



HAL
open science

Les médecins généralistes d’Auvergne-Rhône-Alpes face à la primo-prescription de buprénorphine : caractéristiques, motivations et pistes d’action

Valentine Durival, Margot Dubois

► To cite this version:

Valentine Durival, Margot Dubois. Les médecins généralistes d’Auvergne-Rhône-Alpes face à la primo-prescription de buprénorphine : caractéristiques, motivations et pistes d’action. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04574924

HAL Id: dumas-04574924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04574924>

Submitted on 14 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'Auvergne-Rhône-Alpes
FACE À LA PRIMO-PRESCRIPTION DE BUPRÉNORPHINE :
CARACTÉRISTIQUES, MOTIVATIONS ET PISTES D'ACTION**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 07/05/2024

Par Mme Valentine DURIVAL

et

Mme Margot DUBOIS

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Olivier JENNY (directeur de thèse)

M. le Pr Farouk BENDAMENE

Mme le Dr Nathalie FOUILHÉ

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

Remerciements communs

Des remerciements sont de mise pour la réflexion, la mise en route et la rédaction de cette thèse.

Merci au Professeur IMBERT pour avoir accepté de présider notre jury.

Merci aux membres du jury pour leur enthousiasme sur le sujet et la grande disponibilité dont ils ont fait preuve.

Un grand merci également au Dr JENNY, qui a su malgré les rebondissements nous guider et nous encourager tout en douceur et en pertinence.

Et merci aux médecins ayant accepté de répondre à notre étude.

Remerciements de Margot

Merci à la belle équipe du CSAPA de Grenoble pour tout ce que vous m'avez apporté.

A mes parents, pour l'éducation et tout l'amour que vous m'avez donné.

A mes petites sœurs, les personnes les plus importantes dans mon cœur.

A papou et mimi, pour votre amour et votre joie de vivre, vous êtes un si beau modèle.

A mamie, pour l'exemple de force et de résilience que tu nous as laissé.

A Kevin, merci pour ton soutien, ton amour et ta tendresse. Merci de me pousser à être un peu meilleure chaque jour. Que l'avenir soit beau et que notre amour perdure. Je t'aime

A la famille Chéchirlian, merci pour l'accueil que vous me faites dans la famille.

A Camille, merci d'être à mes côtés depuis si longtemps, merci pour ta générosité et ta luminosité, que nos chemins ne se séparent jamais.

A Mel et Cam, merci pour ces beaux moments et cette complicité plus forte que le temps.

A ma Ju, merci pour tous ces moments à tes côtés, tu es mon binôme de cœur.

A Samy, merci de prendre soin de moi depuis le début. Qui aurait cru qu'on y arriverait ?

Et merci Hugo car grâce à toi j'ai eu ma P1. Tous les deux je vous aime.

A Alix, merci d'être toi-même et merci pour ton amour. A quand les voyages en bateau ?

A Katut, merci d'être notre maman à tous.

A Laurie et Gael merci d'être toujours là, je vous adore.

A Lulu et Ali, mes marseillais préférés.

La dream team : pour tous ces beaux moments passés. Que la fête continue avec une génération de plus.

A Margaux, merci pour ces discussions passionnantes sur les humains. Je suis contente que tu fasses partie de ma vie.

A John, merci pour ces jolis moments en tant que témoins (ou presque).

A Camille M, tu es mon rayon de soleil du Haut-Doubs, hâte de rencontrer ta progéniture.

A Toto, ma boule d'énergie, mon anxieuse préférée, merci pour ta gentillesse et ton soutien.

A Marie, merci pour ta joie de vivre et merci de nous faire rire. Hâte de revenir à Gruffy !

Pour la Teamothée, la plus belle des Teams !

A Hugo et Megane, merci pour ces beaux moments en bateau et à la réunion, et pour cette belle trentaine qui nous tend les bras.

La team de Grenoble, merci pour votre motivation contagieuse.

Et merci à Valentine pour ce travail à deux, c'était un vrai plaisir de bosser avec toi : toujours disponible et motivée (même sous l'eau) ! On s'est bien complété. Je n'y serai pas arrivée sans toi.

Remerciements de Valentine

Ma première pensée va directement à Margot, co-thésarde fichtrement efficace, compliante, optimiste grâce à qui ce parcours final a été nettement plus agréable. On a formé une super équipe ! Merci à toi pour ce beau travail commun !

J'avais initialement prévu de faire une section « remerciements » brève et pudique, mais à force de lire celles, abondantes et généreuses jusqu'à l'embarrasement, de tant de thèses soutenues avant moi, j'ai dû me rendre à l'évidence : il ne s'agit pas que d'une formalité, mais également d'un symbole fort. Ce n'est pas juste la fin de la thèse. C'est la fin du diplôme. La fin de longues, longues années d'épreuves, avec ses moments d'exultation et ses périodes de galère. Et voilà que je réalise, à l'approche de la ligne d'arrivée, que cet exploit n'est plus uniquement le mien. C'est aussi celui de tous ceux qui m'ont soutenue jusqu'au bout, toutes ces personnes sans qui j'aurais probablement flanché avant la fin. Alors pour ces gens-là, finalement, ça vaut bien le coup de faire une belle section remerciements.

A mes amis, qui n'ont d'étourdis que le nom (faute d'en avoir jamais trouvé un meilleur, on attend toujours les suggestions...), qui m'ont acceptée dans leur bande voilà bientôt dix ans sans trop avoir réalisé qui leur tombait dessus.

A Etienne et Valentin, et à cette mémorable session de ski à Vars où vous m'avez partagé votre passion des pistes dans cette station qui vous tient à cœur. Bon, j'y ai laissé des bleus quand même.

A Thanh-Danh, partenaire de tarot inoubliable qui a prouvé qu'avec de la persévérance, des efforts et de la confiance en soi (et de la bravoure, il faut le dire !) on peut réussir l'impossible. (bon, il reste plus qu'à t'améliorer au tarot, mais ça c'est plus dur que les écho cœur visiblement)

A Tommy, havre de paix personnifié, discret et pourtant toujours là pour un mot de soutien, une attention envers les autres ou pour alléger la pièce d'un rire franc : ta compagnie est des plus agréables et ton humilité est inspirante. (sauf quand il s'agit de négociation de salaire)

A Theresa, avec ton sens aigu de l'organisation qui nous a souvent rendu service, mais surtout ta générosité et ton écoute attentive, je te souhaite de tout cœur une super expérience au Bahreïn ! (mais reviens-nous régulièrement !)

A Valérie, incroyable personnage incarnant un merveilleux désordre, guidé par une envie d'apprendre et une soif d'aventures perpétuelle. Et à Django, cette trompette ambulante qu'on aime (presque) tout autant !

A Mélissa, qui continue d'avancer dans la vie professionnelle telle une fusée ! Ton parcours porté par tes efforts et tes ambitions est fichtrement impressionnant. Ponctué de voyages à l'autre bout du monde, tu n'en oublies pas pour autant tes amis et tu as été pour moi un soutien de plus en plus précieux. Dire qu'on avait peu d'intérêt l'une pour l'autre il y a dix ans et que tu es maintenant une amie précieuse – je suis fière de ce qu'on est devenues !

A Lucie, et à notre solide amitié qui aura résisté à bon nombre d'épreuves. Du bac à l'ECN en passant par la PACES et la BU, de la Réunion à la Chine en passant par les campings sur les bords de lacs, de Strasbourg à la Savoie et d'appartements en appartements, mais surtout de fous rires en fous rires, on aura vécu un sacré paquet de trucs ensemble. J'ai hâte de voir la suite. Je t'attends à la ligne d'arrivée !

A ma famille, notamment à mes parents au soutien indéfectible, pour m'avoir encouragée tout du long, accompagnée dans les difficultés, et quand tout partait de travers, pour m'avoir patiemment ramassée et relevée autant de fois qu'il le fallait.

A Florian, qui a relevé le défi de partager ma vie au moment où elle se compliquait le plus. Défi réussi, mon âme sœur – il n'y a plus que du bonheur qui nous attend.

Merci à tous, et en guise de derniers mots, il me vient l'envie de dire : ça y est, j'ai fini ma dernière ligne droite.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
TABLE DES MATIÈRES	12
LISTE DES FIGURES.....	14
LISTE DES TABLEAUX.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
RÉSUMÉ.....	16
INTRODUCTION.....	17
1. Contexte	18
1.1. Historique	18
1.2. Prévalence et répartition des usagers	19
1.3. Le trouble d'usage des opioïdes	22
1.3.1. Définition	22
1.3.2. Traitement de substitution.....	23
1.3.3. La buprénorphine	25
1.4. Acteurs de la prise en charge.....	26
1.4.1. Réseau d'addictologie	26
1.4.2. Rôle central du médecin généraliste.....	27
1.5. Objectif de notre étude	29
MATÉRIEL ET MÉTHODES	30
1. Type d'étude.....	30
2. Population de l'étude.....	30
2.1. Critères d'inclusion	30
2.2. Critères d'exclusion.....	30
2.3. Nombre de sujets nécessaires	30
2.4. Protocole d'échantillonnage	31
3. Critères de jugement.....	32
3.1. Critère de jugement principal	32
3.2. Critères de jugement secondaires	32
4. Description du questionnaire.....	32
5. Diffusion du questionnaire	34
6. Analyse statistique des données	34

RÉSULTATS	36
1. Diagramme de flux.....	36
2. Caractéristiques de la population	36
3. Résultat des analyses en lien avec l’objectif principal.....	39
3.1. Évaluation du nombre de prescripteurs.....	39
3.2. Recherche de facteurs associés à la prescription ou la non-prescription	40
4. Résultat des analyses secondaires	44
4.1. Modalités de prescription des médecins généralistes initiant un MSO.....	44
4.2. Etude des freins chez les non-prescripteurs	48
4.3. Evaluation des aides souhaitées	50
DISCUSSION	53
1. Validité de l’étude	53
1.1. Choix de la méthode.....	53
1.2. Représentativité de l’échantillon.....	54
1.3. Forces et limites de l’étude.....	55
2. Lecture critique des résultats.....	57
2.1. Résultat en lien avec l’objectif principal.....	57
2.1.1. Nombre de primo-prescripteurs	57
2.1.2. Caractéristiques des prescripteurs et non-prescripteurs	58
2.2. Modalités de prescription	60
2.3. Freins et leviers	61
2.3.1. Le manque de formation comme frein principal.....	61
2.3.2. Isolement, nécessité de se sentir soutenu pour cette prescription	63
2.3.3. Prise en charge jugée trop complexe pour la médecine générale.....	65
2.3.4. Peu confrontés à la situation de primo-prescription.....	67
2.3.5. Stigmatisation et perception négative de cette maladie	68
2.3.6. Autres freins mineurs	71
2.4. Perspectives.....	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	79
SERMENT D’HIPPOCRATE	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2022 (dose journalière pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans par jour).....	19
Figure 2 : Ventes de MSO en dose journalière pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans par jour selon les départements en 2022.	21
Figure 3 : Prévalence des usagers problématiques d'opioïdes en France métropolitaine en 2022.	21
Figure 4 : Diagramme de flux de la diffusion du questionnaire.....	36
Figure 5 : Répartition des répondants selon les départements d'exercice en ordonnées : nombre de participants).	38
Figure 6 : Répartition des prescriptions selon le sexe.....	41
Figure 7 : Répartition des prescriptions selon le type de formation reçue.	43
Figure 8 : Estimation du besoin d'une aide à la prescription.....	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.	37
Tableau 2 : Caractéristiques de la population - suite.	38
Tableau 3 : Analyse descriptive des prescripteurs de MSO.....	39
Tableau 4 : Analyse bivariée entre les caractéristiques des médecins et la décision de primo-prescription.....	42
Tableau 5 : Analyse bivariée en fonction du type de formation reçue.....	43
Tableau 6 : Modalités d'induction des médecins primo-prescripteurs, première partie.....	47
Tableau 7 : Modalités d'induction des médecins primo-prescripteurs, seconde partie	48
Tableau 8 : Etude des freins à la prescription.	50
Tableau 9 : Evaluation des aides souhaitées pour la prescription de MSO.....	52

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AuRA : Auvergne-Rhône-Alpes

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMG : Collège de Médecine Générale

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

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux, 5^e édition

DU : Diplôme d'Université

FST : Formation Spécialisées Transversales

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : infirmière diplômée d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MG : médecins généralistes

MSO : médicament de substitution aux opioïdes

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

PDO : patient dépendant aux opioïdes

TUO : trouble de l'usage des opioïdes

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

RÉSUMÉ

Introduction :

Le nombre d'overdoses impliquant des opioïdes ayant tendance à augmenter actuellement, le traitement du trouble de l'usage des opioïdes (TUO) constitue un enjeu de santé publique pour lequel les médecins généralistes (MG) sont en première ligne. Le seul médicament de substitution aux opioïdes (MSO) qu'ils peuvent prescrire est la buprénorphine, qui est un médicament efficace et peu risqué, cependant son utilisation diminue progressivement depuis une dizaine d'années au profit de la méthadone, introduite en centre spécialisé. Nous avons cherché à comprendre pourquoi en réalisant une enquête auprès des MG en région Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA) afin de connaître le pourcentage de MG inducteurs du traitement, leur mode d'utilisation, les freins à cette prescription et les solutions souhaitées.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale, basée sur un questionnaire informatisé adressé par mail à un échantillon de médecins généralistes en région AuRA.

Résultats :

Sur les 1180 médecins présélectionnés, nous avons envoyé un mail à 490 médecins et reçu 172 réponses. 11% des MG avaient déjà initié eux-mêmes un traitement substitutif par buprénorphine. Les analyses bivariées ont montré que cette prescription était significativement associée au genre masculin, à la formation et au suivi des patients sous MSO. Leur protocole d'induction était proche des dernières recommandations de la HAS. 12% des MG avaient déjà refusé d'initier le traitement, les 77% restants n'avaient jamais été confrontés à cette situation ; parmi eux 19% feraient la primo-prescription eux-mêmes et 58% refuseraient de la faire.

Les freins majeurs relevés par les médecins non-inducteurs étaient le manque de formation (76%) ainsi que le sentiment d'isolement dans cette prise en charge complexe (66%). Vient ensuite le fait qu'il y ait peu de demandes de la part des patients (45%) et de trouver la prise en charge trop complexe pour la médecine générale (40%). De manière concordante, les aides les plus demandées étaient une disponibilité par mail ou téléphoniques d'addictologues (68%), des possibilités de formation (56%) et un site web d'aide à la prescription (55%).

Conclusion :

Notre étude retrouve un nombre de médecins généralistes initiateurs de MSO en région AuRA plus faible que les études précédentes, réalisées dans d'autres populations. Ce sont des freins objectifs qui apparaissent, moins attachés aux fantasmes entourant les usagers, et cohérents avec les solutions désirées. Celles-ci invitent à la mise en œuvre d'améliorations concrètes, qui permettraient de maintenir l'implication des MG dans le traitement du TUO.

INTRODUCTION

Les médecins généralistes sont en première ligne pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des patients souffrant d'addiction.

Le nombre de décès par surdose de médicaments ou substances a nettement augmenté ces dernières années, les opioïdes étant les substances le plus souvent impliquées (1).

Il est recommandé d'utiliser un médicament de substitution (MSO) pour la prise en charge d'une addiction aux opioïdes. Il existe deux MSO : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). La buprénorphine est le seul à pouvoir être initié par le médecin généraliste.

Le nombre de patients traités par MSO est plutôt stable ces 10 dernières années mais nous assistons à une diminution régulière des chiffres de vente de la buprénorphine par rapport à la méthadone (2) alors que la buprénorphine est plus simple d'utilisation, efficace et moins risquée. Devons-nous en conclure que les médecins généralistes s'investissent moins dans la prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes (TUO) ?

La plupart des médecins généralistes acceptent de renouveler les MSO : en effet la moitié d'entre eux déclarent avoir renouvelé un MSO dans le mois (3). En revanche, seule une minorité d'entre eux réalisent l'introduction du traitement (4), étape complexe et pourtant clé pour la suite de la prise en charge.

Une étude réalisée auprès des médecins généralistes de Bretagne en 2018 montrait que seulement 19% d'entre eux réalisait eux-mêmes l'initiation du MSO (5). Nous chercherons à définir ce pourcentage en région Auvergne-Rhône-Alpes. En parallèle, nous comparerons leurs pratiques aux dernières recommandations de la HAS de 2022.

Nous tenterons de mieux comprendre les difficultés des MG ne réalisant pas eux-mêmes l'initiation du traitement, en nous appuyant sur les hypothèses d'études qualitatives sur la prise en charge du TUO en médecine générale.

Nous explorerons enfin les modalités d'aide qui pourraient leur être utile pour la prescription des MSO.

1. Contexte

1.1. Historique

Les opioïdes sont les substances dont les effets se rapprochent de ceux de l'opium en stimulant les récepteurs opiacés. Ils sont soit synthétiques comme le fentanyl ou le tramadol, soit naturels comme l'héroïne ou la morphine, alors appelés opiacés. Ils ont des propriétés antalgiques, mais également euphorisantes et apaisantes qui les rendent facilement addictifs. (6)

L'arrivée des traitements de substitution aux opioïdes en France et en Europe a fait suite à une augmentation importante du nombre d'intoxications à l'héroïne puis la découverte de maladies infectieuses transmises par le sang comme le VIH et l'hépatite C en lien avec le partage de seringues. Ces pathologies qui ne touchaient initialement que certaines populations marginales, présentaient le risque de se propager en population générale.

La France a accordé l'autorisation de mise sur le marché (AMM), pour le trouble d'usage des opiacés, à la méthadone en 1995, pour une primo-prescription uniquement hospitalière, puis elle a été le premier pays à l'accorder à la buprénorphine dans cette indication, en 1996, en médecine de ville. Cette ouverture du droit à prescrire le traitement en ville s'est traduite par une hausse rapide du nombre de patients bénéficiaires d'un MSO grâce à l'implication importante des médecins généralistes. (3)

L'utilisation des MSO a contribué à favoriser l'accès aux soins, à améliorer la situation sociale des patients et à réduire la mortalité et morbidité liées aux opioïdes. Le nombre de décès par surdoses d'héroïne a été divisé par 5 entre 1994 et 2002. (7) Ces effets sur la santé publique montrent l'intérêt du modèle français.

Ces vingt dernières années, l'exposition aux antalgiques opioïdes a contribué à une nouvelle augmentation des cas d'intoxication aux opioïdes. En effet, en 2015, 10 millions de français (17,1%) ont reçu un antalgique opioïde sur prescription, avec en première place le tramadol, suivi de la codéine puis de la poudre d'opium, et ensuite la morphine. (8)

Le nombre d'hospitalisations et de décès par intoxication à des substances illicites ou des médicaments augmente chaque année, **les opioïdes sont la cause d'au moins 64% des décès**

et impliqués (au moins un opioïde retrouvé) dans **85% des décès**, si on se rapporte aux chiffres du dernier rapport de l'enquête DRAMES de 2021, les opioïdes licites étant majoritairement impliqués par rapport à l'héroïne. La consommation de méthadone entraîne un risque d'intoxication bien supérieur à celui de la buprénorphine et le taux de décès (nombre de décès pour 1000 sujets exposés) est **7 fois plus élevé**. (1) Ceci justifierait que la BHD reste le MSO le plus prescrit, pourtant nous assistons à une évolution inverse.

Si nous nous intéressons de plus près à l'évolution de la consommation des MSO, nous remarquons une augmentation très rapide de l'utilisation de BHD suite à l'AMM, face à une augmentation plus progressive de la méthadone dont les modalités de prescription sont plus restrictives. La prescription de cette dernière à continuer de progresser suite à la conférence de consensus de 2004 prônant l'utilisation de la méthadone, puis l'introduction de la forme gélule en 2008. En revanche, nous assistons depuis 2015 à une **diminution progressive** des chiffres de vente de la buprénorphine malgré la commercialisation sous de nouvelles formes (Figure 1).

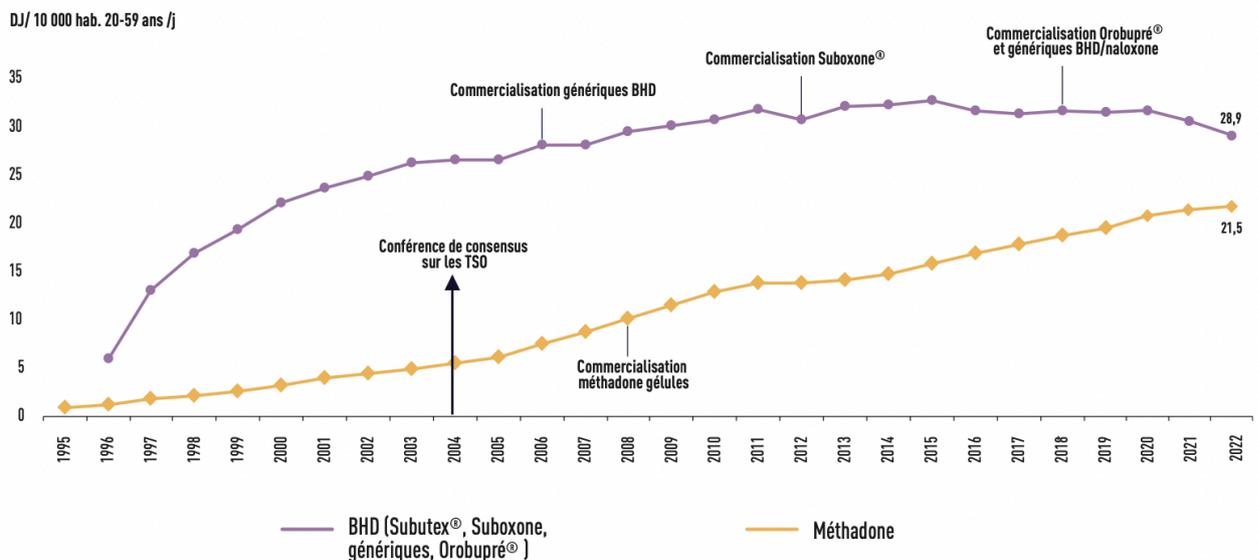


Figure 1 : Consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2022 (dose journalière pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans par jour) (2)

1.2. Prévalence et répartition des usagers

Les usagers d'opioïdes peuvent être classés de différentes manières.

Les **expérimentateurs** sont caractérisés par un usage très ponctuel voire exceptionnel. Ils sont estimés par l’OFDT à 500 000 individus entre 11 et 75 ans en France en 2017. (9)

Le terme “**usagers problématiques d’opioïdes**” est utilisé par l’OFDT dans la plupart de ses rapports pour qualifier les usagers d’opioïdes par injection, de longue durée ou régulier.

En 2020, ils sont estimés en France métropolitaine à environ 220 000 individus entre 15 et 64 ans, traités ou non par MSO (10).

Le nombre de patients dépendants aux opioïdes (PDO) traités par un MSO est calculé régulièrement grâce aux remboursements de MSO en ville selon les données de l’Assurance Maladie, ainsi que les données des rapports d’activité des CSAPA, hôpitaux et centres pénitentiaires. Leur nombre se stabilise depuis 2019 autour de **180 000**, dont **environ 97 000 traités par buprénorphine** en 2021 (2). La prescription de la buprénorphine est assurée à 80% par les médecins de ville. En 2016, le nombre de premiers remboursements de buprénorphine en ville était de 10 400 (11), en prenant en compte les 5000 initiations réalisées en CSAPA dont 25% délivrés sur place (2), nous pouvons estimer le pourcentage **d’initiation de buprénorphine réalisé par les MG à 65%**.

Le nombre de PDO non traités n’a jamais été directement calculé, mais l’OFDT estime à 87% le taux de couverture par une substitution chez les PDO. La France ferait partie des pays avec la meilleure couverture en MSO. (2)

Concernant la répartition des PDO sur le territoire français, nous pouvons en avoir un aperçu avec la répartition des ventes de MSO en fonction des départements, comme présenté sur la Figure 2 créée grâce au dernier bilan 2023 de l’OFDT (2). Nous observons une concentration des PDO traités par MSO dans le Grand-Est et en Charente-Maritime. Cette carte met également en évidence, comme celles des années précédentes, une faible concentration des PDO en Ile-de-France, en Centre-Val-de-Loire, en Bretagne et en Auvergne-Rhône-Alpes.

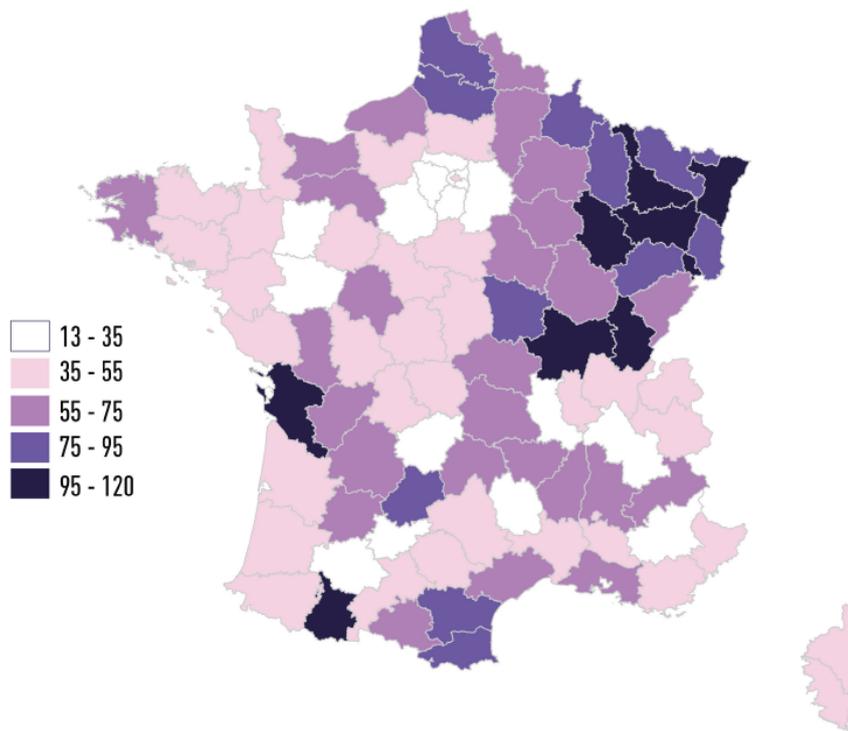


Figure 2 : Ventes de MSO en dose journalière pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans par jour selon les départements en 2022. (2)

Une répartition de l'ensemble des PDO (traités ou non) a été calculée dans une présentation de l'OFDT de 2022 (10). Nous pouvons voir que la région AuRA a une prévalence en PDO la plus basse de France.

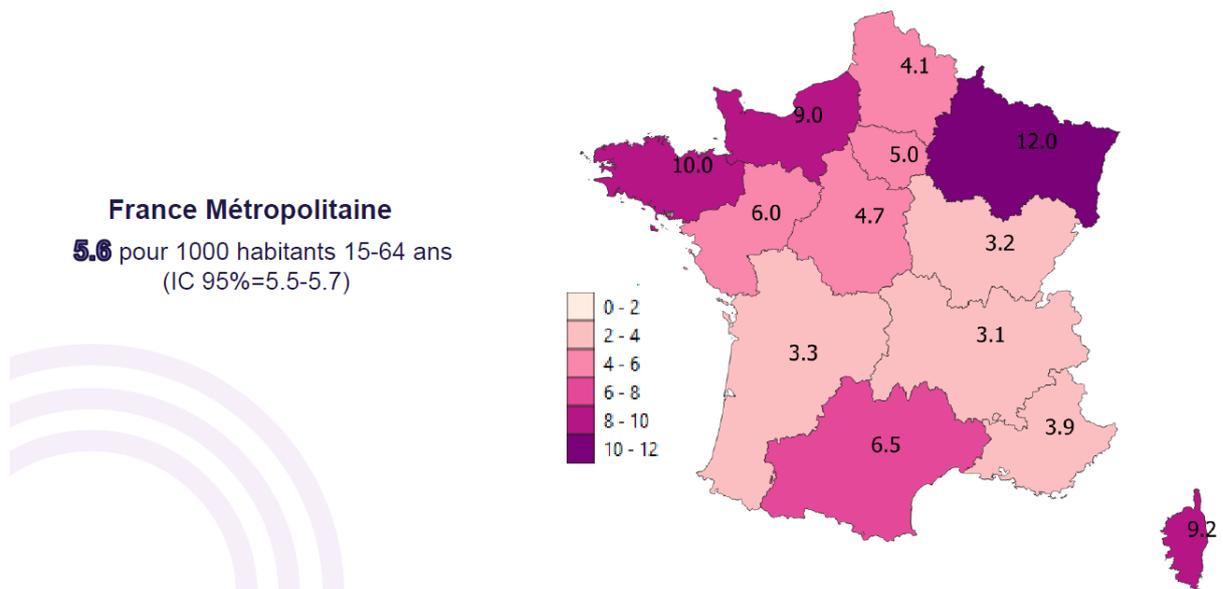


Figure 3 : Prévalence des usagers problématiques d'opioïdes en France métropolitaine en 2022. (10)

Cette présentation ne donne que peu d'explications sur son mode de calcul, mais sa prévalence des PDO totaux en France (5.6 pour 1000 habitants) est très similaire à celle calculée la même année par un autre organisme, l'European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction, qui a mesuré la prévalence des PDO dans les différents pays de l'Europe et qui donne pour la France une densité de 5.06 usagers pour 1000 habitants. (12)

1.3. Le trouble d'usage des opioïdes

1.3.1. Définition

Le trouble de l'usage d'une substance représente un modèle pathologique de comportements dans lequel le patient **continue** à utiliser un produit malgré des **conséquences** importantes (personnelles, familiales ou socioprofessionnelles) en lien avec son utilisation. Il développe un mode de consommation **compulsif** et présente une **perte de contrôle** caractéristique, si bien que les activités quotidiennes tendent à s'organiser autour de l'obtention et de la **consommation** du produit.

Pour le trouble d'usage des opiacés ou opioïdes (TUO), le produit est utilisé sans raison médicale légitime, ou à des doses largement en excès par rapport au motif. (13)

Il est caractérisé par le DSM-5 par la présence d'au moins deux manifestations parmi 11 critères, et classé en trouble léger (2 à 3 critères), moyen (4 à 5 critères) ou grave (6 critères et plus). (Annexe 1)

La HAS a publié en 2022 les recommandations sur le bon usage des médicaments opioïdes, principalement à l'attention des médecins généralistes (14). Elle y actualise ainsi la conférence de consensus de 2004 sur la prise en charge du trouble de l'usage des opioïdes (7). Les nouvelles recommandations sont détaillées afin de faciliter et promouvoir le bon usage des médicaments de substitution dans le cadre du trouble de l'usage des opioïdes. A l'inverse des recommandations de 2004, elle y encourage plutôt l'utilisation de la buprénorphine quand la situation est possible, car moins à risque de surdose.

Elle rappelle également que la prévention des TUO débute par l'application des règles strictes de prescription des médicaments opioïdes.

Le collège de Médecine Générale (CMG) a récemment publié des fiches pratiques également à l'attention des MG, concernant le repérage et le traitement des principales addictions, avec notamment une fiche pratique sur l'utilisation des traitements de substitution aux opioïdes. (Annexe 2) (15).

1.3.2. Traitement de substitution

Il est recommandé de prendre en charge les patients atteints de TUO en soins de première ligne, avec coordination vers des structures spécialisées si nécessaire. (14)

L'évaluation initiale du patient est primordiale et doit permettre de rechercher d'éventuelles comorbidités somatiques ou psychiatriques, des troubles de l'usage de substances passés ou actuelles, ainsi que d'évaluer sa situation sociale, psychologique et environnementale. Il est important de rechercher et d'évaluer de manière attentive de potentielles douleurs associées, afin de les traiter au préalable. Tous ces éléments pouvant participer à aggraver un TUO existant.

Quel que soit le morphinique utilisé (illicite ou médicamenteux), le sevrage aigu sans substitution n'est pas recommandé car associé à un risque très élevé de rechute (>95%) et un risque élevé de morbi-mortalité par overdose par perte de tolérance. Un sevrage progressif peut être proposé dans les troubles de l'usage des antalgiques opioïdes. (16)

Les MSO, d'autant plus s'ils sont associés à une prise en charge psychologique et sociale, ont prouvé leur efficacité en permettant une réduction de l'usage des morphiniques problématiques, en réduisant la mortalité par overdose, les contaminations par le VIH et les hépatites et en participant à restaurer l'autonomie et l'intégration des sujets dans la société, et à améliorer leur qualité de vie. (17)

En France, les deux traitements disponibles sont la méthadone et la buprénorphine. L'un ou l'autre sera préféré en fonction de la demande du patient, de ses antécédents et comorbidités, de la présence éventuelle de douleurs importantes, de son état psychique, de son environnement social ou encore du risque de mésusage ou détournement. (16) Le traitement par buprénorphine est possiblement initié par le médecin généraliste, contrairement au traitement par méthadone,

qui doit être initié par un médecin hospitalier ou en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Nous pouvons décomposer le traitement en trois étapes (14) :

- L'induction : elle se déroule sur une période courte (quelques semaines), le but étant de trouver la posologie optimale pour le patient, c'est à dire la dose permettant d'arrêter l'usage de l'opioïde problématique. Le traitement doit être augmenté dans un premier temps pour contrôler les symptômes de sevrage, puis pour limiter le "*craving*" (envie de consommer). Augmenter encore la posologie permet d'agir sur les comorbidités psychiatriques comme l'anxiété ou les troubles du sommeil. (18)
- L'entretien : stabilisation de la posologie pendant un certain temps (plusieurs mois voire années), le traitement doit être pris de manière bien régulière pendant une période adaptée à chaque patient. Des adaptations de la posologie peuvent avoir lieu en fonction de son état psychique.
- Le sevrage : diminution progressive sur plusieurs mois voire années. Après une période de stabilisation jugée satisfaisante, si le patient le désire et que son évaluation clinique le permet, il est possible d'entamer une diminution progressive par paliers avec réévaluation clinique avant chaque diminution, cela jusqu'à arrêt complet du traitement. (19)

L'instauration du traitement ne doit pas se faire dans l'urgence, il est important de définir avec le patient ses objectifs thérapeutiques et de s'assurer de la bonne compréhension des conditions d'utilisation et de délivrance du traitement, des bénéfices attendus sous traitement bien conduit ainsi que des risques en cas d'inobservance ou mésusage.

Les recommandations de la HAS de 2022 précisent plusieurs points dans le cadre de l'initiation d'un traitement de substitution (14) :

- La réalisation d'un test urinaire est obligatoire avant l'initiation de méthadone et recommandée avant l'initiation de buprénorphine, afin de rechercher une consommation d'opioïdes, avant la mise en place du traitement. Elle peut aussi permettre de vérifier l'exposition au traitement pendant le suivi.
- Compte tenu des comorbidités, des prises de risques et des potentiels traitements associés, un bilan sanguin initial est recommandé avec NFS, iono, bilan hépatique et rénale et bilan infectieux.

- Un ECG avec calcul du QT est recommandé dans le même cadre, et parce que le traitement par méthadone peut entraîner un allongement du QT.

Il est recommandé de prescrire ou délivrer un « kit naloxone prêt à l'emploi » aux patients à risque de surdose et si possible à leur entourage.

Les trois signes cliniques de la surdose d'opioïdes, ou « triade de l'overdose aux opioïdes » sont : myosis, inconscience et dépression respiratoire.

Un accompagnement par des groupes d'entraides ou autosupports (ex : narcotiques anonymes, liens internet d'informations) peut aider le patient en complément du traitement.

1.3.3. La buprénorphine

De par son action agoniste partielle et sa forte affinité aux récepteurs, le traitement par buprénorphine ne peut être utilisé que si l'objectif du patient consiste en un arrêt complet de sa consommation d'opioïdes. En effet, en cas d'utilisation couplée avec d'autres opioïdes, il risque d'entraîner des symptômes de sevrage. En cela, l'initiation du traitement nécessite une certaine connaissance de la molécule et de la sémiologie du sevrage en opioïde. Aussi, elle constitue une étape clé car il a été démontré qu'une induction bien réussie, c'est-à-dire bien vécue par le patient, conditionne le bon maintien de celui-ci dans sa prise en charge. (20)

Enfin, sa prescription est soumise aux règles de prescription des stupéfiants et nécessite donc d'en connaître les formes.

Il existe plusieurs formes de buprénorphine haut dosage :

- La buprénorphine en comprimé sublingual, SUBUTEX® ou générique. Le comprimé doit être laissé sous la langue une dizaine de minutes pour être bien absorbé. Les dosages des comprimés vont de 0,4 à 8 mg. Il existe également le TEMGESIC® en comprimé sublingual à 0,2 mg qui n'a pas l'AMM dans le trouble de l'usage mais dans la prise en charge de la douleur.

Il est recommandé d'initier le traitement entre 4 et 8 mg le premier jour, et d'augmenter par paliers de 2 à 8 mg/jour jusqu'à un maximum de 24 mg/jour. (14)

- La buprénorphine associée à la naloxone en comprimé sublingual, ou SUBOXONE®, est indiqué surtout pour éviter les mésusages et détournements du traitement par

buprénorphine. En effet, dans ce comprimé, l'antagoniste morphinique qu'est la naloxone est inactif par voie sublinguale, mais agit par voie intraveineuse, rendant donc inefficace la SUBOXONE® si le patient en détourne l'usage en se l'injectant. Les posologies et modalités d'adaptation du traitement sont les mêmes que la buprénorphine sublinguale seule.

- La buprénorphine en lyophilisat oral, ou OROBUPRE®, permettant une dissolution plus rapide du médicament dans la bouche, ce qui est parfois mieux accepté par le patient. Les modalités d'initiation du traitement sont les mêmes mais la dose maximum recommandée est de 18 mg/jour.

Il existe désormais en France deux nouvelles formes de traitement par buprénorphine à libération prolongée, dont l'utilisation peut permettre des améliorations du confort et de la sécurité du patient (21) :

- La buprénorphine en injection sous-cutanée hebdomadaire ou mensuelle à libération prolongée, dont il existe 2 spécialités : le SUBLOCADE®, moins connu que le BUVIDAL®, ayant reçu l'AMM en 2018. Il a commencé à être commercialisé en juillet 2021, son utilisation se généralise partout en France et les premiers résultats notamment sur la qualité de vie des patients semblent prometteurs.
- L'implant sous-cutané pour une durée de 6 mois, SIXMO®, assez peu utilisé car il doit être posé et retiré chirurgicalement. Il est commercialisé depuis septembre 2022.

La prescription de ces deux traitements est pour le moment réservée aux médecins exerçant en CSAPA et aux médecins hospitaliers.

1.4. Acteurs de la prise en charge

1.4.1. Réseau d'addictologie

L'offre de soins en addictologie se compose d'une part des intervenants de proximité avec le médecin généraliste, et le pharmacien sur lequel il peut s'appuyer pour communiquer sur l'observance du traitement et organiser sa délivrance. La pharmacie doit d'ailleurs être mentionnée sur l'ordonnance et au mieux contactée avant la mise en place d'un traitement.

Elle se compose d'autre part de structures spécialisées dans la prise en charge des addictions,

avec les **Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**, structures pluridisciplinaires ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes souffrant d'addiction, et les **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD)**, centres d'accueil, d'information, de conseil et de soutien aux usagers. Ces structures sur lesquelles doivent pouvoir s'appuyer les médecins généralistes, n'ont ni la capacité, ni la vocation à prendre en charge tous les patients souffrant d'addiction.

Des acteurs hospitaliers entrent également en jeu dans la prise en charge des addictions, avec les services prenant en charge des sevrages, des hôpitaux de jour et les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), qui se déplacent dans les différents services de l'hôpital. Enfin nous pouvons ajouter d'autres acteurs comme les communautés thérapeutiques, les associations et groupe d'entraides pour les usagers.

Il existe également des **réseaux de santé**, généralement financés par les Agences Régionales de Santé, qui ont pour objectifs de favoriser l'accès aux soins et le suivi pluridisciplinaire des patients, et de mobiliser et soutenir les professionnels de santé libéraux.

1.4.2. Rôle central du médecin généraliste

Le médecin généraliste (MG) occupe une place centrale dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des addictions car il est en première ligne, et souvent le seul accès aux soins de ces patients. De plus, en tant que médecin traitant, il a la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage.

Globalement, la prise en charge des addictions en médecine générale est très inégale (3). Le repérage de conduites addictives est plus souvent mis en œuvre de manière systématique et régulière pour le tabagisme (66%), que pour la consommation d'alcool (43%) ou celle de cannabis (24%) et autres produits illicites. (22) Certaines études révèlent des profils de médecins plus impliqués dans la prise en charge des addictions. Ils ont en général reçu une formation spécifique en addictologie, utilisent des techniques de communication basées sur l'écoute, ils ne sont pas influencés par des jugements moraux et considèrent l'addiction comme une maladie chronique. Enfin il se sentent soutenus et estiment avoir une facilité d'accès à un réseau d'addictologie. (23)

En ce qui concerne l'addiction aux opioïdes, les chiffres de prescription de MSO par les médecins de villes (cités précédemment) illustrent une implication importante des MG dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Cependant, elle n'est pas homogène : selon les données de 2009, 51% des MG avait vu moins de 1 patient sous MSO dans le mois, alors que 5% d'entre eux en avait vu 10 ou plus. Les médecins prenant en charge les PDO seraient plutôt des hommes, exerçant dans des cabinets de groupe et participant plus souvent à un réseau de toxicomanie. (3)

Selon une étude récente sur la France entière, une majorité des MG (66%) déclarent prescrire des MSO, 45% effectuent uniquement des renouvellements et 21% déclarent initier le traitement. (22)

Plusieurs études révèlent les freins à la prise en charge des patients présentant un trouble d'usage des opioïdes par les médecins généralistes. Nous pouvons citer le **manque de formation**, le **manque de temps**, l'impression que la **situation est trop complexe** pour un suivi en ville avec un **sentiment d'isolement**, ou encore la **mauvaise image** portée à l'égard des patients souffrant d'addiction. (24) (25) (26)

Comme expliqué plus haut, l'introduction du MSO est une étape clé qui nécessite une bonne connaissance de la pathologie. La thèse de Doré de 2018 (5), chez les médecins généralistes bretons, fut l'une des premières à s'y intéresser. Elle révèle un petit pourcentage de médecins initiant le traitement en Bretagne (19%) et que la formation des MG à l'addictologie est un point déterminant dans l'introduction ou non du traitement.

Nous pensons que des difficultés rencontrées par les MG pour l'initiation du traitement par buprénorphine sont une des causes de la diminution de prescription de celle-ci ces dernières années. Nous nous sommes intéressés à cette étape précise dans notre étude en région Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA).

1.5. Objectif de notre étude

Notre hypothèse est qu'il existe des difficultés à l'initiation du traitement par les médecins généralistes à l'échelle nationale, nous pensons par conséquent retrouver un petit pourcentage de médecins initiateurs en région AuRA à l'instar de l'étude en Bretagne, et nous tenterons de préciser ces difficultés.

Cette thèse explore donc l'initiation d'un traitement par buprénorphine par les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes :

- son but premier est de **déterminer la proportion de médecins initiant la prescription** dans la région, ainsi que la proportion de ceux qui ne souhaitent pas l'initier, et d'en définir leurs caractéristiques. En nous appuyant sur les résultats de la thèse de Doré de 2018 en Bretagne (5), nous partons de l'hypothèse qu'une part conséquente de médecins n'a jamais été confronté à cette situation : nous les séparerons donc en primo-prescripteurs "potentiels" et non-primo-prescripteurs "potentiels" en fonction de ce qu'ils auraient fait s'ils y avaient été confrontés ;
- nous allons **analyser les modalités de prescription** des médecins inducteurs de MSO et les comparer aux dernières recommandations de la HAS (12) ;
- pour les médecins non-prescripteurs de buprénorphine, nous reprendrons les **différents freins** mis en lumière dans les études qualitatives qui ont été faites sur les troubles de l'usage des opioïdes, et chercherons à savoir dans quelle proportion nous les retrouvons dans cette population ;
- de la même manière, après avoir repris les **différentes aides** proposées dans les études qualitatives faites sur le sujet, nous allons déterminer la proportion de médecins intéressés par ces aides.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale, descriptive, basée sur un questionnaire informatisé adressé par mail à un échantillon de médecins généralistes en région Auvergne-Rhône-Alpes.

2. Population de l'étude

2.1. Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, il faut être un médecin généraliste, avoir une activité libérale et exercer en région Auvergne-Rhône-Alpes.

2.2. Critères d'exclusion

Sont exclus de l'échantillon les sujets ayant une activité spécialisée majoritaire quelle qu'elle soit (urgences, gynécologie, pédiatrie, addictologie...). Le but est de limiter un biais dû à une patientèle non représentative de la population générale.

2.3. Nombre de sujets nécessaires

Pour cette étude quantitative descriptive concernant les professionnels de santé, il n'est pas nécessaire de définir un nombre de sujets nécessaires (NSN), car nous n'avons pas de différence minimale statistiquement significative à mettre en évidence avec un groupe contrôle. Le plus important est d'avoir un échantillon représentatif de la population pour pouvoir extrapoler les résultats.

Néanmoins, dans l'optique de se faire une idée théorique de la taille de l'échantillon, nous souhaitons quand même estimer le NSN en utilisant la formule de l'échantillonnage probabiliste, en prenant la plus mauvaise hypothèse de survenue de l'événement ($p = 50\%$) :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

n : taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement avec un niveau de risque fixé,

t : coefficient de marge déduit du niveau de confiance à 95% (valeur type 1,96)

p : probabilité de réalisation de l'évènement

e : la marge d'erreur définie à 5%

Le résultat est 384.

Nous nous fixons donc comme objectif d'approcher 384 réponses complètes au questionnaire.

2.4. Protocole d'échantillonnage

En nous basant sur le taux de réponses de deux études avec les mêmes techniques de diffusion de questionnaire que ce que nous prévoyons de faire, nous espérons 30% de réponses complètes à notre questionnaire. Pour atteindre notre objectif de 384 réponses, nous devons donc sélectionner environ 1300 médecins généralistes à contacter par téléphone.

Nous nous basons sur la liste de tous les médecins exerçant en région AuRA de l'ARS (répertoire des RPPS du 16/02/2022), et nous sélectionnons :

- les médecins généralistes
- ayant un mode d'exercice Libéral
- et n'ayant pas de savoir-faire complémentaire particulier

Nous arrivons à un total de 6383 médecins.

Afin d'assurer la représentativité de notre échantillon par rapport à la population d'étude, nous décidons de trier les professionnels par département d'exercice et par ordre croissant de numéro RPPS (afin de remarquer plus facilement d'éventuels doublons). Nous sélectionnons dans cette liste de manière régulière 1 médecin sur 5. En enlevant les doublons nous aboutissons à 1188 médecins sélectionnés dans notre échantillon.

3. Critères de jugement

3.1. Critère de jugement principal

Proportion de médecins généralistes libéraux réalisant eux-mêmes l'initiation du traitement par buprénorphine dans le cadre du trouble d'usage des opioïdes, et analyse de leurs caractéristiques.

3.2. Critères de jugement secondaires

- Analyse des modalités de primo-prescription du traitement par buprénorphine par les médecins généralistes réalisant eux-mêmes l'initiation du traitement.
- Fréquence des freins connus à la primo-prescription de la buprénorphine par les médecins généralistes non primo-prescripteurs dans la prise en charge des PDO.
- Modalités d'aides qui pourraient être utiles aux médecins généralistes pour la prescription de la buprénorphine.

4. Description du questionnaire

Le questionnaire a été réfléchi par les deux internes en collaboration avec le Dr Jenny. Il a été mis en forme grâce au logiciel LimeSurvey, les réponses ont été anonymisées automatiquement. Il a été testé au préalable par 12 médecins généralistes, certains sélectionnés au hasard dans la liste des médecins généralistes exerçant en région AuRA, et d'autres étant des connaissances, afin d'avoir un retour sur d'éventuelles améliorations à faire.

Quelques modifications ont été faites suite aux commentaires des médecins testeurs.

Il comporte 5 parties :

- La première question cherche à définir la proportion de médecins généralistes réalisant eux-mêmes l'induction du traitement : elle définit 4 catégories possibles :
 - le médecin réalisant lui-même l'induction que nous appellerons "prescripteur actuel" ;
 - le médecin prêt à le réaliser lui-même si la situation se présentait : le "prescripteur potentiel" ;

- le médecin refusant de la réaliser lui-même alors que la situation s’est présentée : nous l’appellerons le “non-prescripteur actuel” ;
 - le médecin qui n’a pas été exposé à cette situation, mais qui refuserait de la faire si elle se présentait : nous l’appellerons le “non-prescripteur potentiel”.
-
- La deuxième partie cherche à étudier les modalités de prescription des médecins réalisant l’induction du traitement, donc uniquement les prescripteurs. Elle comporte 8 questions et a été élaborée à l’aide des recommandations de 2022 sur le bon usage des médicaments opioïdes.
 - La troisième partie cherche à étudier les freins à la prescription et leur fréquence dans la population des non-prescripteurs (actuels et potentiels). Elle comporte une seule question à choix multiples, avec 17 choix possibles et une réponse libre “autre”, sans limite de nombre de réponses par répondeur. En effet, après une revue de la littérature des études qualitatives sur le sujet, nous avons relevé tous les freins en lien avec la prise en charge des PDO, les avons réorganisés pour une question de visibilité, et les avons présentés dans le questionnaire sous la forme d’une liste d’items pour évaluer leur fréquence dans notre population.
 - La quatrième partie cherche à étudier les aides qui seraient le plus utiles aux médecins généralistes pour la prescription du traitement, elle concerne tous les répondants au questionnaire. Elle comporte deux questions : la première recherche sur une échelle de 0 à 10 le soutien qui serait nécessaire aux médecins pour réaliser l’induction du traitement. La deuxième cherche à définir le type d’aide qui pourrait leur être utile, c’est une réponse à choix multiples sans limite de réponses, avec une réponse libre “autre”. Nous nous sommes appuyées sur les aides utilisées habituellement par les MG dans leur exercice.
 - La cinquième partie explore les caractéristiques des médecins répondant à l’enquête. Elle comporte 8 questions dont 6 sur les caractéristiques propres du médecin et son exercice de la médecine, 1 sur sa formation en addictologie et 1 sur son suivi éventuel de patient sous MSO.

Le questionnaire final est disponible en Annexe 3.

5. Diffusion du questionnaire

Afin de recueillir le plus grand taux de réponses possible et de limiter les biais de sélection, nous effectuons la diffusion du questionnaire nous-mêmes par mail, de juillet 2023 à décembre 2023.

- Première étape : contact téléphonique des médecins généralistes de l'échantillon pour demander leur accord pour la participation à notre étude, vérifier l'absence de critère d'exclusion et récupérer leur adresse mail sur laquelle envoyer le lien pour le questionnaire.
- Deuxième étape : envoi du lien du questionnaire par mail grâce au logiciel LimeSurvey.
- Troisième étape : 2 relances à 2 semaines d'intervalle si aucune réponse n'a été reçue.

6. Analyse statistique des données

Nous nous sommes appuyées sur l'aide de statisticiens de l'entreprise *Stat Etudes* pour l'analyse des données de réponse au questionnaire.

Toutes les réponses du questionnaire sont soumises à une analyse purement descriptive en pourcentages et effectifs.

En complément, une analyse bivariée a été faite pour croiser les caractéristiques de notre échantillon avec le fait d'initier, ou non, la prescription de MSO, et de mettre en évidence une éventuelle association.

Pour cette analyse, nous avons choisi de regrouper les "non-prescripteurs actuels" et les "non-prescripteurs potentiels" en un seul groupe nommé "non-prescripteurs". Il nous semble pertinent de bien les différencier des "prescripteurs potentiels", qui se disent prêts à initier un MSO si la situation se présente.

Les tests de différence utilisés sont les suivants :

- Le test de Wilcoxon-Man-Whitney lorsque la variable comparée selon la prescription de MSO est quantitative ;
- Le test de Kruskal-Wallis lorsque la variable comparée est quantitative et qu'il y a plus de deux échantillons de comparaison (deux modalités de réponse concernant la prescription) ;

- Le test du Chi2 pour les variables qualitatives.

L'hypothèse nulle H_0 est celle de l'absence de différence significative entre les deux variables.

Le seuil de significativité du test, dit risque de 1^{ère} espèce ou "risque alpha", est fixé à 5%.

RÉSULTATS

1. Diagramme de flux

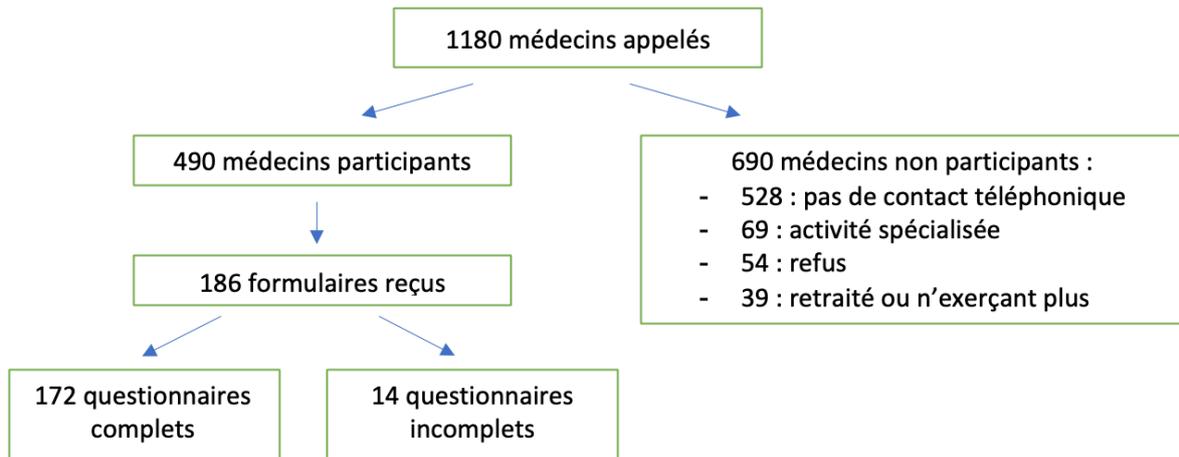


Figure 4 : Diagramme de flux de la diffusion du questionnaire.

Le questionnaire informatisé a pu être envoyé à 490 médecins sur les 1180 présélectionnés initialement.

690 médecins présélectionnés n'ont pas participé à l'étude :

- 528 parce qu'aucun contact téléphonique n'a été possible malgré plusieurs tentatives de notre part ;
- 69 ont été exclus car ils avaient une activité spécialisée non connue initialement ;
- 54 ont refusé de participer à l'étude ;
- 39 étaient retraités ou n'exerçaient plus dans le cabinet.

Sur ces 490 participants nous avons reçu 172 réponses analysables, soit 35% de réponses.

2. Caractéristiques de la population

L'analyse descriptive des répondants au questionnaire est résumée dans les Tableaux 1 et 2 ci-dessous.

Elle met en évidence une légère surreprésentation des femmes (58,7%), ainsi qu'une prédominance de la tranche d'âge des 35-50 ans (55,2%). Le milieu rural est sous-représenté (14%). Les départements d'exercice les plus représentés sont le Rhône (25,6%), l'Isère (15,7%),

la Savoie (12,8%) et la Loire (11%). Concernant le nombre d'années d'expérience, la moyenne comme la médiane sont calculées à 13 ans.

La majorité des répondants (63,4%) suivent plusieurs patients ayant un MSO sur la dernière année, la plupart entre 1 et 5 patients. 36,7% n'en suivent aucun.

56% des répondants n'ont aucune formation en addictologie, et 49% ont une formation limitée à un stage en externat, ou en internat, ou à une petite formation type DPC, ou à des discussions en groupes de pair.

3 répondants (1.7%) travaillent en lien avec un réseau d'addictologie.

Caractéristiques de la population		Effectif = 172
Sexe, n (%)		
Femme		101 (58,7%)
Homme		70 (40,7%)
Autre		1 (0,6%)
Tranche d'âge, n (%)		
< 35 ans		36 (20,9%)
35-50 ans		95 (55,2%)
50-60 ans		22 (12,8%)
> 60 ans		19 (11,0%)
Milieu d'exercice majoritaire, n (%)		
Cabinet de station		4 (2,3%)
Rural		24 (14,0%)
Semi-rural		80 (46,5%)
Urbain		64 (37,2%)
Département d'exercice majoritaire, n (%)		
Ain (01)		5 (2,9%)
Allier (03)		6 (3,5%)
Ardèche (07)		3 (1,7%)
Drôme (26)		8 (4,7%)
Haute-Loire (43)		8 (4,7%)
Haute-Savoie (74)		17 (9,9%)
Isère (38)		27 (15,7%)
Loire (42)		19 (11,0%)
Puy-de-Dôme (63)		13 (7,6%)
Rhône (69)		44 (25,6%)
Savoie (73)		22 (12,8%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.

Caractéristiques de la population		Effectif = 172
Situation, n (%)		
médecin généraliste installé		166 (96,5%)
médecin généraliste remplaçant		5 (2,9%)
autre		1 (0,6%)
Nombre d'années d'expérience en tant que MG, Moyenne (ET)		13,0 (9,6 %)
Formation reçue en addictologie		
Aucune, n (%)		97 (56,4%)
Stage clinique en internat ou externat, n (%)		34 (19,8%)
Formation théorique, continue, DPC, en groupe Balint ou en groupe de paires, n (%)		51 (29,7%)
DU, DIU, DESC, Capacité ou FST, n (%)		2 (1,2%)
Affiliation à un réseau d'addictologie, n (%)		3 (1,7%)
Suivez-vous actuellement des patients ayant un MSO, n (%)		
Non, aucun car je refuse le suivi de ces patients		8 (4,7%)
Non, aucun car la situation ne s'est pas présentée		55 (32,0%)
Oui, entre 1 et 5 sur la dernière année		84 (48,8%)
Oui, entre 5 et 10 sur la dernière année		18 (10,5%)
Oui, >10 sur la dernière année		7 (4,1%)

Tableau 2 : Caractéristiques de la population - suite.

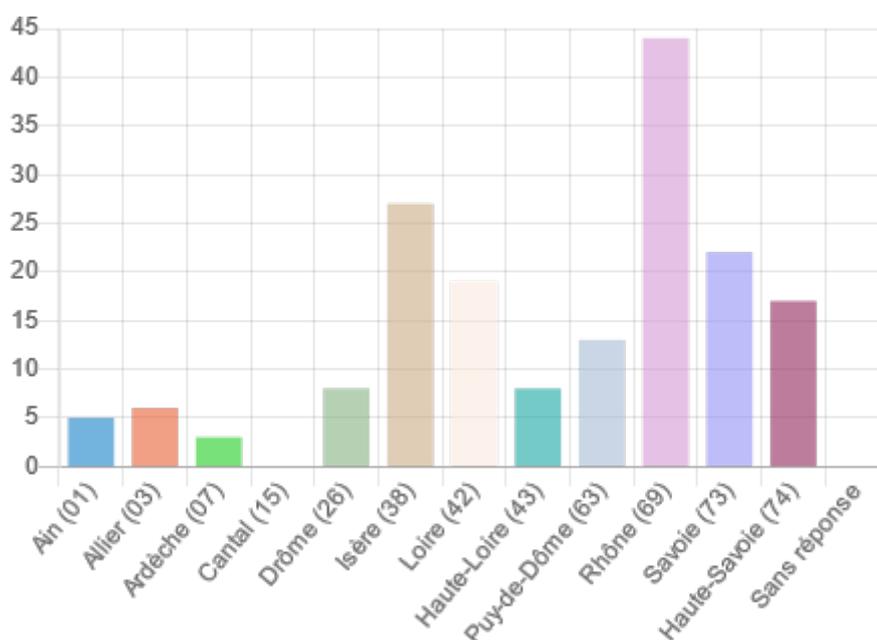


Figure 5 : Répartition des répondants selon les départements d'exercice en ordonnées : nombre de participants).

3. Résultat des analyses en lien avec l'objectif principal

3.1. Évaluation du nombre de prescripteurs

Sur les 172 répondants :

- 19 (11%) ont déjà initié un MSO chez un patient en demande de soins : ils correspondent aux "prescripteurs" (P).
- 153 (89%) n'en ont jamais initié :
 - 21 (12,2%) ont été confrontés à la situation et ont refusé la primo-prescription : les "non-prescripteurs actuels" (NPA) ;
 - 100 (58,1%) n'ont jamais été confrontés à la situation mais refuseraient si elle se présentait : les "non-prescripteurs potentiels" (NPP) ;
 - 32 (18,6%) n'ont pas été confrontés à la situation mais se disent prêts à initier un MSO si elle se présentait : les "prescripteurs potentiels" (PP).

En additionnant les NPA aux NPP, nous obtenons 121 "non-prescripteurs" (NP) soit 70% de l'effectif total.

Prescription de médicament de substitution aux opiacés	Effectif = 172
Avez-vous déjà prescrit un MSO, n (%)	
Non	153 (89,0%)
Oui	19 (11,0%)
Avez-vous déjà prescrit un MSO, n (%)	
Non, la situation ne s'est pas présentée et si elle se présentait, je refuserais de faire moi-même la primo-prescription	100 (58,1%)
Non, la situation ne s'est pas présentée mais si elle se présentait, je ferais la primo-prescription	32 (18,6%)
Non, la situation s'est présentée et j'ai refusé de faire moi-même la primo-prescription	21 (12,2%)
Oui	19 (11,0%)
Avez-vous déjà prescrit un MSO, n (%)	
Non-prescripteurs (NP)	121 (70,3%)
Prescripteur (P)	19 (11,0%)
Prescripteur potentiel (PP)	32 (18,6%)

Tableau 3 : Analyse descriptive des prescripteurs de MSO.

3.2. Recherche de facteurs associés à la prescription ou la non-prescription

Les résultats de l'analyse bivariée sont reportés dans les Tableaux 4 et 5.

Elle a dégagé plusieurs facteurs associés significativement à une différence entre les trois catégories :

- Le sexe ($p = 0,036$) : parmi les prescripteurs, une majorité sont des hommes (63,2%), tandis qu'une majorité de non-prescripteurs sont des femmes (66,1%) ; parmi les prescripteurs potentiels, la différence est moins marquée avec 56,3% d'hommes et 43,8% de femmes. (Figure 6)
- La formation (pour chacune d'entre elles, p est inclus entre 0.01 et 0.014) (Figure 7) :
 - *Parmi les non-prescripteurs* : la majorité n'a reçu aucune formation en addictologie (67,8%, $p < 0.01$), 14% ont bénéficié d'un stage clinique ($p = 0.014$), et 23,1% d'une formation théorique ($p = 0.01$). Aucun n'a suivi de formation spécifique type DIU, DU, DESC, Capacité ou FST ($p < 0.01$).
 - *Parmi les prescripteurs potentiels* : 40,6% n'ont reçu aucune formation, 34,4% ont réalisé un stage clinique ($p = 0.014$) et 40,6% une formation théorique.
 - *Parmi les prescripteurs* : seuls 10,5% n'ont reçu aucune formation, 31,6% ont réalisé un stage clinique et 52,6% ont reçu au moins une formation théorique. 10,5% ont également suivi une formation spécifique type DU, DIU, DESC, Capacité ou FST.
- L'affiliation à un réseau d'addictologie ($p < 0,01$) : les médecins faisant partie d'un réseau d'addictologie primo-prescrivent plus le traitement. Parmi tous les répondants, 3 médecins sont affiliés à un réseau : 2 sont des prescripteurs actuels et 1 est un prescripteur potentiel.
- Le suivi des patients sous MSO ($p < 0,01$) : les médecins primo-prescripteurs suivent plus de patients sous MSO. 38,8% des non-prescripteurs ne suivent aucun patient sous MSO, et 51,2% ont suivi entre 1 et 5 patients dans l'année. Quant aux primo-prescripteurs, 26,3% en ont suivi plus de 10 et 26,3% entre 5 et 10.

La situation en tant que médecin installé ou remplaçant s'exprime également comme un facteur de différence significatif ($p < 0.010$), mais le fort déséquilibre des effectifs entre les deux groupes rend le résultat ininterprétable.

Nous ne pouvons pas conclure à une influence de l'âge, du milieu ou du département d'exercice, ou encore du nombre d'années d'expérience sur la prescription ou non du MSO. En effet les résultats ne mettent pas en évidence de différences entre les catégories et les résultats ne sont pas significatifs ($p > 0,05$).

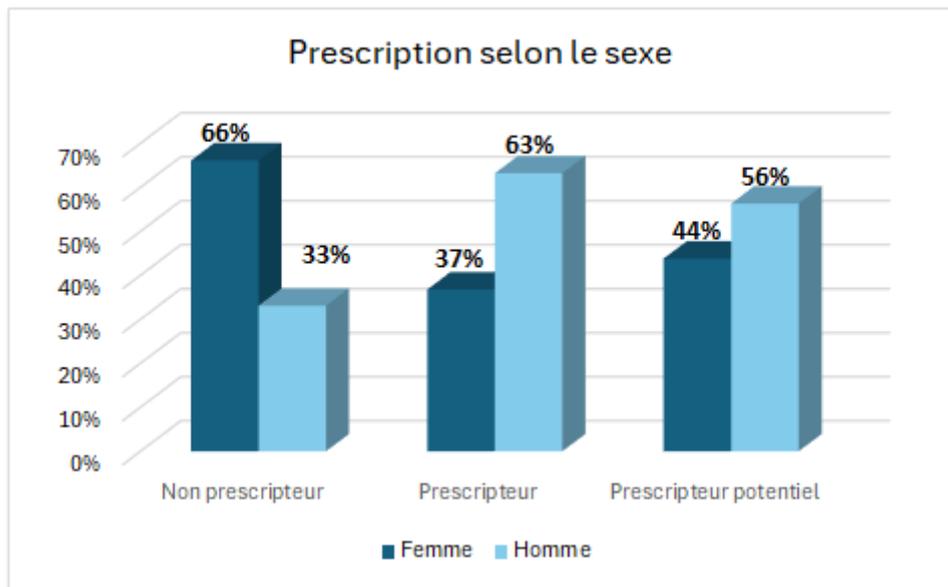


Figure 6 : Répartition des prescriptions selon le sexe.

Caractéristiques	Ensemble de l'échantillon, Effectif = 172	Non prescripteur, Effectif = 121	Prescripteur, Effectif = 19	Prescripteur potentiel, Effectif = 32	P-valeur
Sexe, n (%)					0,036**
Femme	101 (58,7%)	80 (66,1%)	7 (36,8%)	14 (43,8%)	
Homme	70 (40,7%)	40 (33,1%)	12 (63,2%)	18 (56,3%)	
Autre	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Tranche d'âge, n (%)					0,578
< 35 ans	36 (20,9%)	23 (19,0%)	6 (31,6%)	7 (21,9%)	
35-50 ans	95 (55,2%)	68 (56,2%)	8 (42,1%)	19 (59,4%)	
50-60 ans	22 (12,8%)	16 (13,2%)	4 (21,1%)	2 (6,3%)	
> 60 ans	19 (11,0%)	14 (11,6%)	1 (5,3%)	4 (12,5%)	
Milieu d'exercice majoritaire, n (%)					0,430
Cabinet de station	4 (2,3%)	1 (0,8%)	1 (5,3%)	2 (6,3%)	
Rural	24 (14,0%)	15 (12,4%)	4 (21,1%)	5 (15,6%)	
Semi-rural	80 (46,5%)	58 (47,9%)	9 (47,4%)	13 (40,6%)	
Urbain	64 (37,2%)	47 (38,8%)	5 (26,3%)	12 (37,5%)	
Département d'exercice majoritaire, n (%)					0,440
Ain (01)	5 (2,9%)	2 (1,7%)	2 (10,5%)	1 (3,1%)	
Allier (03)	6 (3,5%)	5 (4,1%)	0 (0,0%)	1 (3,1%)	
Ardèche (07)	3 (1,7%)	2 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (3,1%)	
Drôme (26)	8 (4,7%)	5 (4,1%)	2 (10,5%)	1 (3,1%)	
Haute-Loire (43)	8 (4,7%)	8 (6,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Haute-Savoie (74)	17 (9,9%)	14 (11,6%)	1 (5,3%)	2 (6,3%)	
Isère (38)	27 (15,7%)	16 (13,2%)	4 (21,1%)	7 (21,9%)	
Loire (42)	19 (11,0%)	15 (12,4%)	0 (0,0%)	4 (12,5%)	
Puy-de-Dôme (63)	13 (7,6%)	7 (5,8%)	3 (15,8%)	3 (9,4%)	
Rhône (69)	44 (25,6%)	33 (27,3%)	5 (26,3%)	6 (18,8%)	
Savoie (73)	22 (12,8%)	14 (11,6%)	2 (10,5%)	6 (18,8%)	
Situation, n (%)					0,010**
médecin généraliste installé	166 (96,5%)	118 (97,5%)	16 (84,2%)	32 (100,0%)	
médecin généraliste remplaçant	5 (2,9%)	2 (1,7%)	3 (15,8%)	0 (0,0%)	
Autre	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Nombre d'années d'expérience en tant que MG, Moyenne (ET)	13,0 (9,6)	12,9 (9,6)	13,2 (9,5)	13,2 (10,0)	0,921

Tableau 4 : Analyse bivariée entre les caractéristiques des médecins et la décision de primo-prescription.

Caractéristiques	Ensemble de l'échantillon, Effectif = 172	Non prescripteur, Effectif = 121	Prescripteur, Effectif = 19	Prescripteur potentiel, Effectif = 32	P-valeur
Aucune, n (%)	97 (56,4%)	82 (67,8%)	2 (10,5%)	13 (40,6%)	< 0,01***
Stage clinique en internat ou externat, n (%)	34 (19,8%)	17 (14,0%)	6 (31,6%)	11 (34,4%)	0,014**
Formation théorique, continue, DPC, en groupe Balint ou en groupe de paires, n (%)	51 (29,7%)	28 (23,1%)	10 (52,6%)	13 (40,6%)	0,010**
DU, DIU, DESC, Capacité ou FST, n (%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (10,5%)	0 (0,0%)	< 0,01***
Affiliation à un réseau d'addictologie, n (%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)	2 (10,5%)	1 (3,1%)	< 0,01***
Suivez-vous actuellement des patients ayant un MSO, n (%)					< 0,01***
Non, aucun car je refuse le suivi de ces patients	8 (4,7%)	8 (6,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Non, aucun car la situation ne s'est pas présentée	55 (32,0%)	39 (32,2%)	3 (15,8%)	13 (40,6%)	
Oui, entre 1 et 5 sur la dernière année	84 (48,8%)	62 (51,2%)	6 (31,6%)	16 (50,0%)	
Oui, entre 5 et 10 sur la dernière année	18 (10,5%)	10 (8,3%)	5 (26,3%)	3 (9,4%)	
Oui, >10 sur la dernière année	7 (4,1%)	2 (1,7%)	5 (26,3%)	0 (0,0%)	

Tableau 5 : Analyse bivariée en fonction du type de formation reçue.

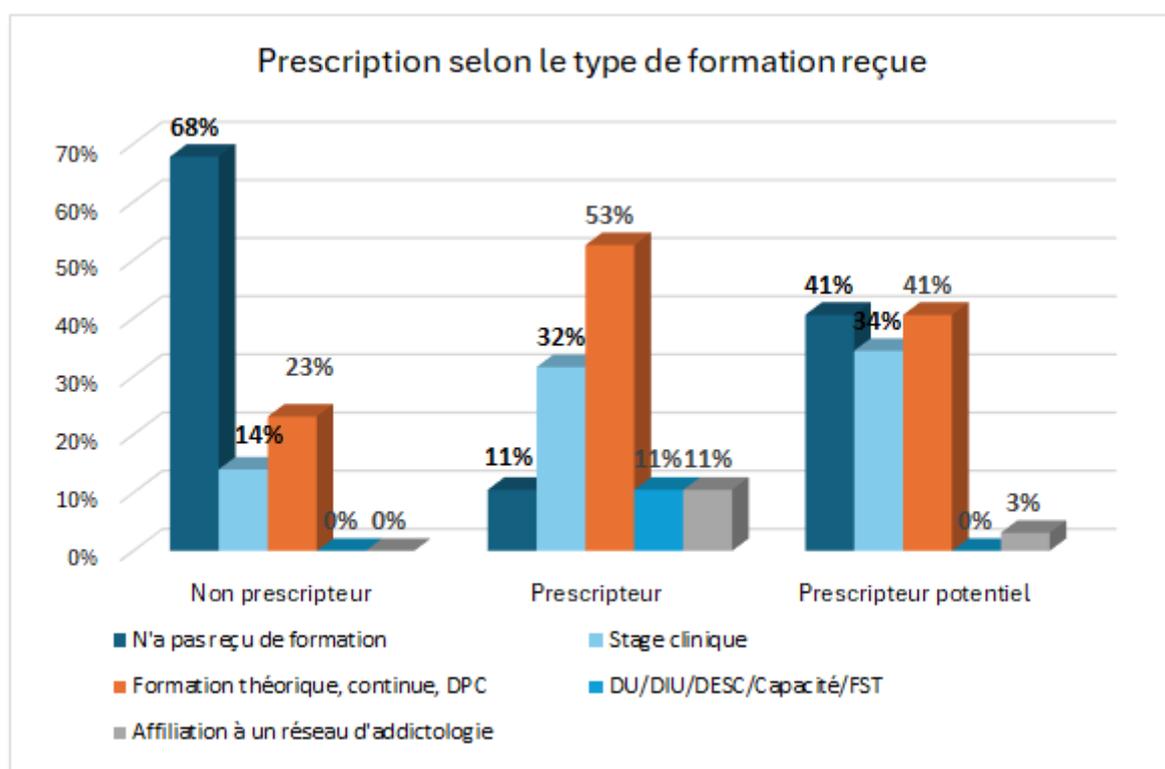


Figure 7 : Répartition des prescriptions selon le type de formation reçue.

4. Résultat des analyses secondaires

4.1. Modalités de prescription des médecins généralistes initiant un MSO

Dosage des toxiques urinaires :

Parmi les 19 médecins généralistes initiant un médicament de substitution des opioïdes :

- 13 (68,4%) ne dosent pas les toxiques urinaires ;
- 4 (21%) dosent les toxiques urinaires ; parmi ceux-ci, 2 les dosent avant l'initiation du traitement, et 2 les dosent avant chaque changement de dosage ;
- 2 ont répondu "Autre" : 1 a expliqué qu'il ne les prescrivait que dans le cadre de l'urgence d'une réquisition pour garde à vue ; 1 a expliqué qu'il ne les prescrivait qu'en cas de doute sur un TSO ou sur un trouble de l'usage d'autres toxiques.

Bilan biologique :

Parmi les 19 médecins généralistes initiant un médicament de substitution des opioïdes :

- 6 (31,6%) ne réalisent pas de bilan biologique avant l'instauration du traitement ;
- 10 (52,6%) prescrivent une numération formule sanguine, un ionogramme et une créatinine ;
- 10 (52,6%) prescrivent un bilan hépatique ;
- 11 (57,9%) prescrivent un bilan des infections sexuellement transmissibles.

4 médecins ont répondu "Autre" :

- 2 ont commenté qu'ils ne prescrivaient pas systématiquement de bilan sanguin et s'adaptait aux comorbidités et à l'examen clinique ;
- 1 médecin a souligné que le bilan biologique était souvent "difficile à faire faire" par le patient ;
- 1 médecin a expliqué que ses prescriptions se faisaient dans le cadre de l'urgence et qu'il n'y avait pas de temps pour un bilan sanguin préalable.

Kit naloxone :

Parmi les 19 médecins généralistes initiant un médicament de substitution des opioïdes :

- 13 (68,4%) ont répondu qu'ils ne prescrivaient pas de "kit naloxone" à l'initiation du traitement ;
- 3 (15,8%) le prescrivent seulement s'ils jugent le patient à haut risque d'overdose ;
- 3 (15,8%) le prescrivent systématiquement.

Spécialité prescrite :

Parmi les 19 médecins généralistes initiant un médicament de substitution des opioïdes :

- 9 (47,4%) prescrivent préférentiellement de la buprénorphine générique ;
- 7 (36,8%) prescrivent préférentiellement de la buprénorphine non générique (SUBUTEX®) ;
- 2 (10,5%) prescrivent préférentiellement de la buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®) ;
- aucun n'a de préférence de prescription pour la buprénorphine en lyophilisat oral (OROBUPRE®) ;
- 1 médecin a répondu "Autre" en disant prescrire de la méthadone en collaboration avec un addictologue qui reçoit le patient dans les suites immédiates du rendez-vous.

Dosage initial :

Parmi les 19 médecins généralistes initiant un médicament de substitution des opioïdes :

- 4 (21,1%) prescrivent la buprénorphine à un dosage initial de 1 mg ;
- 3 (15,8%) prescrivent la buprénorphine à un dosage initial de 2 mg ;
- 8 (42,1%) prescrivent la buprénorphine à un dosage initial de 4 mg ;
- 2 (10,5%) prescrivent la buprénorphine à un dosage initial de 6 mg ;
- 2 (10,5%) prescrivent la buprénorphine à un dosage initial de 8 mg.

Durée d'initiation :

D'après les 19 réponses obtenues, les médecins généralistes initiant un MSO déclarent organiser la phase d'induction sur une durée allant de 0 à 60 jours, avec une moyenne de 16.7 jours et une médiane à 14 jours.

Dosage maximal :

D'après les 18 réponses obtenues, les posologies maximales déclarées par les médecins généralistes initiant un MSO vont de 0 à 32 mg, avec une moyenne à 15.5 mg et une médiane à 16 mg. A noter que :

- 5 (27,8%) médecins déclarent augmenter jusqu'à 24 mg maximum ;
- 1 (5%) médecin déclare augmenter jusqu'à 32 mg maximum.

Avis spécialisé :

Parmi les 19 médecins généralistes prescripteurs, après l'initiation d'un médicament de substitution des opioïdes, l'avis d'un addictologue est sollicité :

- systématiquement pour 3 d'entre eux (15,8%) ;
- fréquemment pour 4 d'entre eux (21,1%) ;
- rarement pour 11 d'entre eux (57,9%) ;
- jamais pour 1 d'entre eux (5,3%).

Récapitulatif :

Les tableaux 6 et 7 ci-dessous récapitulent les données concernant les modalités d'induction des médecins primo-prescripteurs de buprénorphine.

Modalités de prescription	Ensemble des réponses positives, Effectif = 19
Réalisation d'un dosage toxines urinaires, n (%)	
Autre	2 (10,5%)
Non	13 (68,4%)
Oui, avant chaque changement de dosage	2 (10,5%)
Oui, avant l'initiation du traitement	2 (10,5%)
Réalisation d'un bilan biologique, n (%)	
NFS, ionogramme, créatinine	10 (52,6%)
Bilan hépatique	10 (52,6%)
Bilan IST (VHB, VHC, VIH...)	11 (57,9%)
Non	6 (31,6%)
Prescription du kit naloxone à l'initiation du traitement, n (%)	
Non	13 (68,4%)
Oui, parfois, si je juge le patient à haut risque de surdosage (avec produits ou médicaments)	3 (15,8%)
Oui, systématiquement	3 (15,8%)
Quelle spécialité choisissez-vous le plus souvent pour l'initiation du traitement, n (%)	
Autre	1 (5,3%)
buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®)	2 (10,5%)
buprénorphine (SUBUTEX®)	7 (36,8%)
buprénorphine générique	9 (47,4%)
Dosage habituel pour débiter le traitement, n (%)	
1 mg	4 (21,1%)
2 mg	3 (15,8%)
4 mg	8 (42,1%)
6 mg	2 (10,5%)
8 mg	2 (10,5%)

Tableau 6 : Modalités d'induction des médecins primo-prescripteurs, première partie.

Modalités de prescription (suite)	Ensemble des réponses positives, effectif = 19
Durée moyenne en jours de l'induction, Moyenne (ET)	16,7 (15,1)
Posologie maximale (en mg), n (%)	
0	1 (5,6%)
4	2 (11,1%)
8	3 (16,7%)
12	1 (5,6%)
16	4 (22,2%)
20	1 (5,6%)
24	5 (27,8%)
32	1 (5,6%)
Sollicitation avis addictologue après initiation au MSO, n (%)	
Jamais	1 (5,3%)
Parfois / rarement	11 (57,9%)
Fréquemment	4 (21,1%)
Toujours	3 (15,8%)

Tableau 7 : Modalités d'induction des médecins primo-prescripteurs, seconde partie

4.2. Étude des freins chez les non-prescripteurs

Parmi les 121 non-prescripteurs, les freins à la primo-prescription d'un MSO parmi les choix proposés sont, par ordre croissant :

- “Je ne me sens pas assez formé”, retrouvé chez 92 médecins (76%) ;
- “Je trouve l'initiation d'un MSO trop complexe à réaliser en soins primaires, je me sens isolé face à cette situation, j'ai besoin d'une approche pluriprofessionnelle”, retrouvé chez 80 médecins (66%) ;
- “Il n'y a pas ou peu de demandes de MSO dans mon bassin de population”, retrouvé chez 54 médecins (45%) ;
- “Je trouve la prise en charge trop complexe (fréquence des polyaddictions, intrication de problèmes sociaux ou judiciaires)”, retrouvé chez 49 médecins (40%) ;
- “J'ai un CSAPA à proximité à qui j'adresse mes patients”, retrouvé chez 45 médecins (37%) ;

- “Je n’ai pas assez de temps pour ce genre de consultation”, retrouvé chez 17 médecins (14%) ;
- “J’ai un faible intérêt pour l’addictologie”, retrouvé chez 17 médecins (14%) ;
- “Je crains d’attirer ce type de population dans ma patientèle, et/ou que cela perturbe ma patientèle”, retrouvé chez 17 médecins (14%) ;
- “Je crains d’alimenter un trafic, d’être un “médecin-dealer” ”, retrouvé chez 13 médecins (11%) ;
- “Je suis mal à l’aise avec ce que je juge être la “personnalité du patient-type toxicomane” (manipulateur, malhonnête, inobservant, agressif, peu ponctuel...)”, retrouvé chez 13 médecins (11%) ;
- “Je pense que ça n’entre pas dans le champ de la médecine générale”, retrouvé chez 11 médecins (9%) ;
- “Je crains d’être en situation de violence, d’insécurité”, retrouvé chez 11 médecins (9%) ;
- “J’ai un vécu d’expérience(s) malheureuse(s) dans le domaine”, retrouvé chez 6 médecins (5%) ;
- “Je trouve que ce n’est pas correctement rémunéré”, retrouvé chez 4 médecins (3%) ;
- “Je crains d’inciter le patient à la surconsommation”, retrouvé chez 3 médecins (2%) ;
- “Je fais un sevrage sans MSO”, retrouvé chez 3 médecins (2%) ;
- “Je refuse catégoriquement toute prescription de MSO”, retrouvé chez 2 médecins (2%).

4 médecins (3%) ont répondu “Autre” :

- 1 a commenté qu’il était d’accord pour faire du suivi mais après une première consultation avec un addictologue ;
- 1 a commenté qu’il considérait que la psychothérapie était indispensable à associer au MSO et qu’il n’était pas qualifié pour en faire ;
- 1 a répondu qu’il avait un associé faisant de l’addictologie ;
- 1 a répondu qu’il n’avait plus la motivation ni le temps de gérer ces “personnalités parfois perturbées” qui seraient souvent passives dans leur prise en charge.

Raisons d'une réponse négative de la part du médecin	Ensemble des réponses négatives, Effectif = 121
Manque de temps pour ce type de consultation, n (%)	17 (14.0%)
Je juge l'initiation d'un MSO trop complexe, n (%)	80 (66.1%)
Pas assez de demande de MSO au sein de ma patientèle, n (%)	54 (44.6%)
Rémunération jugée insuffisante, n (%)	4 (3.3%)
Manque de formation, n (%)	92 (76.0%)
Cela n'appartient pas au champ de la MG, n (%)	11 (9.0%)
Prise en charge jugée trop complexe, n (%)	49 (40.4%)
Faible intérêt pour l'addictologie, n (%)	17 (14.0%)
Refus catégorique de prescription de MSO, n (%)	2 (1.6%)
Crainte d'alimenter le trafic, n (%)	13 (10.7%)
Crainte d'incitation à la surconsommation, n (%)	3 (2.4%)
Vécu d'expérience(s) malheureuse(s) dans le domaine, n (%)	6 (4.9%)
Mal à l'aise avec ce que je juge être la personnalité du patient-type toxicomane, n (%)	13 (10.7%)
Craintes d'attirer ce type de population dans ma patientèle, et/ou que cela perturbe ma patientèle, n (%)	17 (14.0%)
Crainte d'une situation de violence, d'insécurité, n (%)	11 (9.0%)
Adressage à un CSAPA de proximité, n (%)	45 (37.1%)
Réalisation sevrage sans MSO, n (%)	3 (2.4%)

Tableau 8 : Etude des freins à la prescription.

4.3. Evaluation des aides souhaitées

Sur les 172 répondants au questionnaire, leur estimation de la nécessité d'un soutien pour la primo-prescription d'un MSO, sur une échelle de 0 à 10, est supérieure ou égale à 8 pour 129 d'entre eux (75%) :

- 87 (50%) l'estiment à 10/10 ;
- 12 (6%) l'estiment à 9/10 ;
- 30 (17%) l'estiment à 8/10.

La moyenne est calculée à 8.5/10.

Le reste des réponses à cette question est résumé dans la Figure 8 ci-dessous :

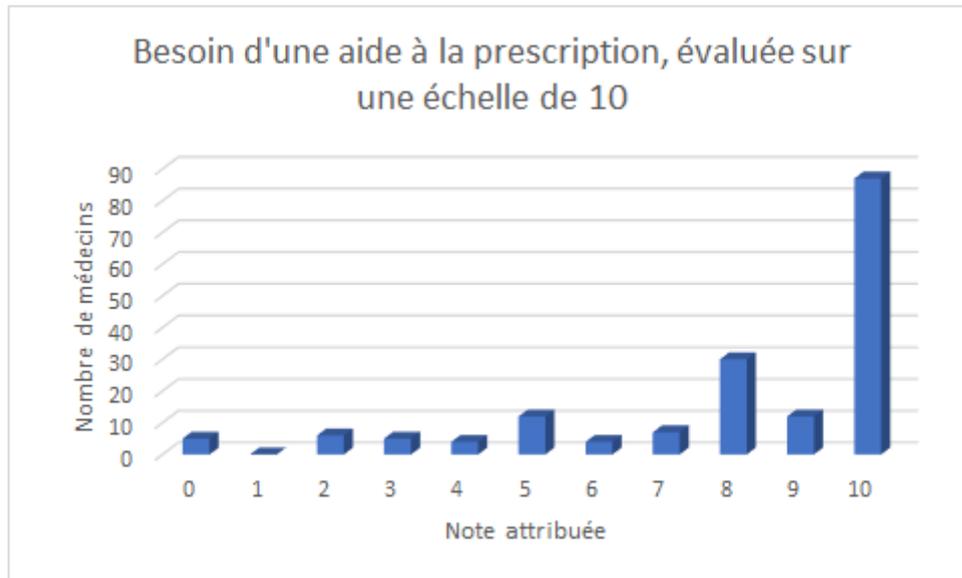


Figure 8 : Estimation du besoin d'une aide à la prescription.

Concernant le type d'aide qu'ils pensent utile pour les accompagner dans la primo-prescription des MSO, les réponses parmi les choix proposés sont, par ordre croissant :

- une disponibilité par mail ou téléphonique d'addictologues, pour 115 d'entre eux (67%) ;
- des formations en addictologie, par exemple dans le cadre du DPC, pour 96 d'entre eux (56%) ;
- une site web (tel que addictoclic, intervenir-addictions.fr, addictaide.fr, pour 94 d'entre eux (55%) ;
- l'aide d'une Infirmière Diplômée d'Etat sur place (type ASALEE) pour assurer l'éducation thérapeutique, pour 66 d'entre eux (38%) ;
- une fiche d'aide à la prescription type flyer, pour 55 d'entre eux (32%) ;
- une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle entre médecins généralistes et addictologues pour donner un avis sur des situations cliniques complexes, pour 49 d'entre eux (28%) ;
- le passage régulier d'un membre d'une équipe spécialisée paramédicale de proximité (type microstructure en lien avec un CSAPA ou un CMP, pour discuter des situations cliniques ou organiser une consultation externe), pour 42 d'entre eux (24%).

3 des répondants déclarent ne pas avoir besoin d'aide (1%).

7 médecins ont répondu “Autre”, dont voici les commentaires :

- “Je fais partie d’un réseau : ARCASUD”
- “Je ne veux pas faire de primo-prescription de MSO”
- “Pas de primo-prescription”
- “Je ne prescris pas”
- “Pas du ressort de la médecine générale”
- “Consultation initiation par un addictologue”
- “Un collègue médecin généraliste plus expert”

Aides souhaitées par les médecins	Ensemble des réponses, Effectif = 172
De 1 à 10, estimation de la nécessité d'un soutien pour la primo-prescription d'un MSO, Moyenne (ET)	8,5 (2,3)
Une fiche d'aide à la prescription type flyer, n (%)	55 (31.9%)
Un site web tel que addictoclic, etc., n (%)	94 (54.6%)
Des formations en addictologie, n (%)	96 (55.8%)
L'aide d'une IDE sur place, n (%)	66 (38.3%)
Une réunion de Concertation Pluriprofessionnelle, n (%)	49 (28.4%)
Une disponibilité par mail ou téléphonique d'addictologues, n (%)	115 (66.8%)
Le passage régulier d'un membre d'une équipe spécialisée paramédicale de proximité, n (%)	42 (24.4%)
Je n'ai pas besoin d'aide, n (%)	3 (1,7%)

Tableau 9 : Evaluation des aides souhaitées pour la prescription de MSO.

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1.1. Choix de la méthode

Cette étude est l'une des rares études quantitatives sur le TUO, largement exploré par ailleurs sur le plan qualitatif. Elle est l'une des premières à s'intéresser à la primo-prescription de buprénorphine par les MG, et la première à en rechercher précisément les freins et leviers.

Enfin, elle est la première faisant l'état des lieux de la prescription de buprénorphine par les MG dans toute la région AuRA, que ce soit sur le plan de la primo-prescription, du suivi ou des freins à la prise en charge de patients présentant un TUO.

Avec 172 répondants sur 490 mails envoyés, nous obtenons un taux de réponse de 35%, cohérent avec le taux de réponse d'autres études à méthode similaire. Ce taux de réponse tombe à 14.5% si nous le calculons à partir des 1180 médecins appelés, mais étant donné que nous n'avons pas réussi à avoir un contact téléphonique pour la grande majorité d'entre eux malgré des appels répétés, il nous paraît moins pertinent de prendre ce chiffre en compte.

Notre méthode a montré des failles. Avec l'évolution des pratiques actuelles, la majorité de médecins généralistes sont débordés d'appels téléphoniques et travaillent avec un secrétariat chargé de réguler les appels. Il a donc été difficile de communiquer directement avec la plupart des médecins appelés pour présenter notre projet. Notre demande de participation à un questionnaire de thèse a ainsi souvent été reléguée au second plan. Nous savons également que les médecins généralistes sont souvent sollicités pour ce genre de requête, via les URPS ou le CDOM notamment, ce qui induit une lassitude à ce sujet.

De plus, dans le contexte de tension actuel, donner son adresse mail à des personnes mal identifiées comporte le risque de la voir diffuser parmi les patients et de subir une vague de demandes écrites en retour. Il a donc été difficile de passer cette première étape d'obtention du mail.

En conséquence, le taux de réponse global (14.5%) a été plus bas que prévu, nous n'avons pas eu le nombre de réponses désirées initialement, ce qui a créé certaines limites à notre étude (cf. §1.3. ci-dessous).

1.2. Représentativité de l'échantillon

La représentativité de notre échantillon, clé de la validité externe, est à nuancer.

Concernant le genre et l'âge, d'après l'Atlas régional de la santé en AuRA rédigé par l'ARS régionale en 2022, les médecins généralistes d'AuRA sont caractérisés comme suit :

- le taux de féminisation de la profession est de 47.7% ;
- la moyenne d'âge est calculée à 50.3 ans, avec 44% de médecins de plus de 55 ans.

Notre échantillon est donc légèrement surreprésenté par des femmes (58% VS 47%). Il montre également une faible représentation des plus de 60 ans (11% VS 44%), ce qui peut s'expliquer par le mode de diffusion et de réponse au questionnaire (uniquement via internet).

Concernant le mode d'exercice, d'après l'Atlas de la Démographie Médicale en France mis à jour par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2023, 84 % des médecins sont installés et 7% sont remplaçants. Notre échantillon représente peu les MG remplaçants (3%).

Concernant le milieu d'exercice, il est difficile de trouver des chiffres officiels sur la proportion de médecins exerçant en milieu rural, semi-rural ou urbain, étant donné que ces chiffres s'expriment en densité de population (nombre de médecins pour 1000 habitants par exemple). La comparaison avec des études sur le même sujet n'est pas non plus pertinente car la population des thèses en question est limitée à d'autres régions.

En revanche, une thèse quantitative portant sur d'autres pratiques des médecins généralistes, réalisée en 2021 avec 335 sujets, se concentre sur la population de MG de la région AuRA. Cette étude retrouve les proportions suivantes : 12% travaillent en milieu rural, 45% en milieu semi-rural, et 39% en milieu urbain. (27). Une autre thèse soutenue en 2017 sur la même population confirme ces chiffres avec 19% de MG libéraux travaillant en rural, 40% en semi-rural et 40% en urbain. (28)

Nos résultats étant très similaires (respectivement 14%, 46% et 37%), nous pouvons donc considérer que les secteurs d'exercice de notre échantillon sont représentatifs de la population de MG de la région AuRA.

Concernant le suivi des patients présentant un TUO, les dernières données officielles du Baromètre santé de l'INPES et de l'OFDT remontent à 2009 (7). Les analyses montrent, sur les MG de ville sur toute la France, que près de la moitié des médecins interrogés déclarent recevoir

au moins un usager dépendant aux opiacés par mois (49%), la plupart (37%) en voyant entre 1 et 4 par mois. 35% n'en suivent aucun.

Notre échantillon n'est pas comparable car nous avons mesuré le nombre de patients suivis sur un an et non sur un mois, mais la proportion de MG ne recevant aucun patient présentant un TUO est comparable et similaire, à hauteur de 36%.

La validité externe de notre échantillon peut donc être qualifiée de correcte, car s'il surreprésente légèrement les femmes et nettement les médecins installés, il reflète correctement le milieu d'exercice et plutôt bien le suivi addictologique des MG de ville.

1.3. Forces et limites de l'étude

Les limites de l'étude sont :

- Biais de sélection :
 - *biais du volontariat* : les médecins inducteurs de buprénorphine ont tendance à vouloir répondre à notre questionnaire, et inversement les non-prescripteurs ou les médecins ne suivant aucun patient présentant un TUO ont tendance à moins vouloir y répondre.
 - *biais des perdus de vue* : taux important d'absence de réponse au questionnaire malgré l'envoi du mail (65%).
 - critères d'exclusions possiblement mal contrôlés : l'absence d'une pratique spécialisée quelconque n'a pas pu être systématiquement confirmée par téléphone avec le médecin, à cause d'un retard de mise à jour des tableaux de l'ARS et de la fréquente barrière du secrétariat empêchant un dialogue direct avec le médecin.

- Biais de classement :
 - *biais de mémorisation* : dû au caractère déclaratif du questionnaire avec nécessité de se souvenir de prises en charge remontant parfois à plusieurs mois, concernant la partie du questionnaire explorant les modalités de prescription ; il existe aussi un possible biais de prévarication dû à la crainte d'un jugement que peut ressentir le répondeur à certaines questions, par exemple en avouant dans

les freins à la prise en charge des patients présentant un TUO, les perceptions négatives qu'il a de ce type de patient.

- biais induit par les questions fermées du questionnaire, pouvant influencer le participant dans ses réponses.
- Biais de confusion : devant le faible nombre d'analyses stratifiées que nous avons prévues, le risque d'avoir manqué un facteur de confusion est possible.
- Par ailleurs, le faible effectif des Prescripteurs Actuels affaiblit considérablement la pertinence des analyses suivantes :
 - les modalités de prescription des PA, qui ne peuvent pas être extrapolées à toute la population des inducteurs de la région AuRA du fait de leur effectif limité à 19 ;
 - de la même manière, impossibilité de déterminer une tendance des pratiques en fonction des différents départements, qui sont pourtant des territoires aux particularités parfois très différentes en AuRA (entre la ruralité en montagne de la Savoie et la densité urbaine en plaine du Rhône par exemple). L'effectif très faible de certains départements (0 dans le Cantal, 3 dans l'Ardèche) rend le choix de faire cette étude sur les 11 départements non pertinent. Se concentrer sur deux ou trois départements, avec le même effectif total, aurait permis de dégager une tendance plus significative des modalités de prise en charge d'un département.

Enfin, le nombre conséquent d'analyses statistiques utilisées fait apparaître le risque que des résultats statistiquement positifs soient liés au hasard.

En dépit de ces limites, les forces de l'étude sont :

- une validation externe correcte (échantillon représentatif) ;
- la limitation du biais de sélection par les mesures suivantes :
 - le recrutement aléatoire des sujets ayant permis de limiter le biais de sélection ;
 - le fait d'avoir eu de grandes difficultés à contacter les médecins directement, aura également permis de diminuer ce biais de sélection : le message délivré par le secrétariat est en effet plus standardisé qu'une explication motivée par téléphone, et ce mode de recrutement a été très largement majoritaire ;

- la limitation du biais de classement par les mesures suivantes :
 - la standardisation d'un questionnaire informatisé avec réponses fermées, ce qui permet de limiter le biais d'évaluation lié à l'enquêteur, ainsi que de garantir une bonne reproductibilité ;
 - l'anonymisation du questionnaire, ce qui permet de limiter le biais de prévarication.
- la limitation du biais de confusion par une analyse bivariée stratifiée sur les principales caractéristiques des médecins répondants, permettant d'éliminer un certain nombre de facteurs de confusion (le suivi de patients présentant un TUO notamment).

Nous pouvons en conclure, en regard de ces constats, que les biais sont suffisamment contrôlés pour garantir une validité interne satisfaisante. En revanche, les effectifs d'un groupe sont trop faibles pour permettre une bonne significativité d'une partie des analyses statistiques, ce qui fait perdre un intérêt à cette étude.

2. Lecture critique des résultats

2.1. Résultat en lien avec l'objectif principal

2.1.1. Nombre de primo-prescripteurs

Dans notre échantillon, il existe **11% de primo-prescripteurs actuels (PA)**. Ce chiffre est moins important que celui de la thèse de Doré de 2018 (5) qui retrouvait 19.2% de médecins inducteurs en Bretagne et que l'enquête de la DREES de 2021 (22) sur la France entière qui en retrouvait 21%.

La thèse de Deville de 2020 (24), portée sur les pratiques de médecins généralistes lyonnais, retrouvait 27% d'inducteurs de MSO sur 77 répondants : ce résultat suppose qu'il y aurait proportionnellement plus d'inducteurs dans cette population urbaine avec un Centre Hospitalier Universitaire multipôle, que dans notre population d'étude à l'échelle régionale englobant des zones rurales et des médecins plus isolés.

La thèse de Barrière de 2015 (26) incluant 113 médecins généralistes en France métropolitaine, retrouvait 13 primo-prescripteurs parmi les MG suivant des personnes dépendantes au opioïdes (PDO) (59 sur 113), nous pouvons supposer qu'il retrouverait donc 13 PA parmi les 113 médecins ayant répondu à l'étude, soit 11,5%. Dans cette dernière étude sur les 250 médecins sélectionnés le taux de participation était de 45%.

Ces différences de résultats pourraient être en parti dues à des méthodes de diffusion du questionnaire différentes : en effet nous avons choisi une diffusion moins large pour espérer un taux de réponse plus important (35% sur les 490 mails envoyés) à l'inverse de la thèse en Bretagne qui a choisi une diffusion plus large grâce à l'URPS et a eu 412 réponses sur 2298 mails envoyés (18% de réponses). Le taux de participation à l'étude de la DREES n'est pas connu. En supposant que les médecins intéressés par l'addictologie répondraient plus volontiers au questionnaire et que notre approche ait permis de limiter ce biais de volontariat, nous pouvons faire l'hypothèse que notre résultat surestime moins le pourcentage de primo-prescripteurs que les études précédentes.

Pour la suite des résultats à notre première question, si nous les comparons à ceux de Doré de 2018 chez les médecins bretons : nous avons **12% de non-prescripteurs actuels (NPA)** contre 36,2% en Bretagne, **58% de non prescripteurs potentiels** contre 34,5%, et enfin **18% de prescripteurs potentiels** contre 10% en Bretagne. Il est intéressant de remarquer que nous retrouvons exactement le même pourcentage de non-prescripteurs si nous regroupons les NPP et NPA avec 70% pour les deux études.

Nous retrouvons finalement dans notre étude plus de PP et NPP qu'en Bretagne, ce qui pourrait signifier que les médecins en AuRA seraient moins confrontés à cette situation, et donc qu'il y aurait moins de patients en demande de TSO dans la région. Ceci est-il dû à une différence réelle de nombre de demandes de la part des patients entre les deux régions ? Nous tenterons d'apporter des réponses dans le paragraphe §2.3.4.

2.1.2. Caractéristiques des prescripteurs et non-prescripteurs

Dans notre analyse des résultats en 3 groupes avec les NP, les PP et les PA, nous retrouvons plusieurs caractéristiques variant significativement en fonction des groupes :

Le genre : en effet, **il y a significativement plus d'hommes parmi les prescripteurs actuels (63%) et les prescripteurs potentiels (56%)** que parmi les non-prescripteurs qui sont plus des femmes (66%). Cette observation était la même dans l'étude de Feroni et al. de 2004 (29). L'étude de Beck et al. de 2013 retrouvait une association entre le genre masculin et le suivi de patients présentant un TUO (30). Par ailleurs, l'association entre le genre masculin et les PP est retrouvée également, de manière significative, en Bretagne en 2018 (5). Dans cette même étude,

des analyses plus poussées croisant les variables “formation”, “sexe” et “induction” ont mis en lumière que la “formation” prévalait sur le “sexe”, suggérant que si les hommes primo-prescrivaient plus de la BHD, c’était qu’ils étaient en proportion plus formés que les femmes.

La formation : chez les prescripteurs actuels, **52% ont reçu une formation courte spécifique** type DPC ou groupe balint, ils sont 40% chez les PP et 23% chez les NP. **Tous les médecins ayant suivi une formation plus poussée type DU, capacité, DESC et FST primo-prescrivent le traitement.** 10% des PA n’ont reçu aucune formation, ils sont 67% chez les NP. Il y a donc une association très claire entre le niveau de formation des médecins généralistes d’AuRA et la primo-prescription de BHD. Cette association est aussi fortement significative dans la thèse de 2018 en Bretagne (5). Des analyses statistiques plus poussées dans cette thèse montrent par ailleurs que la formation aurait un rôle significativement plus important dans la réalisation d’une induction en zone rurale qu’en zone semi-rurale ou urbaine.

Travail en réseau : seuls 3 médecins ayant répondu à l’étude travaillent avec un réseau d’addictologie, ils sont tous PA (2 répondants) ou PP (1 répondant). Le fait d’être associé à un réseau d’addictologie est donc associé significativement à la primo-prescription du traitement. L’étude de Feroni et al. de 2004 (29) retrouvait également plus de prescription de buprénorphine chez les MG travaillant avec un réseau de soins.

Le suivi de patients sous MSO : 37% des répondants ne suivent aucun patient sous MSO : 5% parce qu’ils refusent ces patients, ce qui est finalement peu, et les autres parce que la situation ne s’est pas présentée. **63% suivent au moins un patient sous MSO.** Les PA suivent plus de patients sous MSO que les autres, en effet **plus de la moitié d’entre eux en suivent plus de 5**, alors que c’est le cas pour seulement 10% des non-prescripteurs et 9% des prescripteurs potentiels. Là aussi, l’association est donc claire (et significative) entre la primo-prescription de BHD et le nombre de patients dépendants aux opiacés suivis, avec une concentration des suivis par les médecins mettant en place le traitement. Cet effet est également retrouvé dans l’étude de Doré de 2018 (5), où il est retrouvé qu’un petit contingent de PA s’occupe de près de la moitié des inductions et des prises en charge de patients dépendants aux opiacés sur le territoire breton.

Nous ne retrouvons pas de différence significative pour l’âge du médecin, le milieu d’exercice majoritaire, le nombre d’années d’expérience ou le département d’exercice. Ce constat est

retrouvé dans l'étude de Barrière de 2015 (26). En revanche, une analyse de l'étude de Doré de 2018 (5) montre de manière significative que les PA bretons formés travaillent majoritairement en zone rurale contrairement aux non-formés qui travaillent essentiellement en zone semi-rurale et urbaine. Ce résultat est cohérent avec les constats précédents concernant la formation et le suivi de patients présentant un TUO.

Concernant le suivi de patients présentant un TUO, certains critères ont été significativement associés au suivi de plus d'un patient par mois dans l'étude de Beck et al. de 2013 (30), à savoir l'exercice en cabinet de groupe, le volume d'actes réalisés par jour (au-delà de 20), la part des bénéficiaires de la CMU parmi les patients reçus (10 % ou plus), le sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues, et enfin le fait de participer à un réseau de toxicomanie, hépatites ou VIH.

2.2. Modalités de prescription

Au vu du petit nombre de prescripteurs (19 répondants) il est nécessaire de rester prudent dans l'interprétation des résultats de la deuxième partie du questionnaire.

Nous pouvons tout de même émettre des hypothèses grâce aux tendances de réponses à certaines réponses, nous allons les comparer aux recommandations de la HAS de 2022 (14).

La plupart des médecins (68%) ne dosent pas les toxiques urinaires avant la mise en route du traitement, ce qui n'est effectivement pas obligatoire pour l'initiation de buprénorphine mais recommandé. En 2018, la thèse de Doré (5) avait également interrogé les prescripteurs sur ce point et avait retrouvé 15% de PA dosant les toxiques urinaires. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ces tests sont de plus en plus utilisés en médecine générale.

La plupart d'entre eux réalisent un bilan biologique complet en début de prise en charge (31% n'en prescrivent pas) : avec un bilan d'IST, un bilan infectieux et rénal et un bilan hépatique.

Les MG prescripteurs débutent à une posologie de buprénorphine moins importante que dans les recommandations, avec **en moyenne 4 mg au lieu de 8 mg le premier jour**. Cependant, ils augmenteraient en moyenne jusqu'à 16 mg/jour, et ¼ des prescripteurs augmentent jusqu'à 24

mg/jour : ces points sont parfaitement conformes aux recommandations. Seul 1 PA dépasse le dosage maximal recommandé de 24 mg dans notre étude.

La plus grande part d'entre eux **demande rarement l'avis d'un addictologue.**

Concernant la durée d'induction, elle semble un peu plus longue dans notre population d'inducteurs avec une **moyenne à 17 jours**, à comparer aux 7 à 14 jours recommandés par l'ANSM en 2022. On retrouve la même moyenne dans les travaux de Doré en 2018 (5), chez les inducteurs bretons.

Les spécialités utilisées sont assez divisées puisque 47% prescrivent la buprénorphine générique, 37% le SUBUTEX® princeps et 10% la SUBOXONE®. Un médecin a sélectionné "autre" pour la spécialité prescrite en précisant qu'il prescrivait de la méthadone en étant en lien direct avec un addictologue.

2.3. Freins et leviers

2.3.1. Le manque de formation comme frein principal

L'addictologie fut reconnue comme une spécialité médicale à part entière en 2002, avec l'apparition de la « capacité d'addictologie clinique », venant remplacer la capacité d'alcoologie et de toxicomanie créée en 1988. Cette spécialité commençait alors à être enseignée dans les facultés de médecine, alors que seule l'alcoologie était enseignée depuis 30 ans.

Dans la formation médicale initiale, l'addictologie représente aujourd'hui 7 à 8 items et est associée à l'enseignement de psychiatrie qui en compte 34 au total. La Psychiatrie-Addictologie étant une des 27 matières enseignées pour l'examen classant national de 6^{ème} année.

L'addictologie ne représente pas une spécialisation à part entière mais une compétence : les internes peuvent réaliser une Formation Spécialisée Transversale (FST) de 1 an en plus de leur internat (remplaçant l'ancien DESC de 2 ans), les médecins peuvent également effectuer une Capacité d'addictologie en 2 ans. Il existe également des Diplômes Universitaires et Inter-Universitaires (DU et DIU) en rapport avec l'addictologie. Certaines formations peuvent également avoir lieu dans le cadre de la formation médicale continue.

Plusieurs études précédentes désignaient le manque de formation des médecins comme un des premiers freins à la prise en charge des patients ayant un trouble d'usage des opioïdes, et à l'investissement en addictologie de manière générale.

Nous pouvons citer certains résultats :

- Selon la thèse de Brochard et Dano de 2013 (31), le manque de formation représentait le premier frein à s'investir dans l'addictologie chez 47% des MG de l'étude dans la région d'Angers.
- Selon la thèse de Barrière de 2015 (26) sur un échantillon de médecins généralistes en France métropolitaine, 76% des MG non formés refusaient de prendre en charge des patients avec un TUO, alors que 55% des MG ayant reçu une formation acceptaient de les suivre. 60% des médecins interrogés ne s'estimaient pas compétents en addictologie.
- Selon la thèse de Doré de 2018 (5), en moyenne 60% des MG non inducteurs de buprénorphine en Bretagne seraient prêts à le faire s'ils suivaient une formation.
- Dans la thèse de Deville de 2020 (24), 53% des MG lyonnais interrogés ont considéré le manque de formation en addictologie comme un obstacle important.

Dans notre étude, **le manque de formation représente le premier frein à la primo-prescription de la buprénorphine (avec 92 répondants soit 76%)**, sachant que 56% des médecins répondants n'ont reçu aucune formation.

A la question « Quel type d'aide pourrait vous être utile dans la primo-prescription », les MG répondent à **55% des formations en addictologie**.

Ce manque de formation entraîne une mauvaise compréhension de la maladie addictive, et ainsi un sentiment d'incompétence et de non légitimité à prendre en charge ces patients.

Comme l'explique également A. Couturier (23) dans sa revue de littérature, les médecins généralistes plus impliqués dans la prise en charge des addictions ont souvent reçu une formation spécifique et ont donc une facilité à aborder ce sujet avec le patient. Ainsi ils entretiennent une meilleure relation médecin-malade, ce qui augmente le sentiment d'autosatisfaction et leur implication dans la prise en charge des addictions.

Ces points, renforcés par les précédents résultats de la littérature, confirment que la question de la formation dans la prescription des MSO est centrale et amènent à penser qu'en améliorant les connaissances des médecins dans cette spécialité, notamment en améliorant la formation

initiale et en proposant des formations continues, ils se sentiraient plus à l'aise et s'impliqueraient davantage dans la prise en charge de ces patients.

Dans les différentes aides proposées pour accompagner la primo-prescription des MSO, sur la question de la formation, plus de 55% de MG trouvent utiles des formations en addictologie, par exemple dans le cadre de la DPC.

2.3.2. Isolement, nécessité de se sentir soutenu pour cette prescription

Le 2eme frein le plus cité par les MG est « **Je trouve l'initiation trop complexe à réaliser en soins primaires, je me sens isolé(e), j'ai besoin d'une approche pluridisciplinaire** » avec **66%** des non-prescripteurs.

Cet intitulé, inspiré de thèses qualitatives sur le sujet, reflète le sentiment d'isolement du médecin généraliste face à une prise en charge complexe.

Ce besoin de soutien a été exploré dans notre questionnaire chez tous les répondants, avec la question « **A combien estimez-vous nécessaire d'avoir un soutien pour la primo-prescription d'un MSO** », avec une échelle de réponse allant de 0 à 10. La moyenne se situe autour de **8/10**, ce qui traduit l'importance de ce besoin, même s'il est subjectif.

Ce soutien peut se présenter sous plusieurs formes. Dans la partie sur les aides proposées pour accompagner les MG dans la primo-prescription des MSO, voici celles qui ressortent le plus dans notre étude :

- **67% des MG trouvent utile une disponibilité par mail ou téléphonique** d'addictologues : solution la plus rapide, pratique et la plus efficace, avec un avis spécialisé adapté au patient en question. Cette permanence téléphonique est aujourd'hui assurée par plusieurs CH et CSAPAd France.
- **54% trouvent utile un site web** : certains existent déjà :
 - *intervenir-addictions.fr* est un site qui propose des vidéos d'entretiens simulés, des techniques de communication et des ressources à utiliser en fonction de différentes difficultés pré-identifiées que peut avoir le MG, ainsi que des questionnaires de repérage utiles pour tout professionnel de santé. En revanche, il n'y a pas d'aide à la prescription de MSO à proprement parler. (32)

- *addictoclic.fr* est un site réalisé par l'association Agir 33 et recense les contacts et structures pouvant accueillir des patients dépendants aux opiacés, comme un annuaire. Il ne propose pas d'aide à la prescription de MSO. (33)
- *addictaide.fr* est un site d'information à destination du grand public, dont le but est d'informer la population sur les différentes addictions et les professionnels de santé vers qui ils peuvent s'orienter. Il ne propose pas non plus d'aide à la prise en charge de ces patients pour les médecins généralistes. (34)

Il n'existe donc pas, à notre connaissance, de site internet dédié aux médecins de premier recours et consacré à l'aide à la primo-prescription de MSO et à la prise en charge de patients dépendants aux opiacés.

Les autres aides jugées utiles par nos répondants sont, à taux de réponse sensiblement équivalent (autour de 30%) :

- des aides humaines, permettant de diminuer ce sentiment d'isolement ressenti par le MG : telles qu'une **IDE Asalée** pouvant s'occuper de l'éducation thérapeutique du patient, résolvant par là également le problème du manque de temps soulevé par un certain nombre de médecins dans différentes études ; ou telles que des **Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle entre MG et addictologues** pour discuter des cas complexes, option utilisée dans certains CSAPA notamment à Grenoble.
- une fiche d'aide à la prescription type flyer : sachant qu'il en existe déjà au moins deux actuellement, condensées, pédagogiques et lisibles : une réalisée par la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise Addictologie financée par l'ARS du Pays de la Loire, mise à jour en 2022, l'autre publié par le Collège de Médecine Générale dans le cadre du Kit Addictions, qui sont des fiches pratiques destinées à aider et encourager la prescription par les MG. (15) (Annexe 2)

En dépit de ces quelques solutions qui existent déjà, ce frein important à la primo-prescription des MSO en rapport avec l'isolement ressenti par le médecin de premiers recours est bien présent. Cela confirme des hypothèses précédentes : l'étude d'Omar de 2018 (35) dénombrait dans l'Hérault 54% des MG interrogés dénonçant un manque de lien avec les réseaux d'addictologie comme principal frein dans la prise en charge des PDO ; la thèse de Deville de 2020 (24) retrouvait le manque de lien interprofessionnel comme l'obstacle le plus important à la prise en charge des patients sous MSO par les MG en région lyonnaise.

Dans la thèse de Doré de 2018 (5), nous pouvons voir que les médecins bretons qui induisent régulièrement le traitement (>5 dans l'année), travaillent tous en relation avec un CSAPA, et que plus de 80% de tous ceux qui induisent travaillent avec un CSAPA. Et comme expliqué plus tôt, ses derniers résultats montrent que l'absence d'un CSAPA à proximité renforcerait l'impression de ne pas être assez formé.

Pour finir, ce constat n'est pas récent puisque déjà en l'an 2000, l'étude de Gagnon et al. (36) montre que les médecins ayant une pratique collaborative avec les réseaux d'addictologie prenaient en charge 86% de l'ensemble des patients traités au SUBUTEX[®], alors que les praticiens ayant une pratique isolée ne suivaient que 14% de ces patients.

Le rôle des liens interprofessionnels avec les structures telles que les CSAPA, ou encore l'aide apportée par les réseaux d'addictologie semblent donc déterminants. Pourtant, dans notre étude, seulement 3 médecins (1.7%) travaillent en lien avec un réseau. L'étude de Moy et Vanlerberghe de 2012 (37), étudiant les liens entre les MG et les structures d'addictologie en Savoie, s'étonnait du manque de connaissance de la part des médecins interrogés, du réseau d'addictologie à leur disposition.

Ces points nous amènent à penser que **renforcer les liens entre équipes spécialisées et MG permettrait à plus de médecins d'induire les MSO**, et de s'investir dans l'addictologie de manière générale. Cela constitue l'objectif principal des réseaux de santé, qui semblent pour le moment peu utilisés par les MG.

2.3.3. Prise en charge jugée trop complexe pour la médecine générale

Notre item **“Je trouve la prise en charge trop complexe (fréquence des polyaddictions, intrication des problèmes sociaux ou judiciaires)”** est approuvé par 40% des médecins non-prescripteurs. Nous trouvons un résultat similaire dans la thèse de Doré de 2018 (5) avec presque 1/3 des non-prescripteurs bretons estimant que l'induction en buprénorphine était trop complexe à réaliser en soins primaires.

L'item **“Je pense que ça n'entre pas dans le champ de la médecine générale”**, retrouvé chez 11 médecins (9%) reflète probablement en partie cette même idée.

Comme expliqué dans l'introduction, la consultation pour l'initiation d'un MSO n'est pas une consultation facile, il est nécessaire de bien connaître le patient et son environnement, ses

comorbidités et antécédents, ainsi que d'expliquer et prescrire le traitement dans les règles. Il faudra ensuite s'assurer que celui-ci est pris correctement, et revoir le patient régulièrement pendant cette période d'initiation qui conditionne en partie le bon suivi du traitement et l'évolution du patient. Par la suite, le patient sera revu au moins tous les 28 jours pour renouvellement du traitement.

Plusieurs points amplifient la complexité de ces prises en charges, notamment le **mésusage** du traitement par buprénorphine qui sera à rechercher. En effet, sous buprénorphine princeps 11% des patients utiliseraient la voie intra-veineuse et 13% la voie nasale. Ces mésusages sont moins importants sous buprénorphine générique (38). La thèse de Deville de 2020 (24) montre que le risque de mésusage ou d'overdose représente un obstacle important pour 52% des MG lyonnais. (24)

Par ailleurs, les **polyaddictions** sont fréquentes. La fréquence des polyconsommations chez les patients sous méthadone gélule augmente régulièrement depuis 2008 : en 2022, 25% d'entre eux consommaient de l'alcool, 22% de la cocaïne et 16% de l'héroïne.(38) Ces polyaddictions représentent un obstacle important à la prise en charge pour 65% des MG lyonnais interrogés dans l'étude de Deville. (24)

Les **comorbidités psychiatriques** sont également très fréquentes, c'est ce que l'on nomme la pathologie duelle (association synergique entre l'addiction et une pathologie psychiatrique), par exemple chez les consommateurs d'héroïne il existerait 65% de patients présentant un trouble de la personnalité (39) contre 13% en population générale (40).

Ce sont souvent des personnes en grande **précarité**. En effet les conditions de vie dégradées sont des motifs d'usage et l'usage de produits onéreux augmente cette précarité, de plus ce sont souvent des personnes à l'écart des dispositifs de soins et d'aide sociale (41). L'aide sociale est donc primordiale dans la prise en charge.

Enfin les comorbidités psychiatriques, la précarité sociale et l'addiction sont régulièrement à l'origine de **problèmes judiciaires**, fréquents chez ces patients. Ces éléments forment un obstacle important à la prise charge pour 50% des MG lyonnais interrogés dans la thèse de Deville de 2020. (24)

Le sentiment d'isolement des MG semble donc très en lien avec la complexité de la prise en charge en addictologie de manière générale. La peur d'être le seul professionnel face à des situations souvent complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire (médicale,

psychologique et sociale), peut constituer une difficulté, d'autant plus qu'il n'est pas toujours simple en ville d'adresser les patients à des spécialistes, psychologue et psychiatre ou encore assistante sociale. L'avantage du CSAPA est qu'il regroupe au sein de la structure ces différents professionnels.

Reflétant cette idée, **37%** non-prescripteurs dans notre étude ont répondu qu'ils refusent d'initier la prescription d'un MSO **car ils ont un CSAPA de proximité** à qui ils adressent leurs patients. Nous pouvons imaginer que ce chiffre augmenterait nettement si le nombre de CSAPA sur le territoire était plus important, notamment en milieu rural.

Cet intérêt pour les CSAPA montre là encore cet effet de concentration des inductions de MSO chez les médecins formés ou les centres spécialisés, sorte de glissement de tâches vers les médecins les plus expérimentés en la matière.

2.3.4. Peu confrontés à la situation de primo-prescription

Dans notre échantillon, parmi tous les médecins ayant répondu à l'enquête, **77% d'entre eux n'auraient jamais été confrontés à une situation nécessitant une initiation de MSO**. C'est un constat que l'on retrouve, dans une moindre mesure, dans le travail de Doré de 2018 (5) avec 45% des MG n'ayant pas été confronté à cette situation. De plus, parmi les freins les plus cités par les MG non inducteurs, nous retrouvons le **manque de demande d'initiation de MSO de la part de la patientèle chez 45% des répondants**.

Ce constat n'est pas surprenant si l'on considère, comme expliqué dans l'introduction, la bonne couverture de MSO actuelle selon l'OFDT (87 %) ainsi que la faible densité de PDO dans la région AuRA, traités ou non, par rapport aux autres régions de France. Ce constat se confirme également au niveau départemental : en reprenant la carte de France faite par l'OFDT en 2022 (Figure 3) (2) nous voyons que les taux de vente de MSO dans les 4 départements les plus représentés de notre étude sont faibles (Rhône, Savoie) ou très faibles (Isère et Loire).

Tout ceci nous conforte dans l'idée que la demande de MSO est relativement faible en région AuRA, ce qui peut expliquer que les MG de notre étude s'y retrouvent peu confrontés.

Nous pouvons nous demander si l'impression d'être peu confronté à une demande de prise en charge par MSO cache en partie un **manque de dépistage des TUO par les médecins**

généralistes. L'étude de Beck et al. de 2013 (30) s'est penchée sur le sujet et conclut que le repérage des PDO en France s'est amélioré sur les dernières années et fait directement écho à l'augmentation du nombre de PDO en demande de soins. Néanmoins, ce manque de repérage est bien présent et majoré par une mauvaise connaissance de la maladie, mais il est difficilement évaluable.

Par ailleurs, nous pouvons formuler l'hypothèse inverse que la demande de prise en charge des patients fait également écho à un meilleur repérage de la part des médecins. En effet, les médecins plus réceptifs à cette problématique, recevraient probablement plus de patients en demande d'aide pour leur TUO, se sentant plus à l'aise. Au contraire, un médecin non réceptif aura probablement moins de patient en demande de sevrage.

Dans tous les cas, le fait d'être peu confronté à une demande de primo-prescription conduit à un manque d'expérience qui renforce cette impression de manque de connaissances. Le résultat final est probablement une augmentation des refus de prescription et également un manque de repérage.

2.3.5. Stigmatisation et perception négative de cette maladie

Plusieurs freins proposés aux médecins refusant la primo-prescription reflétaient une perception négative du patient dépendant aux opioïdes. Néanmoins, ils étaient franchement minoritaires par rapport aux principaux freins mentionnés plus tôt, ce qui contraste avec les autres études sur le sujet du TUO, qu'elles soient qualitatives (la thèse d'Azrak de 2017 (25) conclut que l'image négative du toxicomane apparaît comme le frein initial) ou quantitatives, comme nous allons le voir ci-dessous.

Le plus approuvé est **“je crains d'attirer ce type de population dans ma patientèle, et/ou que cela perturbe ma patientèle” (14%)**. Nous pouvons citer la thèse de Brochard et Dano de 2013 (31), retrouvant 66% des 38 médecins angevins interrogés craignant “un effet boule de neige dans la patientèle”, et 18% craignant un “problème d'image, de perturbation du cabinet”. Dans la même veine, la thèse de Barrière de 2015 (26) comptabilise 60% des 113 répondants craignant “une désorganisation du cabinet” et 36% une “dégradation de l'image du cabinet”, soit une proportion beaucoup plus importante que dans notre étude. En revanche, la thèse

d'Omar (35) de 2018 montre que seulement 8% de ses 142 répondants ont “peur du regard des autres patients du cabinet”.

Le second frein en lien avec une perception négative du patient est **“je suis mal à l'aise avec ce que je juge être la personnalité du patient-type toxicomane” (10%)**. Quand on compare ce résultat à d'autres études, la thèse de Brochard et Dano de 2013 (31) comptabilise 63% de répondants d'accord avec ce frein, formulé de la même manière. La thèse de Barrière de 2015 (26) montre que 92% des 113 médecins interrogés sont d'accord pour dire que les PDO sont “manipulateurs”, et 58% qu'ils “manquent de volonté pour se sevrer”. Nous retrouvons des résultats similaires dans les autres thèses. Ces résultats homogènes montrent qu'il est surprenant de trouver un pourcentage aussi faible dans notre étude, d'autant que le libellé de l'item “personnalité du patient-type toxicomane” a été initialement choisi pour englober les différents traits de caractère et les rassembler en une seule réponse.

Le frein suivant retrouvé dans notre étude est **“je crains d'être en situation de violence, d'insécurité” (9%)**. Là aussi, il est beaucoup plus important dans les études précédentes : par exemple 62% dans l'étude de Deville de 2020 à chez les MG lyonnais (24) et 47% dans la thèse de Brochard et Dano à Angers (31). Dans la thèse de Barrière de 2015 (26), un test statistiquement significatif met en lumière que les femmes sont 75% à craindre d'éventuelles violences contre 43% des hommes. A nouveau, ce résultat de notre étude contraste avec les études précédentes.

Les items **“je crains d'alimenter un trafic, d'être un médecin-dealer” (10%)** est également très inférieur dans notre étude par rapport à ailleurs : 47% dans celle de Brochard et Dano (31), 52% dans celle de Deville (24). L'item **“je crains d'inciter le patient à la surconsommation” (2%)** est très minoritaire également. Ces freins reflètent la mauvaise réputation du traitement par buprénorphine, historiquement sujet à beaucoup de trafic et de mésusage.

L'item **“J'ai un faible intérêt pour l'addictologie”**, retrouvé chez 17 médecins (14%) reflète également la mauvaise estime du travail portant sur les PDO. On retrouve ce faible intérêt chez 56% des MG interrogés dans l'étude de Barrière (26) et 24% dans l'étude de Brochard et Dano (31). Chez les MG lyonnais de l'étude de Deville (24), cela devient un obstacle important à la prise en charge des PDO pour 35% d'entre eux.

L’item **“j’ai un vécu d’expériences malheureuses dans le domaine”**, validé par seulement 5% de nos médecins d’AuRA, fait partie des freins qui contrastent le plus avec d’autres études. En effet, le taux de professionnels concernés parmi ceux interrogés est de 47% dans l’étude de Brochard et Dano (31), et à 60% dans celle de Barrière (26). Dans cette dernière, une analyse statistiquement significative a montré que 78% des médecins refusant de prendre en charge des PDO avaient eu par le passé une expérience négative avec ce type de patients, contre 22% des MG acceptant de suivre des PDO. Ce résultat est probablement en partie en lien avec le fait que les médecins d’AuRA sont dans l’ensemble moins habitués aux PDO que dans d’autres régions.

En somme, les différents freins en lien avec une perception négative de l’addiction aux opioïdes passent au second plan dans notre étude alors qu’ils sont souvent présents dans plus de la moitié des échantillons des autres études quantitatives, voire représentent les obstacles majeurs à la prise en charge des PDO. Nous pouvons nous demander si ce résultat est en lien avec la prévalence de PDO moins importante sur la région AuRA, entraînant moins d’appréhension par rapport à ces patients. De plus il est possible qu’ils soient en partie minimisés par des biais de sélection et prévarication.

Une étude de 2011 auprès de différents professionnels dans 8 pays d’Europe mesurait l’estime du travail (*“regard for working”*) auprès de certaines populations (42). Dans tous les services de soins primaires et dans tous les pays, les professionnels de santé estiment que leur travail auprès des populations usagères de drogues avait moins de valeur que leur travail auprès des autres populations.

Une méta-analyse de 2013 (43) évaluait les attitudes des professionnels de santé envers les patients souffrant d’addiction : ils retrouvaient généralement une attitude négative, un engagement personnel moindre et une empathie diminuée envers ces patients. Les professionnels de santé percevaient de la violence, de la manipulation et du manque de motivation, ce qui avait pour conséquence d’altérer la prestation de soins, la satisfaction du patient et les résultats ultérieurs du traitement.

Le travail auprès des populations usagères de drogues souffre d’une perception négative qui altère la qualité des soins et la relation entre le médecin et le patient. Afin de lutter contre cette stigmatisation, il est nécessaire de mieux connaître la maladie addictive et sa prise en charge. C’est l’objectif des instances comme la HAS ou encore le CMG avec la publication de leurs dernières recommandations et les fiches d’aides à l’attention des MG.

Les résultats plutôt encourageants de notre étude nous donnent envie de penser qu'ils reflètent un changement progressif des *a priori* concernant les PDO.

2.3.6. Autres freins mineurs

Nous pouvons remarquer que **le manque de temps ne représente un frein à la primo-prescription que pour 14% des MG non-prescripteurs**. Ce résultat semble plutôt faible car nous savons que cette consultation peut être chronophage par sa complexité. Les autres thèses quantitatives retrouvaient le manque de temps comme un frein pour plus de 40% des MG chez Omar (35), Deville (24) et Brochard et Dano (31).

Néanmoins, une étude plus ancienne de l'OFDT de 2002 (44) démontrait que sur les deux tiers des médecins affirmant qu'il leur arrivait de refuser de suivre certains patients toxicomanes, 8% seulement donnaient comme raison le manque de temps ou de disponibilité. 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. Notre étude semble également aller dans ce sens.

Parmi les freins restants, ultra-minoritaires, **le manque de rémunération retrouvé chez 3%** des médecins est également signalé chez 14% des MG dans l'étude d'Omar de 2018 (35), et la crainte de ne pas être payé chez 24% des MG dans l'étude de Barrière de 2015 (26). Nous pouvons imaginer que cette problématique est exacerbée par le côté chronophage de ce type de consultation, ce qui nous ramène vers la question de la valorisation du temps de travail.

Les freins "je fais un sevrage sans MSO" (2%) et "je refuse catégoriquement toute prescription de MSO" (1%) ne sont pas retrouvés de manière significative dans les autres études, ce qui confirme leur caractère marginal.

2.4. Perspectives

Comme développé dans l'introduction, nous assistons à une diminution progressive de la prescription de buprénorphine ces 10 dernières années au profit de celle de la méthadone, encouragée par les recommandations de 2004 puis l'arrivée de la forme gélule en 2008. Suite aux constats de cette étude, nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que le recentrage des prises en charge sur les CSAPA favorise la prescription de la méthadone, qui est ensuite renouvelée par les médecins généralistes. Cependant les relevés auprès de l'assurance maladie s'arrêtent en

2022, et les nouvelles recommandations de 2022 détaillent la prise en charge et encouragent la prescription et l'initiation du traitement par buprénorphine par les médecins généralistes. Nous pouvons imaginer une inversion de cette tendance dans les années à venir.

Toutes les propositions d'aides à la primo-prescription de BHD que nous avons récupérées d'études qualitatives et synthétisées tournent autour de la formation, du soutien pluriprofessionnel, des aides théoriques. Dans notre proposition "Autre" avec texte libre que nous avons mis dans le questionnaire pour voir si nous n'étions pas passées à côté d'une idée, nous avons eu 4 réponses type "je ne prescris pas" et 3 réponses appelant à un réseau ou un spécialiste mieux formé. Aucun critère organisationnel n'a ainsi été soulevé, par rapport à la rémunération, au temps de la consultation ou à l'aménagement des locaux par exemple.

Les améliorations à apporter se concentrent donc bien sur la formation et le lien avec une équipe pluriprofessionnelle.

Ainsi, pour des travaux futurs sur le sujet, **il pourrait être intéressant d'étudier l'impact de la disponibilité de spécialistes** addictologues (par téléphone par exemple, ou grâce aux réseaux d'addictologie) sur l'implication des médecins généralistes dans les suivis des patients présentant un trouble d'usage des opioïdes ou sur la prescription des MSO.

Il serait également **intéressant de mettre en place un site internet** simple, pratique et intuitif afin d'aider les médecins généralistes dans la prescription des médicaments de substitution en premier recours. Ces outils pourraient être testés en consultation.

CONCLUSION

Nous assistons ces dernières années à une diminution de la prescription de buprénorphine dans le cadre de la prise en charge du trouble d'usage des opioïdes (TUO), au profit de la méthadone, cette dernière étant uniquement initiée dans les structures spécialisées ou hospitalières. En effet certaines études mettent en évidence le vécu compliqué des médecins généralistes (MG) face à la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. Nous nous sommes intéressés à l'étape de l'induction : nous avons cherché à évaluer la proportion de médecins primo-prescripteurs de buprénorphine sur la région AuRA et à mieux comprendre les freins et leviers à cette prescription.

Les résultats de cette thèse ont confirmé que seule une minorité de MG initie un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) en AuRA, ce qui concorde avec les études d'autres régions. Les médecins initiant la prescription sont significativement plus des hommes, ayant reçu une formation en addictologie et ils suivent en moyenne plus de patients traités par un MSO que les autres. Les difficultés mises en évidence sont le manque de formation et le sentiment d'isolement face à des situations complexes, en accord avec les aides souhaitées (formations, avis spécialisés téléphoniques ou par mail). Les freins en lien avec une image négative du patient usager de substances illicites apparaissent minoritaires, à la différence des études précédentes sur le sujet.

Ces résultats nous amènent à penser que l'amélioration de la formation en addictologie, l'augmentation des dispositifs d'aides à la prescription ainsi que le renforcement des relations interdisciplinaires, sont trois leviers majeurs qui permettraient d'encourager l'implication des médecins généralistes de la région AuRA dans la prise en charge des patients présentant un TUO.

THÈSE SOUTENUE PAR : Mme Margot DUBOIS et Mme Valentine DURIVAL

TITRE :

Les médecins généralistes d'Auvergne-Rhône-Alpes face à la primo-prescription de buprénorphine : caractéristiques, motivations et pistes d'action

CONCLUSION :

Nous assistons ces dernières années à une diminution de la prescription de buprénorphine dans le cadre de la prise en charge du trouble de l'usage des opioïdes (TUO), au profit de la méthadone, cette dernière étant uniquement initiée dans les structures spécialisées ou hospitalières. En effet certaines études mettent en évidence le vécu compliqué des médecins généralistes (MG) face à la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. Nous nous sommes intéressés à l'étape de l'induction : nous avons cherché à évaluer la proportion de médecins primo-prescripteurs de buprénorphine sur la région AuRA et à mieux comprendre les freins et leviers à cette prescription.

Nous avons pour cela réalisé une étude quantitative transversale, basée sur un questionnaire informatisé adressé par mail à un échantillon de médecins généralistes en région AuRA.

Sur les 1180 médecins présélectionnés, nous avons envoyé un mail à 490 médecins et reçu 172 réponses. 11% des MG avaient déjà initié eux-mêmes un traitement substitutif par buprénorphine. Les analyses bivariées ont montré que cette prescription était significativement associée au genre masculin, à la formation et au nombre de patients sous médicament de substitution (MSO). Leur protocole d'induction était proche des dernières recommandations de la HAS. 12% des MG avaient déjà refusé d'initier le traitement, les 77% restants n'avaient jamais été confrontés à cette situation ; parmi eux 19% feraient la primo-prescription eux-mêmes et 58% refuseraient de la faire.

Les freins majeurs relevés par les médecins non-inducteurs étaient le manque de formation (76%) ainsi que le sentiment d'isolement dans cette prise en charge complexe (66%). Vient ensuite le fait qu'il y ait peu de demandes de la part des patients (45%) et de trouver la prise en charge trop complexe pour la médecine générale (40%). De manière concordante, les aides les plus demandées étaient une disponibilité par mail ou téléphoniques d'addictologues (68%), des possibilités de formation (56%) et un site web d'aide à la prescription (55%). Les freins en lien avec une image négative du patient usager de substances illicites apparaissent minoritaires, à la différence des études précédentes sur le sujet.

Ces résultats nous amènent à penser que l'amélioration de la formation en addictologie, l'augmentation des dispositifs d'aides à la prescription ainsi que le renforcement des relations interdisciplinaires, sont trois leviers majeurs qui permettraient d'encourager l'implication des médecins généralistes de la région AuRA dans la prise en charge des patients présentant un TUO.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

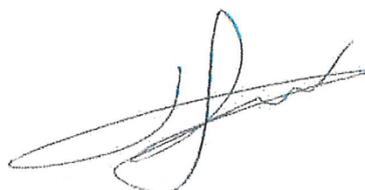
Grenoble, le : 24.04.2024

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE


Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UFRM

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT DU JURY



Pr Patrick IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et l'Addictovigilance. Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances, principaux résultats enquêtes DRAMES 2021. CHU de Grenoble: CEIP-A; 2023.
2. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Traitements de substitution aux opioïdes en France. BILAN 2023. OFDT; mars 2023.
3. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes. 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011;177-201.
4. DREES. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients - Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2021
5. DORE PF. Induction en buprénorphine en soins primaires : analyse des pratiques professionnelles des médecins généralistes libéraux de Bretagne. Université de Rennes 1; 2018.
6. Corso C. Le potentiel de dépendance de la buprénorphine : revue bibliographique. 30 juin 1998;158:14-31.
7. Fédération Française d'Addictologie. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Presse Médicale. oct 2004;33(18):41-7.
8. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. RAPPORT : Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. ANSM. Fevrier 2019.
9. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances - OFDT; mis à jour avril 2023.
10. Matinale OFDT. Opioïdes : état des lieux sur les usages et mésusages en France et au Québec. 14 décembre 2022; OFDT.
11. Observatoire français des drogues et tendances addictives. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » 2020 - OFDT; 2020.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Last year prevalence of high-risk opioid use among adults in Europe. EMCDDA; 2022.

13. American Psychiatric Association. Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux, 5e éd, DSM-5. 2013.
14. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Saint-Denis La Plaine. HAS; 2022.
15. Collège de Médecine Générale. Kit addictions : 8 fiches pratiques pour rendre accessible et pédagogique la prise en charge des conduites addictives des patients. CMG. 2022.
16. Dematteis M, Pennel L. Trouble de l'usage des opiacés et opioïdes : quelles stratégies thérapeutiques en 2018 ? 2018;
17. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. J Subst Abuse Treat. juill 2007;33(1):91-8.
18. Dematteis M, Auriacombe M, D'Agnone O, Somaini L, Szerman N, Littlewood R, et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. Expert Opin Pharmacother. déc 2017;18(18):1987-99.
19. Résumé des caractéristiques du produit - BUPRENORPHINE EG 8 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments. Mis à jour mai 2023.
20. Whitley SD, Sohler NL, Kunins HV, Giovanniello A, Li X, Sacajiu G, et al. Factors associated with complicated buprenorphine inductions. J Subst Abuse Treat. juill 2010;39(1):51-7.
21. Chappuy M, Trojak B, Nubukpo P, Bachellier J, Bendimerad P, Brousse G, et al. Buprénorphine d'action prolongée : quelles perspectives pour la pratique clinique ? Therapies. 19 mai 2020.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients - Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. DREES; 2021.
23. COUTURIER A. - Profil des médecins généralistes qui s'investissent dans la prise en charge des addictions : revue de la littérature. Université de Poitiers; 2017;
24. DEVILLE M. Quels sont les freins à la prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés par les médecins généralistes ? Université Claude Bernard Lyon 1; 2020

25. Azrak D. Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif : étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise. Faculté de Rouen; 2017
26. Barrière L. Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ?. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015
27. Farnier C, Mathouraparsad X. État des lieux de l'intérêt porté au changement climatique dans le domaine de la santé et des pratiques mises en place chez les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes.
28. LEMAIGNAN E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? Université Claude Bernard Lyon 1. 2017.
29. Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik AD, Masut A, Ronfle E, et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes: Prescription of buprenorphine in high dosage by general practitioners. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 déc 2004;52(6):511-22.
30. Beck F, Guignard R et al. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. Rev Fr Aff Soc. 2013;(n°3):24-41.
31. Brochard M, Dano C. Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi. Université d'Angers; 2013. p. 175.
32. Intervenir-addictions. Le portail des acteurs de santé. Le Portail des acteurs de santé. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/>
33. Addictoclic. Annuaire en ligne Addictions en Nouvelle-Aquitaine. Disponible sur: <https://addictoclic.com/>
34. Addictaide. Le village des addictions. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/>
35. Omar OE. La prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par les médecins généralistes de l'Hérault. Université de Montpellier; 2018.
36. GAGNON A, ROBINET S, C B, PARQUET PJ. Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. Analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes. 2000. 1627-1635 p.

37. 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. Université Grenoble Alpes; 2012.
38. Addictovigilance. Observation des Produits Psychotropes Illicites ou détournés de leur Utilisation Médicamenteuse. Résultats OPPIDUM 2022. Centre d'addictovigilance PACA-Corse; 2023.
39. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 21 nov 1990;264(19):2511-8.
40. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(6):590-6.
41. Observatoire français des drogues et des conduites addictives. 1999-2019 : les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT - OFDT; 2020
42. Gilchrist G, Moskalewicz J, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. Addict Abingdon Engl. juin 2011;106(6):1114-25.
43. van Boekel LC, Brouwers EPM, et al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend. 1 juill 2013;131(1-2):23-35.
44. Marchand C, Coulomb S et al. Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. OFDT. Paris; 2001

ANNEXES

*Annexe 1 : Critères diagnostiques du Trouble de l'usage des opiacés.
(American Psychiatric Association. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015)*

Trouble de l'usage des opiacés

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Les opiacés sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opiacés.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opiacés, à utiliser des opiacés ou à récupérer de leurs effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés.
 5. Usage répété d'opiacés conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Usage continu d'opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opiacés.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'opiacés.
 8. Usage répété d'opiacés dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'usage d'opiacés est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opiacés.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'opiacés pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'opiacés.
N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.
 11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique des opiacés (*cf.* les critères A et B du sevrage d'un opiacé, p. 709).
 - b. Les opiacés (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.50 (F11.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.00 (F11.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.00 (F11.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

KIT ADDICTIONS
FICHE PRATIQUE
Médicaments substitutifs aux opioïdes (MSO) Une nécessité

» Pourquoi les prescrire ?

Le trouble de l'usage des opioïdes est une **maladie chronique due à un dysfonctionnement neurobiologique.**

Les MSO ont montré leur efficacité :

- ⊖ Craving et des consommations
- ⊖ Mortalité (surdoses)
- ⊖ Infectieux (VIH, VHB, VHC)
- ⊖ Qualité de vie et sociale

» Quels sont les dangers ?

Risque de dépression respiratoire pouvant être mortelle :

- en cas de surdose, surtout à l'initiation et à la perte de tolérance,
- en cas d'associations : alcool, BZD, gabapentinoïdes, autres opioïdes.

Risque infectieux lors des injections

 Rappeler au patient de tenir le produit hors de portée des enfants et de ne pas partager son traitement avec des personnes naïves en opioïdes.

» Les MSO et leurs différences



Buprénorphine ± Naloxone
Comprimé sublingual ou lyophilisat

Agoniste partiel

Peu de variations interindividuelles. **Moins de risque de surdose.** De plus, elle peut être initiée et renouvelée par tout médecin généraliste donc à proposer en première intention. Sniffée ou injectée, elle expose aux risques infectieux et à l'instabilité du traitement.



Méthadone
Sirop ou gélule

Agoniste complet à demi-vie longue

Variations interindividuelles. **Risque de surdose avec les dépresseurs respiratoires.** Initiation en CSAPA ou à l'hôpital, dont les unités sanitaires en prison.

» Principes de base

- S'assurer de la **dépendance aux opioïdes** et des modes d'usage (IV, sniff...).
- Repérer les **consommations associées** : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, et autre comportements addictifs.
- Prévention des **rechutes** : ⊖ du craving.
- Travailler en **pluripro** et avec CSAPA, CJC, Addictologue, Professionnels de santé mentale,...

BUPRÉNORPHINE - HAUT DOSAGE : BHD

- SUBUTEX® : cp sublingual de 0,4, 2 et 8mg
- BUPRÉNORPHINE : cp sublingual de 0,4, 1, 2, 4, 6 et 8mg
- SUBOXONE® (BHD+Naloxone) : cp sublingual de 2mg/0,5mg ou 8mg/2mg
- OROBUPRE® : lyophilisat oral de 2 et 8mg.
Les boîtes contiennent 7 comprimés.

Modalités de prescription

Instaurer

- Attendre les signes de manque.
- Dose initiale **4 à 8 mg**, puis ajuster par palier de 1 à 2 mg/j toutes les semaines selon les signes de manque.

Renouveler

- Posologie moyenne : 8 mg/j - maxi 24 mg.
- Surveillance : Score d'Handelsman.



Réduire ou arrêter

Ce n'est un objectif que si le patient l'a décidé. Aucune urgence. **Nécessité d'une stabilité médicale et sociale pour que cela se passe bien.** Diminuer très lentement et surveiller le craving et les consommations. Sur plusieurs mois ou années. **Ne pas hésiter à réaugmenter le traitement si nécessaire.**

Cadre légal

- **Primo-prescription** et renouvellement par tout médecin.
- **Ordonnance sécurisée** avec dosage en toutes lettres.
- Préciser la **pharmacie de délivrance**.
- Durée maximale de traitement de **28 j**.
- Délivrance fractionnée en périodes de **7 j**.
(sauf mention du prescripteur « délivrable en une fois »).

Modalités de prise

- Une seule prise/j. Laisser fondre jusqu'à dissolution complète.
- SUBUTEX® et SUBOXONE® ou BHD générique : **sous la langue**
- OROBUPRE® : **sur la langue**.

Risques

- Injection IV ou sniff : risques infectieux.
- Association avec benzodiazépine, alcool : ⊖ mortalité.

Effets indésirables

- Association aux IMAO : ⊖ effets des opioïdes.
- Association à un opioïde : déclenche un syndrome de sevrage.



MÉTHADONE

- **SIROP** : flacons de 5, 10, 20, 40 et 60mg
- **GÉLULES** : 1, 5, 10, 20, 40mg

Modalités de prescription

Indications

Inefficacités ou injections/sniff de buprénorphine.

Instaurer

Obligatoirement en CSAPA ou en établissement de santé.

Renouveler

- 1 prise par jour
- Si besoin ⚠ ou ⚡ de 5 à 10 mg/j tous les 3 à 5 jours.
- Posologie d'entretien 60 à 120 mg
- Renforcer la surveillance si posologie supérieure à 120mg.

Réduire ou arrêter

Idem buprénorphine. Diminution progressive par paliers sur plusieurs mois ou années. Ne pas hésiter à réaugmenter le traitement si nécessaire.

Cadre légal

- **Prescription initiale** : CSAPA, médecins hospitaliers.
- **Relais possible au généraliste** avec ordonnance relais de la structure.
- **Ordonnance sécurisée** : dosage en toutes lettres / nom de la pharmacie / délivrance pour 7j sauf mention du prescripteur.
- **Durée maximale de prescription** : sirop : 14 j / gélule : 28 j.
- **Passage du sirop à la gélule** : possible si patient stabilisé et traitement > 1 an, adresser au CSAPA ou médecin hospitalier.

Principaux risques

- **Surdose mortelle** car pas d'effet plafond.
- **Associations contre-indiquées** : Buprénorphine, nalméfène, escitalopram, citalopram, hydroxyzine, dompéridone, nalbuphine, naltrexone, millepertuis, oxybate de sodium, pipéraquline et cocaïne.
- **Associations déconseillées** : Benzodiazépines, médicaments à risque de torsades de pointe et allongement du QTc : antiarythmiques de classe « Ia », certains antiparasitaires, macrolides ou neuroleptiques.
- ⚠ **Torsades de pointe et allongement du QTc** si posologie supérieure à 120mg : faire un ECG.

» La prescription d'urgence

- Se limiter à quelques jours (3 au maximum).
- Contacter le prescripteur habituel et la pharmacie.
- S'assurer que le patient prend de la méthadone.

» Les voyages

- **Pour l'étranger** : MSO interdits dans certains pays.

Dans l'Espace Schengen :

- < 14 jours : présenter son ordonnance
- > 14 jours : idem + « Autorisation de transport de stupéfiants ou psychotropes dans le cadre d'un traitement médical » de l'ARS du prescripteur. Validité 28 j (14 j pour la méthadone.)

Hors Schengen : Unité Stupéfiants et Psychotropes de l'ANSM ou l'ambassade du pays de destination.

» La douleur

Il existe une baisse de tolérance à la douleur. D'abord ajouter Paracétamol ou AINS. Si insuffisant, continuer mais en fractionnant les MSO en 2 ou 3 prises journalières. Au-delà, augmenter la dose de MSO + autres stratégies > allo addictologue, CSAPA ou médecin de la douleur.

» Le switch des MSO

BHD ↔ Méthadone

Si inefficacité ou mésusage de BHD : adresser au CSAPA.

Méthadone ↔ BHD

Diminuer la MTD à moins 40 mg. Stop 24h minimum. Attendre les signes de manque. Débuter BHD à 2mg et ajuster par palier de 2 mg/h selon les symptômes (max 8 mg/j le premier jour).



Les risques

Surdose (pas d'effet plateau)

Risque léthal : 1 mg/kg surtout enfants, personnes naïves.

Tout accompagnement de patient en général consommateur d'opioïde nécessite la prescription de Naloxone et une éducation thérapeutique. ⚡

Prescription systématique :

- **PRENOXAD 0,91 mg/ml** seringue préremplie. AMM adultes.
- **NYXOID 1,8 mg** pulvérisation nasale. Administration éventuelle chez des enfants par un médecin si ingestion accidentelle mais AMM > 14 ans. Disponible dans établissements de santé, CSAPA, CAARUD et pharmacies de ville / Formation du patient.



Grossesse et allaitement

Grossesse prévue ou découverte : garder les MSO car pas de risque malformatif.

Si besoin, ⚠ des posologies pendant la grossesse et ⚡ après.

Informier l'équipe de la maternité : une surveillance sera nécessaire pour la prévention du syndrome de sevrage néonatal.

La méthadone passe dans le lait maternel.

Allaitement possible avec accord de la patiente mais reconsidéré si alcool, psychotropes,...

Soutenu

par le



Septembre 2023

Les médecins généralistes d'Auvergne-Rhône-Alpes face à la primo-prescription de buprénorphine : caractéristiques, motivations et pistes d'action

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous remercions d'accepter de participer à notre enquête.

Cela vous prendra entre 2 et 5 minutes. Les réponses sont anonymisées automatiquement.

Valentine DURIVAL

Margot DUBOIS

PREMIÈRE PARTIE : Concernant l'initiation d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO)

1/ Avez-vous déjà initié un médicament de substitution aux opiacés (MSO) chez un patient ayant un trouble de l'usage des opioïdes en demande de soins ?

Sélectionner 1 réponse

- Oui
- Non, la situation s'est présentée et j'ai refusé.
- Non, la situation ne s'est pas présentée et si elle se présentait, je refuserais.
- Non, la situation ne s'est pas présentée mais si elle se présentait, je le ferais.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU A LA PREMIÈRE QUESTION : OUI :

DEUXIÈME PARTIE : Quel est votre protocole d'initiation de MSO ?

1/ Réalisez-vous un dosage des toxiques urinaires ?

Sélectionner 1 réponse

- Non
- Oui, avant l'initiation du traitement
- Oui, avant chaque changement de dosage
- Autre :

2/ Réalisez-vous un bilan biologique avant l'initiation du traitement ?

Sélectionner 1 à 4 réponses

- NFS, ionogramme, créatinine
- Bilan hépatique
- Bilan IST (VHB, VHC, VIH...)
- Je ne réalise pas de bilan biologique avant l'instauration du MSO
- Autre :

3/ Prescrivez-vous le kit « naloxone » à l'initiation du traitement ?

Sélectionner 1 réponse

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois, si je juge le patient à haut risque de surdosage
- Non

4/ Quelle spécialité choisissez-vous le plus souvent pour l'initiation du traitement ?

Sélectionner 1 réponse

- buprénorphine générique
- buprénorphine (SUBUTEX®)
- buprénorphine-naloxone (SUBOXONE®)
- buprénorphine lyophilisat (OROBUPRE®)
- Autre :

5/ A quel dosage de buprénorphine initiez-vous généralement le traitement ?

Sélectionner 1 réponse

- 0.4 mg
- 1 mg
- 2 mg
- 3 mg
- 4 mg
- 5 mg
- 6 mg
- 7 mg
- 8 mg
- plus de 8 mg

6/ Pendant combien de temps en moyenne réalisez-vous l'induction (période d'adaptation initiale du traitement) ? (en jours entiers)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

SI VOUS AVEZ RÉPONDU BUPRÉNORPHINE GÉNÉRIQUE ou SUBUTEX ou SUBUXONE à la question 4/

7/ Jusqu'à quelle posologie maximale augmentez-vous le MSO ? (en milligrammes)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OROBUPRE à la question 4/

8/ Jusqu'à quelle posologie maximale augmentez-vous le MSO ? (en milligrammes)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

9/ Après avoir initié le MSO, sollicitez-vous l'avis d'un addictologue ?

Sélectionner 1 réponse

- Toujours
- Fréquemment
- Parfois / Rarement
- Jamais

SI VOUS AVEZ RÉPONDU A LA PREMIÈRE QUESTION : NON, LA SITUATION S'EST PRÉSENTÉE ET J'AI REFUSÉ ; OU NON LA SITUATION NE S'EST PAS PRÉSENTÉE MAIS SI ELLE SE PRÉSENTAIT JE REFUSERAIS :

TROISIÈME PARTIE : En cas de refus d'initiation de MSO :

1/ Pour quelle(s) raison(s) refusez-vous l'initiation d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO) ?

Sélectionner la ou les réponses

- Je n'ai pas assez de temps pour ce genre de consultation
- Je trouve l'initiation d'un MSO trop complexe à réaliser en soins primaires, je me sens isolé face à cette situation, j'ai besoin d'une approche pluriprofessionnelle
- Il n'y a pas ou peu de demande de MSO dans mon bassin de population
- Je trouve que ce n'est pas correctement rémunéré

- Je ne me sens pas assez formé
- Je pense que ça n'entre pas dans le champ de la médecine générale
- Je trouve la prise en charge trop complexe (fréquence des polyaddictions, intrication de problèmes sociaux et judiciaires)
- J'ai un faible intérêt pour l'addictologie
- Je refuse catégoriquement toute prescription de MSO
- Je crains d'alimenter un trafic, d'être un « médecin-dealer »
- Je crains d'inciter le patient à la surconsommation
- J'ai un vécu d'expérience(s) malheureuse(s) dans le domaine
- Je suis mal à l'aise avec de ce que je juge être la « personnalité du patient type toxicomane » (manipulateur, malhonnête, inobservant, agressif, peu ponctuel...)
- Je crains d'attirer ce type de population dans ma patientèle, et/ou que cela perturbe ma patientèle
- Je crains d'être en situation de violence, d'insécurité
- J'ai un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) à proximité à qui j'adresse ces patients
- Je fais un sevrage sans MSO
- Autre : ...

POUR TOUS LES PARTICIPANTS AU QUESTIONNAIRE :

QUATRIÈME PARTIE : Quelles aides possibles ?

1/ Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous nécessaire d'avoir un soutien pour la primo-prescription d'un MSO ? (0 = pas nécessaire, 10 = absolument nécessaire)

Sélectionner un chiffre de 0 à 10

2/ Quel type d'aide pensez-vous utile pour vous accompagner dans la primo-prescription des MSO ?

Sélectionner la ou les réponses

- Une fiche d'aide à la prescription type flyer
- Un site web (tel que *addictoclic*, *intervenir-addictions.fr*, *addictaide.fr*)
- Des formations en addictologie (par exemple dans le cadre de la DPC)
- L'aide d'une IDE sur place (type Azalée) pour assurer l'éducation thérapeutique

- Une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (entre médecins généralistes et addictologues pour donner un avis sur situations cliniques compliquées)
- Une disponibilité téléphonique d'addictologues
- Le passage régulier d'un membre d'une équipe spécialisée paramédicale de proximité (type microstructure en lien avec un CSAPA ou un CMP, pour discuter des situations cliniques ou organiser une consultation externe)
- Je n'ai pas besoin d'aide
- Autre : ...

CINQUIÈME PARTIE : Caractérisation des médecins

1/ A quel genre vous identifiez-vous ?

Sélectionner 1 réponse

- Homme
- Femme
- Autre : ...

2/ Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Sélectionner 1 réponse

- < 35 ans
- 35 – 50 ans
- 50 – 60 ans
- > 60 ans

3/ Quel est votre milieu d'exercice majoritaire ?

Si vous hésitez avec le milieu semi-rural, la thèse de Corfias, 2020 (1) peut vous aider à définir votre milieu d'exercice grâce aux critères suivants :

Arguments en faveur d'un exercice en milieu urbain plutôt que semi-rural :

- Distance des urgences < 16 minutes
- Densité de population > 300 hab/km²
- pas de visites à domicile à plus de 10km
- avis spécialisé pneumologique possible dans la semaine
- peu voire pas de gardes de 20h à minuit

- peu voire pas de créneaux dédiés aux urgences.

Arguments en faveur d'exercice en milieu rural plutôt que semi-rural :

- densité de population $< 100\text{hab}/\text{km}^2$;
- peu voire pas de médecins à exercice particulier ;
- réalisation de plâtres/attelles au cabinet ;
- bassin de vie peu artificialisé.

(1) Corfias M-E. Milieu rural, semi-rural ou urbain : confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2020.

Sélectionner 1 réponse

- Urbain
- Semi-rural
- Rural
- Cabinet de station

4/ Vous exercez dans le département suivant (exercice majoritaire) :

Sélectionner 1 réponse

- Ain (01)
- Allier (03)
- Ardèche (07)
- Cantal (15)
- Drôme (26)
- Isère (38)
- Loire (42)
- Haute Loire (43)
- Puy-de-Dôme (63)
- Rhône (69)
- Savoie (73)
- Haute Savoie (74)

5/ Vous êtes :

Sélectionner 1 réponse

- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant
- Autre : ...

6/ Combien d'années d'expérience en pratique de la médecine générale avez-vous ? (en années entières)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

7/ Quelle formation avez-vous reçue en addictologie pour la prescription ou le suivi des traitements de substitution aux opiacés ?

Sélectionner 1 ou 2 réponses

- Aucune
- Stage clinique durant l'externat et/ou l'internat
- Formation théorique durant l'internat, formation continue, DPC, groupe Balint ou groupe de pairs
- DU ou DIU ou DESC ou CAPACITE ou FST
- Je suis affilié(e) à un réseau d'addictologie

8/ Suivez-vous actuellement un ou des patient.e.s ayant un médicament de substitution aux opiacés ?

Sélectionner 1 réponse

- Oui, >10 sur la dernière année
- Oui, entre 5 et 10 sur la dernière année
- Oui, entre 1 et 5 sur la dernière année
- Non, aucun car la situation ne s'est pas présentée
- Non, aucun car je refuse le suivi de ces patients

Merci beaucoup pour votre participation à l'enquête !

Bien confraternellement, Margot DUBOIS, Valentine DURIVAL

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”