (n=20)	
CONSULTATION CONJOINTE			Valeurs manquantes = 5
		45.37% (n=49)	
LISTE DE MG			Valeurs manquantes = 6
		51.4% (n=55)	

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des résultats descriptifs après stratification selon le fait de refuser ou non de suivre des patients dépendants aux opiacés

Variables	Modalités	Non (n=38)	Oui (n=71)	NA
AGE				Valeurs manquantes = 2
		50 +/- 9.67	53.21 +/- 9.27	
DURÉE D'INSTALLATION				Valeurs manquantes = 2
		18.08 +/- 11.18	22.55 +/- 10.95	
SEXE				Valeurs manquantes = 2
		71% (n=27)	65% (n=46)	
MODE D'EXERCICE				Valeurs manquantes = 3
	Exercice en cabinet individuel	37% (n=14)	49% (n=34)	
	Exercice en cabinet de groupe	63% (n=24)	51% (n=36)	
LIEU D'EXERCICE				Valeurs manquantes = 4
	En milieu rural	24% (n=9)	14% (n=10)	
	En milieu semi rural	41% (n=15)	33% (n=23)	
	En milieu urbain	35% (n=13)	53% (n=37)	
PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANE				Valeurs manquantes = 3
		81% (n=30)	41% (n=29)	
NOMBRE DE PATIENTS TOXICOMANES				Valeurs manquantes = 54
		9.6 +/- 12.24	7.17 +/- 12.01	
PRESCRIPTION DE MSO				Valeurs manquantes = 54
		97% (n=29)	100% (n=29)	
SUBSTITUTION PRESCRITE				
	prescription de méthadone	60% (n=18)	41% (n=12)	Valeurs manquantes = 54
	prescription de buprénorphine haut dosage	77% (n=23)	66% (n=19)	Valeurs manquantes = 54
	prescription de l'association buprenorphine et naloxone	17% (n=5)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 54
TYPE DE PRESCRIPTION				
	renouvellement d'ordonnance de mso	93% (n=28)	97% (n=28)	Valeurs manquantes = 54
	primo prescription de mso	33% (n=10)	10% (n=3)	Valeurs manquantes = 54
	dépannage d'ordonnance de mso	27% (n=8)	14% (n=4)	Valeurs manquantes = 54
AUTRES TRAITEMENTS				Valeurs manquantes = 54
		90% (n=27)	86% (n=25)	

Variables	Modalités	Non (n=38)	Oui (n=71)	NA
AUTRES TRAIREMENTS PRESCRITS				
	antidépresseurs	67% (n=20)	66% (n=19)	Valeurs manquantes = 54
	anxiolytiques	77% (n=23)	72% (n=21)	Valeurs manquantes = 54
	neuroleptiques	30% (n=9)	24% (n=7)	Valeurs manquantes = 54
	antalgiques non morphiniques	40% (n=12)	24% (n=7)	Valeurs manquantes = 54
	autres traitements	20% (n=6)	7% (n=2)	Valeurs manquantes = 54
PRISE EN CHARGE PSYCHO SOCIALE				Valeurs manquantes = 54
		57% (n=17)	38% (n=11)	
PRISE EN CHARGE DES AUTRES ADDICTIONS				Valeurs manquantes = 54
		57% (n=17)	31% (n=9)	
AUTRE PRISE EN CHARGE				Valeurs manquantes = 54
		7% (n=2)	7% (n=2)	
REFUS DE PRISE EN CHARGE DE PATIENT TOXICOMANE				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	39% (n=15)	0% (n=0)	
	Plutôt pas d'accord	61% (n=23)	0% (n=0)	
	Plutôt d'accord	0% (n=0)	46% (n=33)	
	D'accord	0% (n=0)	54% (n=38)	
REFUS DE PRISE EN CHARGE DE PATIENT TOXICOMANE BINAIRE				Valeurs manquantes = 4
		0% (n=0)	100% (n=71)	
NON COMPÉTENT				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	31% (n=11)	19% (n=13)	
	Plutôt pas d'accord	20% (n=7)	16% (n=11)	
	Plutôt d'accord	40% (n=14)	39% (n=27)	
	D'accord	9% (n=3)	27% (n=19)	
NON INTÉRESSÉ				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	51% (n=18)	13% (n=9)	
	Plutôt pas d'accord	26% (n=9)	14% (n=10)	
	Plutôt d'accord	14% (n=5)	40% (n=28)	
	D'accord	9% (n=3)	33% (n=23)	
MANQUE DE TEMPS				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	23% (n=8)	16% (n=11)	
	Plutôt pas d'accord	29% (n=10)	19% (n=13)	
	Plutôt d'accord	40% (n=14)	37% (n=26)	
	D'accord	9% (n=3)	29% (n=20)	
NE RELÈVE PAS DE LA MÉDECINE				Valeurs manquantes = 8

Variables	Modalités	Non (n=38)	Oui (n=71)	NA
GÉNÉRALE				
	Pas d'accord	51% (n=18)	20% (n=14)	
	Plutôt pas d'accord	26% (n=9)	31% (n=22)	
	Plutôt d'accord	20% (n=7)	34% (n=24)	
	D'accord	3% (n=1)	14% (n=10)	
MAUVAISE IMAGE DU CABINET				Valeurs manquantes = 7
	Pas d'accord	51% (n=18)	31% (n=22)	
	Plutôt pas d'accord	34% (n=12)	23% (n=16)	
	Plutôt d'accord	11% (n=4)	27% (n=19)	
	D'accord	3% (n=1)	20% (n=14)	
DÉSORGANISATION DU CABINET				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	31% (n=11)	19% (n=13)	
	Plutôt pas d'accord	34% (n=12)	9% (n=6)	
	Plutôt d'accord	17% (n=6)	34% (n=24)	
	D'accord	17% (n=6)	39% (n=27)	
VIOLENCE				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	34% (n=12)	16% (n=11)	
	Plutôt pas d'accord	34% (n=12)	19% (n=13)	
	Plutôt d'accord	26% (n=9)	31% (n=22)	
	D'accord	6% (n=2)	34% (n=24)	
NE PAS ÊTRE PAYÉ				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	54% (n=19)	44% (n=31)	
	Plutôt pas d'accord	29% (n=10)	29% (n=20)	
	Plutôt d'accord	17% (n=6)	19% (n=13)	
	D'accord	0% (n=0)	9% (n=6)	
NON CONNAISSANCE DE LA LÉGISLATION				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	54% (n=19)	26% (n=18)	
	Plutôt pas d'accord	34% (n=12)	36% (n=25)	
	Plutôt d'accord	6% (n=2)	21% (n=15)	
	D'accord	6% (n=2)	17% (n=12)	
EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES NÉGATIVES				Valeurs manquantes = 8
	Pas d'accord	43% (n=15)	20% (n=14)	
	Plutôt pas d'accord	17% (n=6)	10% (n=7)	
	Plutôt d'accord	26% (n=9)	29% (n=20)	
	D'accord	14% (n=5)	41% (n=29)	
MANIPULATEURS				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	5% (n=2)	3% (n=2)	
	Plutôt pas d'accord	8% (n=3)	3% (n=2)	
	Plutôt d'accord	58% (n=22)	50% (n=35)	
	D'accord	29% (n=11)	44% (n=31)	

Variables	Modalités	Non (n=38)	Oui (n=71)	NA
MEILLEURE CONNAISSANCE DU PATIENT QUE LE MÉDECIN				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	8% (n=3)	13% (n=9)	
	Plutôt pas d'accord	26% (n=10)	30% (n=21)	
	Plutôt d'accord	50% (n=19)	44% (n=31)	
	D'accord	16% (n=6)	13% (n=9)	
MANQUE DE VOLONTÉ				Valeurs manquantes = 5
	Pas d'accord	13% (n=5)	9% (n=6)	
	Plutôt pas d'accord	26% (n=10)	35% (n=24)	
	Plutôt d'accord	47% (n=18)	36% (n=25)	
	D'accord	13% (n=5)	20% (n=14)	
LA PRESCRIPTION DE MSO PAR LES MG EST UNE BONNE CHOSE				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	3% (n=1)	19% (n=13)	
	Plutôt pas d'accord	13% (n=5)	19% (n=13)	
	Plutôt d'accord	42% (n=16)	40% (n=28)	
	D'accord	42% (n=16)	23% (n=16)	
LE TRAFIC : UN FREIN				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	13% (n=5)	6% (n=4)	
	Plutôt pas d'accord	18% (n=7)	7% (n=5)	
	Plutôt d'accord	39% (n=15)	43% (n=30)	
	D'accord	29% (n=11)	44% (n=31)	
LE MÉSUSAGE : UN FREIN				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	11% (n=4)	7% (n=5)	
	Plutôt pas d'accord	24% (n=9)	9% (n=6)	
	Plutôt d'accord	42% (n=16)	46% (n=32)	
	D'accord	24% (n=9)	39% (n=27)	
LES MSO : TOXICOMANIE				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	8% (n=3)	4% (n=3)	
	Plutôt pas d'accord	24% (n=9)	16% (n=11)	
	Plutôt d'accord	45% (n=17)	39% (n=27)	
	D'accord	24% (n=9)	41% (n=29)	
LES MSO DIMINUENT LES PRATIQUES ILLÉGALES				Valeurs manquantes = 4
	Pas d'accord	8% (n=3)	7% (n=5)	
	Plutôt pas d'accord	18% (n=7)	24% (n=17)	
	Plutôt d'accord	47% (n=18)	53% (n=37)	
	D'accord	26% (n=10)	16% (n=11)	
LES MSO				Valeurs manquantes = 4

Variables	Modalités	Non (n=38)	Oui (n=71)	NA
PERMETTENT LA REINSERTION				
	Pas d'accord	5% (n=2)	3% (n=2)	
	Plutôt pas d'accord	21% (n=8)	24% (n=17)	
	Plutôt d'accord	42% (n=16)	56% (n=39)	
	D'accord	32% (n=12)	17% (n=12)	
LES MSO PERMETTENT LE SEVRAGE EN OPIACES				Valeurs manquantes = 5
	Pas d'accord	18% (n=7)	10% (n=7)	
	Plutôt pas d'accord	21% (n=8)	14% (n=10)	
	Plutôt d'accord	50% (n=19)	55% (n=38)	
	D'accord	11% (n=4)	20% (n=14)	
LES MSO PERMETTENT L'ACCES AUX SOINS				Valeurs manquantes = 5
	Pas d'accord	0% (n=0)	6% (n=4)	
	Plutôt pas d'accord	5% (n=2)	16% (n=11)	
	Plutôt d'accord	71% (n=27)	67% (n=46)	
	D'accord	24% (n=9)	12% (n=8)	
PARTICIPATION À UNE FORMATION				Valeurs manquantes = 3
		47% (n=18)	21% (n=15)	
RECOURS AU CSAPA				Valeurs manquantes = 4
		42% (n=16)	35% (n=25)	
RECOURS AU CENTRE HOSPITALIER				Valeurs manquantes = 4
		50% (n=19)	52% (n=37)	
RECOURS AU CMP				Valeurs manquantes = 4
		32% (n=12)	25% (n=18)	
RECOURS AU PSYCHIATRE				Valeurs manquantes = 4
		42% (n=16)	25% (n=18)	
RECOURS AUTRE				Valeurs manquantes = 4
		16% (n=6)	20% (n=14)	
CONSULTATION CONJOINTE				Valeurs manquantes = 5
		71% (n=27)	31% (n=22)	
LISTE DE MG				Valeurs manquantes = 6
		38% (n=14)	58% (n=40)	

Annexe 6 : Résultats concernant les représentations des MG sur les MSO et sur les PDO, après stratification des médecins selon le fait de suivre ou non des PDO.

Questions posées aux médecins généralistes	MG refusant de prendre en charge des PDO (n= 71 sur 113) pourcentage (effectif ; valeurs manquantes)	MG acceptant de prendre en charge des PDO (n=38 sur 113) pourcentage (effectif ; valeurs manquantes)	Différence
Le trafic des MSO est un frein à leur prescription en soins primaires	87% (61 ; 4)	68% (26 ; 4)	S (p=0,0189)
Patients manipulateurs	94% (66 ; 4)	87% (33 ; 4)	NT
Patients manquent de volonté pour se sevrer	56% (39 ; 5)	60% (23 ; 5)	NT
Patients connaissent mieux leur pathologie et les produits que le médecin	57% (40 ; 4)	66% (25 ; 4)	NT
Le mésusage des MSO est un frein à leur prescription en soins primaires	85% (59 ; 4)	66% (25 ; 4)	NT
Les MSO sont une autre forme de toxicomanie	80% (56 ; 4)	69% (26 ; 4)	NT
C'est une bonne chose que les MG puissent prescrire des MSO	63% (44 ; 4)	84% (32 ; 4)	NT
Les MSO facilitent l'accès aux soins	75% (54 ; 5)	95% (36 ; 5)	NT
Les MSO permettent de limiter les violences et l'insécurité	69% (48 ; 4)	73% (28 ; 4)	NT
Les MSO facilitent la réinsertion socio-professionnelle	73% (51 ; 4)	74% (28 ; 4)	NT
Les MSO utile au sevrage des opiacés	75% (52 ; 4)	61% (23 ; 5)	NT

Annexe 7 : Résultats statistiques bivariés

<p>Refus PEC toxico ~ Age refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes age : Age (en années)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Effectif</td> <td>38</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>Moyenne</td> <td>50</td> <td>53.211</td> </tr> <tr> <td>Ecart.type</td> <td>9.673</td> <td>9.273</td> </tr> <tr> <td>Minimum</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Mediane</td> <td>51.5</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>64</td> <td>67</td> </tr> </tbody> </table> <p>Test de Student : p = 0.0926</p>		Non	Oui	Effectif	38	71	Moyenne	50	53.211	Ecart.type	9.673	9.273	Minimum	30	30	Mediane	51.5	53	Maximum	64	67	<p>Refus PEC toxico ~ Sexe refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes sexe : Sexe</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico lignes : Sexe</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Féminin</td> <td>11 (30.56%)</td> <td>25 (69.44%)</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Masculin</td> <td>27 (36.99%)</td> <td>46 (63.01%)</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>38</td> <td>71</td> <td>109</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.508</p>		Non	Oui	Total	Féminin	11 (30.56%)	25 (69.44%)	36	Masculin	27 (36.99%)	46 (63.01%)	73	Total	38	71	109
	Non	Oui																																				
Effectif	38	71																																				
Moyenne	50	53.211																																				
Ecart.type	9.673	9.273																																				
Minimum	30	30																																				
Mediane	51.5	53																																				
Maximum	64	67																																				
	Non	Oui	Total																																			
Féminin	11 (30.56%)	25 (69.44%)	36																																			
Masculin	27 (36.99%)	46 (63.01%)	73																																			
Total	38	71	109																																			
<p>Refus PEC toxico ~ Mode d'exercice refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes mode_exer : Mode d'exercice (1= seul, 2= cabinet de groupe)</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico lignes : Mode d'exercice</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exercice en cabinet individuel</td> <td>14 (29.17%)</td> </tr> <tr> <td>Exercice en cabinet de groupe</td> <td>24 (40%)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.241</p>		Non	Exercice en cabinet individuel	14 (29.17%)	Exercice en cabinet de groupe	24 (40%)	Total	38	<p>Refus PEC toxico ~ Lieu d'exercice refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes lieu_exer : Lieu d'exercice (1= rural 2=semi rural 3= urbain)</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico lignes : Lieu d'exercice</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>En milieu rural</td> <td>9 (47.37%)</td> <td>10 (52.63%)</td> </tr> <tr> <td>En milieu semi rural</td> <td>15 (39.47%)</td> <td>23 (60.53%)</td> </tr> <tr> <td>En milieu urbain</td> <td>13 (26%)</td> <td>37 (74%)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>37</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.182</p>		Non	Oui	En milieu rural	9 (47.37%)	10 (52.63%)	En milieu semi rural	15 (39.47%)	23 (60.53%)	En milieu urbain	13 (26%)	37 (74%)	Total	37	70														
	Non																																					
Exercice en cabinet individuel	14 (29.17%)																																					
Exercice en cabinet de groupe	24 (40%)																																					
Total	38																																					
	Non	Oui																																				
En milieu rural	9 (47.37%)	10 (52.63%)																																				
En milieu semi rural	15 (39.47%)	23 (60.53%)																																				
En milieu urbain	13 (26%)	37 (74%)																																				
Total	37	70																																				
<p>Refus PEC toxico ~ Compétent refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes competent2 : S'estime compétent pour la prise en charge de toxicomanes</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico lignes : Compétent</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non</td> <td>17 (26.98%)</td> <td>46 (73.02%)</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>18 (42.86%)</td> <td>24 (57.14%)</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>35</td> <td>70</td> <td>105</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.091</p>		Non	Oui	Total	Non	17 (26.98%)	46 (73.02%)	63	Oui	18 (42.86%)	24 (57.14%)	42	Total	35	70	105	<p>Refus PEC toxico ~ Expérience négative refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes exp_neg2 : Expérience négative</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico lignes : Expérience négative</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non</td> <td>21 (50%)</td> <td>21 (50%)</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>14 (22.22%)</td> <td>49 (77.78%)</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>35</td> <td>70</td> <td>105</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.0031</p>		Non	Oui	Total	Non	21 (50%)	21 (50%)	42	Oui	14 (22.22%)	49 (77.78%)	63	Total	35	70	105					
	Non	Oui	Total																																			
Non	17 (26.98%)	46 (73.02%)	63																																			
Oui	18 (42.86%)	24 (57.14%)	42																																			
Total	35	70	105																																			
	Non	Oui	Total																																			
Non	21 (50%)	21 (50%)	42																																			
Oui	14 (22.22%)	49 (77.78%)	63																																			
Total	35	70	105																																			

<p>Refus PEC toxico ~ Trafic freine PEC</p> <p>refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes</p> <p>trafic_frein2 : Pense que le trafic est un frein à la PEC de ces patients</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico</p> <p>lignes : Trafic freine PEC</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non</td> <td>12 (57.14%)</td> <td>9 (42.86%)</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>26 (29.89%)</td> <td>61 (70.11%)</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>38</td> <td>70</td> <td>108</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.0189</p>		Non	Oui	Total	Non	12 (57.14%)	9 (42.86%)	21	Oui	26 (29.89%)	61 (70.11%)	87	Total	38	70	108	<p>Refus PEC toxico ~ Participation à une formation</p> <p>refus_pec_tox2 : Refus de prise en charge de toxicomanes</p> <p>formation : Participation à une formation (1=oui 0=non)</p> <p>Colonnes : Refus PEC toxico</p> <p>lignes : Participation à une formation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non</td> <td>20 (26.32%)</td> <td>56 (73.68%)</td> <td>76</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>18 (54.55%)</td> <td>15 (45.45%)</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>38</td> <td>71</td> <td>109</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.00449</p>		Non	Oui	Total	Non	20 (26.32%)	56 (73.68%)	76	Oui	18 (54.55%)	15 (45.45%)	33	Total	38	71	109
	Non	Oui	Total																														
Non	12 (57.14%)	9 (42.86%)	21																														
Oui	26 (29.89%)	61 (70.11%)	87																														
Total	38	70	108																														
	Non	Oui	Total																														
Non	20 (26.32%)	56 (73.68%)	76																														
Oui	18 (54.55%)	15 (45.45%)	33																														
Total	38	71	109																														
<p>Sexe ~ Crainte de la violence</p> <p>sexe :</p> <p>violence2 : Crainte de la violence Oui/Non</p> <p>Colonnes :</p> <p>lignes : Crainte de la violence</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Féminin</th> <th>Masculin</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non</td> <td>9 (18.75%)</td> <td>39 (81.25%)</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>27 (47.37%)</td> <td>30 (52.63%)</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>36</td> <td>69</td> <td>105</td> </tr> </tbody> </table> <p>test du chi2 : p = 0.00209</p>		Féminin	Masculin	Total	Non	9 (18.75%)	39 (81.25%)	48	Oui	27 (47.37%)	30 (52.63%)	57	Total	36	69	105																	
	Féminin	Masculin	Total																														
Non	9 (18.75%)	39 (81.25%)	48																														
Oui	27 (47.37%)	30 (52.63%)	57																														
Total	36	69	105																														

AUTEUR : Barrière Ludovic

Date de Soutenance : 11 mars 2015

Titre de la Thèse : Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ?

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : Obstacles, soins primaires, patients dépendants aux opiacés, médicaments de substitution aux opiacés

Résumé :

Contexte : Depuis 1996, les médecins généralistes occupaient une place prépondérante dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés. En 2002, 90% des médicaments substitutifs des opiacés étaient prescrits par des médecins généralistes. Mais, malgré les effets bénéfiques attendus des MSO, on observait des disparités, puisque 25% des médecins prenaient en charge 75% des patients traités par des MSO.

L'objectif primaire de cette étude était d'évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en charge la dépendance aux opiacés de leurs patients, et les objectifs secondaires étaient d'étudier les motifs de refus de prise en charge de patients dépendants aux opiacés.

Méthode : Cette étude descriptive transversale quantitative reposait sur un questionnaire envoyé à 250 médecins installés, exerçant une activité de médecine générale, en France métropolitaine, 113 médecins étaient inclus.

Résultats : 54% des médecins suivaient des patients dépendants aux opiacés (PDO), avec en moyenne 8 patients par an, 40% en suivaient 1 ou 2 par an. Parmi ces médecins, 98% prescrivaient des MSO, 70% de la BHD et 50% de la méthadone. 65% des médecins déclaraient qu'il leur arrivait de refuser de suivre des patients dépendants aux opiacés.

Les principales raisons évoquées étaient le manque de temps, le sentiment de manque de compétence, l'existence d'une expérience négative avec un PDO, la crainte d'une désorganisation du cabinet et le manque d'intérêt pour ce type de suivi. L'absence de participation à une formation en addictologie et les antécédents de mauvaises expériences avec des PDO étaient significativement liés à une réticence des MG pour suivre des PDO.

Conclusion : Renforcer la formation initiale, l'indemnisation des consultations et un soutien, aux médecins généralistes ayant eu une expérience négative avec un patient dépendant aux opiacés, seraient des pistes pour inciter les MG à suivre ces patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet
Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yannick Millot