

# THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

**Léo RIVER**

Le 9 juillet 2024

**QUELS SONT LES FREINS DES PATIENTS SOUS MÉDICAMENTS SUBSTITUTIFS AUX  
OPIOIDES A ÊTRE SUIVIS PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE.**

**ENQUÊTE AUPRÈS DE PATIENTS SUIVIS EN CSAPA D'ARIEGE**

Directeur de thèse : Pr BIREBENT Jordan

### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur DRUEL Vladimir**

**Assesseur**



**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiqie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Neurologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés**

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
Mme LATROUS Leila  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
M. SIBAUD Vincent  
Mme WOISARD Virginie

# FACULTÉ DE SANTÉ

## Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

### MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

#### M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

### Maîtres de Conférence Associés

#### M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

# *Remerciements*

*Au président du jury, Professeur Pierre MESTHE, illustre figure universitaire,*

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de nous avoir partagé votre passion pour la médecine générale lors de vos cours.

*Aux membres du jury,*

Monsieur le **Professeur BIREBENT Jordan**, pour avoir accepté de diriger mon travail de thèse sur un sujet qui m'a fortement intéressé. Je t'en suis sincèrement reconnaissant.

Monsieur le **Dr DRUEL Vladimir**, Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon travail en acceptant de composer ce jury. Soyez assuré de mon respect le plus sincère.

Merci aux équipes des CSAPA d'Ariège d'avoir peaufiné et diffusé mon questionnaire et bien sûr merci aux patients qui l'ont rempli.

*A mes maitres de stages,*

Yves, Carole, Valérie, Santiago, Jean pierre, Jordan, Jean Luc, merci pour votre pédagogie. Merci de m'avoir montré tant de pratiques différentes de la médecine pour me permettre de forger la mienne.

*A Françoise Haudry,*

Qui a bien fait de me relancer moult fois par mail sinon j'aurais probablement attendu le dernier moment pour m'y mettre.

*A ma famille,*

*Mes parents*, enfin j'arrive au bout ! Comme quoi tout arrive. Merci pour votre soutien et votre confiance aveugle. Je pense que vous m'avez transmis des valeurs dont je peux être fier. Et même si je ne suis pas des plus démonstratifs, je suis extrêmement reconnaissant de tout ce que vous avez fait pour moi.

*Ma sœur*, même si on ne se voit pas souvent c'est toujours un plaisir de débriefer de tout ce qui s'est passé depuis la fois d'avant.

*Mamie*, toujours prête pour préparer un bon repas et garder mes plantes en pension.

*A mes Amis,*

*Le groupe du camping la forêt,*

Merci pour ces défis puérils mais si drôles qui nous occupaient en cours. Sylvanou, notre champion de mario-kart et l'intellectuel du groupe, c'est dire le niveau... Kekette. Tu étais toujours disponible pour expliquer un cours en PACES. Tu as la fibre pédagogue. Tu seras à coup sûr un très bon maître de stage. BenRamine, notre pokémaniac invétéré, on espère qu'un jour tu vas redescendre du Nord sinon on viendra te chercher. Gagou, tu m'as toujours surpris par ton absence de limite pour faire des blagues. Mais rien que t'imaginer changer les couches à longueur de journée m'apporte une certaine satisfaction. Un petit goût de revanche.

*Notre groupe de l'externat,*

Baba et Greg, mes fidèles compagnons de garde et de répliques de film. Merci pour tous ces fous rires en amphi et cet humour beauf. Moumout, alias Bernard, le geek de la bande, toujours dispo pour donner un coup de main. Mais aussi encore Kekette, Baba, Étienne, Sophia, Tistou, Cilou, Verrez, Hugo, Delphine, Rocco, Marousch et j'en passe. Grâce à vous l'externat restera une période de rires et de joies dans ma mémoire.

*La team Islande, quand vous voulez on repart !*

JB, un corrézien pure souche comme on en voit peu ! Branchu notre talentueux crossfiteur-asperger, merci d'avoir co-organisé ce magnifique voyage car avec l'équipe de bras cassés qu'on avait ce n'était pas gagné. Vidal, notre adepte des saunas. Mais quel humour ! Baba, encore toi, décidément tu ne pouvais pas te passer de moi. Etienne, notre écolo humaniste. Bourzat l'éternel absent, tiens-nous au courant le jour où tu pourras nous caser dans ton planning de ministre.

*Ceux de l'internat de Tarbes,*

*Les Reusta des urg*, une bande de joyeux lurons. Justin, ta bonne humeur irradie comme un petit soleil. Marlin, notre fin gourmet. Désolé d'insister mais ton chat est bipolaire. Jeep, un pelo cher bien, autodidacte aux mille passions. Nos discussions sur le sens de la vie vont me manquer. Sophy, notre surfeuse toujours joviale. Mr Flicht, gitan refoulé et haut gradé du CAF, notre régime totalitaire écologique de la Bastoura n'a pas pris. C'était trop avant-gardiste. Pourtant une taxe carbone payée en cuillères de piment serait assurément plus efficace. Sans oublier tous les autres membres de l'internat qui ont participé à rendre ce semestre mémorable.

*La coloc de Lespinet*, où la vie était si douce. On était quand même les rois du monde. Antoine et Etienne, nos sportifs hors norme avec une joie de vivre à tout épreuve. Être en votre compagnie est toujours génial. Bon thé, notre chef cuisto, tu m'impressionneras toujours par tes compétences culinaires et la contenance de ta vessie. HANne, « qu'est ça dire que ceci ?! », on attend que tu fasses des match d'impro! Loulou, fils caché de Didier Super, punk à chien dans l'âme et grand gourou de l'Agora de Lespinet, tes représentations étaient épiques.

*La coloc de Louey*,

Entre Camille qui fait du crochet, Clairon qui boit sa ricoré, Madelaine qui fait du bougon sous son plaid et père castor-flich qui te radote x fois les mêmes recos, on a plus l'impression d'être à l'hospice qu'une coloc de trentenaire. Heureusement que « le sang » et « Mr émerveillé de tout » sont venus rajeunir tout ça.

*A Camille, ma chérie*

Merci d'être aussi patiente avec moi et mon caractère borné. Je suis un peu comme mon ananas, je mets du temps à pousser... Merci pour tous ces bons moments et ces voyages mémorables. Je suis sûr que pleins d'aventures nous attendent.

Et pour tous ceux qui me posaient la question fatidique, « Alors ta thèse ? Elle en est où ? ». Je pourrai enfin vous dire le cœur léger : « Ça y est. C'est fait. »



« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme »

François Rabelais

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

## *Serment d'Hippocrate*

“Au moment d’être admis 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 dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 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.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.

# Tables des matières

Liste des abréviations	3
Liste des tableaux :	4
Liste des figures :	4
Liste des annexes :	4
<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>A. Contexte</b>	<b>5</b>
1. Définition de l’addiction	5
2. Opiacés/opioïdes	6
3. Addiction aux opioïdes	7
a) Morbi mortalité	7
b) Impact socio-économique	7
4. Médicaments substitutifs opioïdes (MSO)	9
a) Généralités	9
b) Bénéfices	10
<b>B. Prise en charge des addictions en France</b>	<b>10</b>
1. Premier recours	10
2. Structures médico-sociales	11
a) CSAPA	11
b) Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)	11
3. Structure hospitalière	12
4. Microstructures Médicales Addiction (MSMA)	12
<b>C. Point de vue des médecins</b>	<b>13</b>
<b>D. Point de vue des patients</b>	<b>13</b>
<b>II. Matériel et méthode :</b>	<b>15</b>
<b>A. Type d’étude</b>	<b>15</b>
<b>B. Population étudiée</b>	<b>15</b>
<b>C. Outils et méthode de recrutement</b>	<b>15</b>
1. Élaboration du questionnaire	15
2. Recueil	17
<b>III. Résultats :</b>	<b>18</b>
<b>A. Caractéristiques socio-démographiques :</b>	<b>18</b>
<b>B. Versant médical :</b>	<b>19</b>
<b>C. Rapports avec le médecin généraliste</b>	<b>21</b>
<b>D. Freins au suivi par un MG</b>	<b>21</b>
<b>IV. Discussion :</b>	<b>23</b>
<b>A. Interprétation :</b>	<b>23</b>
1. Caractéristiques socio-démographiques :	26
2. Versant médical	26
3. Rapports avec le médecin généraliste	27
4. Freins au suivi par un MG	23
a) Analyse :	23

b) Solutions possibles :	25
<b>B. Force de l'étude</b>	<b>28</b>
<b>C. Limites de l'étude</b>	<b>29</b>
<b>V. Conclusion :</b>	<b>30</b>

## Liste des abréviations

CAARUD : Centres d'accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

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

CSS : Couverture Santé Solidaire

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MG : Médecin Généraliste

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et Conduites Addictives

MSO : Médicament Substitutif aux Opiïdes

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TSO : Traitements Substitutifs aux Opiïdes

## Liste des tableaux :

**Tableau 1 :** *Comparaison des populations de patients entre les MSMA et les CSAPA d'Occitanie*

**Tableau 2 :** *Description de l'échantillon*

## Liste des figures :

**Figure 1 :** *Estimation du préjudice sociétal par rapport au préjudice personnel des différentes substances*

**Figure 2 :** *Consommation de BHD et de méthadone en 1995 à 2019 (Dose journalière/10.000 habitants âgés de 20 à 59 ans/j*

**Figure 3 :** *Répartition des MSO*

**Figure 4 :** *Consommation au cours des 6 derniers mois*

**Figure 5 :** *Addictions associées aux opioïdes*

**Figure 6 :** *Expérience passée de renouvellement de MSO chez le MG*

**Figure 7 :** *Freins des patients sous MSO à être suivis en soins primaires*

## Liste des annexes :

**Annexe 1 :** *Questionnaire à destination des patients*

# I. INTRODUCTION

---

En France, la consommation de substance psychoactive est responsable de plus de 100.000 décès évitables par an, soit 30% des décès chez les moins de 65 ans (1). L'addiction aux opioïdes est moins fréquente que celles du tabac et de l'alcool mais ses répercussions médico-sociales semblent plus marquées.

En 2017, on comptait 180.000 patients sous traitements substitutifs aux opioïdes (TSO) et ce chiffre continue d'augmenter (2)(3). Pourtant, le nombre de prescriptions par des médecins généralistes (MG) semble stable, et la prescription initiale par ces derniers a nettement diminué (4).

A contrario, il y a de plus en plus de patients suivis en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Ce phénomène peut résulter de difficultés rencontrées par les MG ou être un choix délibéré de la part des usagers. Ce travail de thèse est né de ce constat.

## A. Contexte

### 1. Définition de l'addiction

La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et Conduites Addictives (MILDECA) caractérise l'addiction comme « une pathologie cérébrale définie par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. »

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) supprime la notion d'abus et de dépendance qui fusionnent sous le terme de « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un « addictif » (comme les addictions sans substance) ».

Le diagnostic est porté quand au moins deux des onze critères suivants sont présents pendant au moins 12 mois (5) :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- Craving ou désir urgent de consommer.
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :

- Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
    - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance
    - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
  - Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
  - Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
  - Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
  - Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
  - Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance

## **2. Opiacés/opioïdes**

Les opiacés sont les dérivés naturels du pavot (opium, morphine, codéine), à la différence des opioïdes qui sont des composés semi-synthétiques (héroïne, buprénorphine) ou synthétiques (fentanyl). Dans le langage courant, le terme « opioïde » est généralement employé pour désigner l'ensemble de ces substances sans distinction. Ils possèdent un pouvoir analgésique mais induisent une dépendance physique et psychique (6). Ils peuvent être illicites (héroïnes, nouveaux opioïdes de synthèses) ou licites dans le contexte médical. Les deux principales indications médicales sont l'antalgie et la substitution aux opioïdes. (7)

Contrairement à l'opium, la codéine ou le tramadol, les morphiniques sont soumis à une prescription sur ordonnance sécurisée.

L'héroïne se présente sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique) et peut être injectée par voie intraveineuse, sniffée ou fumée. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus rapidement, plus



intensément et sur un laps de temps plus court, ce qui favorise la dépendance. Sa consommation procure un effet euphorisant et apaisant. De la même façon, les autres opioïdes peuvent faire l'objet d'un usage détourné.

### **3. Addiction aux opioïdes**

#### **a) Morbi mortalité**

Parmi les causes de morbi-mortalité, nous retrouvons :

- L'effet dépresseur respiratoire direct des opioïdes. On estimait à 503 le nombre de décès par overdose en opiacés en 2019 (8).
- Les produits de coupage qui peuvent être à l'origine de réactions ou d'intoxications.
- Le risque de transmission d'agent infectieux en cas d'injection ou de sniff avec partage de matériel (hépatite B, C, VIH). Même si le partage de matériel décroît fortement grâce à la prévention et à la distributions de kits d'injection, il reste fréquent (9).
- Les complications locales (abcès, lymphœdèmes, nécroses, thromboses) et systémiques (endocardites, candidoses) de l'injection.
- Les malaises et « bad trip » pouvant causer des accidents de la voie publique et des noyades.
- Les risques d'autres substances en cas de poly-consommation (environ 80% des usagers).
- Les comorbidités psychiatriques associées.

Parmi les usagers, 45% se déclarent en mauvaise santé psychique. Ils évoquent des pathologies comme la dépression, des pulsions suicidaires, des angoisses ou des épisodes de délire (10).

#### **b) Impact socio-économique**

La consommation d'opioïdes est source de conflits intra-familiaux, de désinsertion professionnelle, de violences et de précarité (1).

Différents éléments permettent d'expliquer la précarité financière à laquelle les usagers font face : difficulté à trouver et maintenir un emploi et achat d'une substance coûteuse. En Occitanie, on sait que seulement 32% des usagers de drogues illicites perçoivent un revenu

(11). Le prix d'un gramme d'héroïne avoisinant les 30 euros, cela représente une dépense non négligeable pour une personne qui consomme 1g par jour, en plus d'autres substances (12).

A cela s'ajoute une précarité de logement. Il est montré que 5% des usagers de drogues sont sans domicile fixe et 14% dans des logements provisoires (11).

De plus, les usagers ont souvent des démêlés avec la justice. En 2017, on dénombrait 199.000 infractions concernant les stupéfiants et plus de 33.000 peines de prison (13).

Mais l'impact socio-économique de la consommation de drogues ne s'arrête pas là, car il s'agit d'un phénomène qui s'auto-entretient. L'image négative qu'elle renvoie auprès de la société, des médecins et des patients eux-mêmes, contribue à rendre cette addiction taboue et entretient l'isolement des usagers.

En 2011, une étude écossaise a évalué le préjudice personnel et sociétal de 19 substances auprès de 292 addictologues et psychiatres (14). Selon eux, la substance présentant le plus grand préjudice est l'héroïne (figure 1).

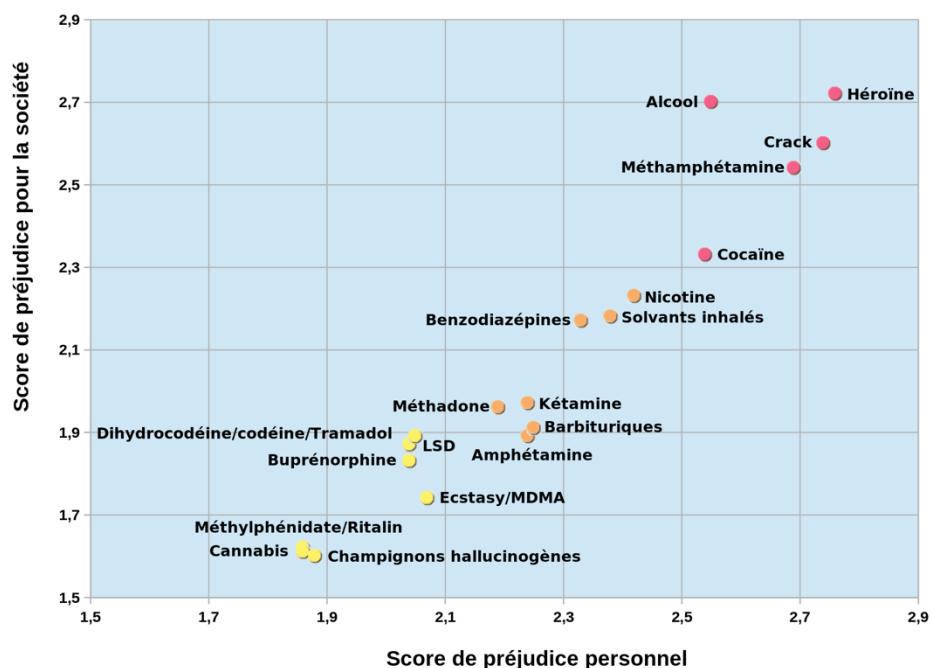


Figure 1 : Estimation du préjudice sociétal par rapport au préjudice personnel des différentes substances

## 4. Médicaments substitutifs opioïdes (MSO)

### a) Généralités

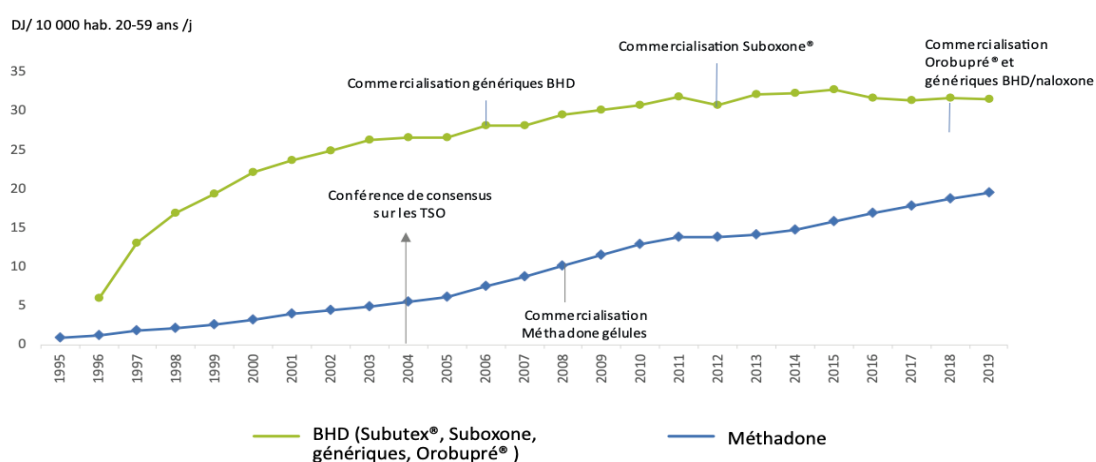
Les traitements substitutifs aux opioïdes (TSO) regroupent l'ensemble des stratégies de prise en charge de la dépendance aux opioïdes, qu'elles soient médicamenteuses, sociales ou psychologiques (15).

Les médicaments substitutifs aux opioïdes (MSO) représentent un axe majeur de ces traitements. Ils se fixent sur les mêmes récepteurs que les opiacés mais leur durée d'action est plus longue et leur pic de concentration plus faible, ce qui limite fortement l'effet « défoncé ». Ils soulagent les signes de manque pour permettre l'abandon du comportement d'addiction.

Ils sont prescrits sous 3 formes :

- Buprénorphine : Subutex®, Orobupre®, buprénorphine haut dosage (BHD). Elle représente la majorité des prescriptions (61%) et peut être initiée par un MG.
- Méthadone : existe sous forme de sirop ou de gélule. Sa prescription initiale est réservée aux médecins de CSAPA, hospitaliers et de milieu pénitencier. Elle arrive en deuxième place des prescriptions (38%).
- Association BHD-naloxone : Suboxone®. Cette association concerne seulement 5% des prescriptions.

Leur prescription ne cesse d'augmenter depuis leur introduction dans les années 1990 (figure 2) avec une augmentation des proportions de Méthadone (4).



La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone.

Source : Données de vente Siamois (Gers), laboratoire Bouchara-Recordati, Médic'AM, Insee

Figure 2 : Consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2019 (Dose journalière/10.000 habitants âgés de 20 à 59 ans/j)

## **b) Bénéfices**

Sur le plan médical, les MSO ont permis une nette diminution de la mortalité (16). Celle-ci peut s'expliquer, en partie, par une baisse des pratiques d'injections et une diminution des overdoses. De plus, leur prescription s'accompagne d'un suivi médical permettant le dépistage du VIH et des hépatites, la prise en charge des autres addictions et l'évaluation des comorbidité psychiatriques.

Grâce à leur utilisation, on note également une amélioration des conditions de logement et de l'accès à une couverture sociale et à l'emploi (17).

Malheureusement, les usagers sont parfois victimes de refus de prescription ou de délivrance de MSO. Ceci couplé aux inégalités sociales et territoriales, engendre un défaut de relai entre les centres spécialisés et la médecine de premier recours (18).

## **B. Prise en charge des addictions en France**

### **1. Premier recours**

Le médecin généraliste est un maillon essentiel dans la prise en charge des patients sous MSO, tant par son rôle dans le repérage, que par sa connaissance du patient, de son entourage et de son environnement. Cette relation de confiance en fait un interlocuteur privilégié dans un lieu moins stigmatisant qu'un centre spécialisé (19). De plus, il représente la meilleure porte d'entrée dans le soin par son accessibilité, y compris dans les territoires où la densité de population est inégale, comme c'est le cas en Occitanie (20).

Il est d'ailleurs à l'origine de 67% des prescriptions de MSO (21), même si nous constatons une baisse de la primo-prescription par les MG (4).

Nous savons que la grande majorité des patients sous MSO est suivie par seulement 5% des médecins généralistes en France. Ces MG sont majoritairement âgés, ce qui risque entraîner une augmentation des patients sous MSO sans médecin traitant lors des départs en retraite (1).

## **2. Structures médico-sociales**

### **a) CSAPA**

Créés en 2008, ils offrent au patient ou à ses proches une prise en charge multidisciplinaire pour les addictions à haut seuil d'exigence. Ils sont nés de la fusion, en 2002, du CSST (centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et du CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie). On y retrouve, au minimum, un professionnel du secteur social, un psychologue, un éducateur et un médecin généraliste et/ou un psychiatre. Leurs objectifs sont l'écoute, l'information, l'orientation et la prise en charge psychosociale et médicale des patients avec, si besoin, prescription des traitements de l'addiction.

En 2023, on en comptait 385 en France (22). Entre 2015 et 2019, les files actives déclarées ont augmenté de 30 000 personnes, soit une augmentation de près de 11 % (23).

En Occitanie, ce sont 37 CSAPA qui suivent une population aux multiples problématiques sociales : difficultés d'accès à un logement, désinsertion professionnelle et manque de revenu. En Ariège, seulement 37% des patients suivis perçoivent un revenu, ce qui représente le 2<sup>ème</sup> taux le plus bas d'Occitanie (11).

Les difficultés au logement sont monnaie courante, particulièrement dans les CSAPA spécialisés en drogues illicites. Nous pouvons en déduire que la prise en charge sociale est inhérente aux soins des patients suivis dans ces structures.

Les patients se rendent majoritairement en CSAPA de leur propre initiative (51%), même si une part importante est orientée dans le cadre de procédures judiciaire (23%). Dans les CSAPA d'Occitanie, l'addiction aux opiacés représente le 3<sup>ème</sup> motif de suivi, soit 15% des consultations, derrière l'alcool (47%) et le cannabis (20%). Ce taux de patients sous MSO y est d'ailleurs supérieur en Ariège.

### **b) Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)**

Créés en 2006, ils ont une fonction d'accueil collectif ou individuel, d'information, de conseil et de soutien à l'accès aux droits des usagers de drogue. En 2019, ce sont 151 CAARUD qui planifient des actions de prévention, de dépistage et de réduction des risques (24). Ils participent également au dispositif de veille des drogues et des toxicomanies.

### 3. Structure hospitalière

Elle est organisée en trois niveaux :

- 1<sup>er</sup> niveau « de proximité » : services de consultation, de liaison, d’hospitalisations pour des sevrages simples.
- 2<sup>ème</sup> niveau « de recours » : services d’addictologie pour des sevrages plus complexes avec une hospitalisation de jour et un service de suite et de réadaptation spécialisé.
- 3<sup>ème</sup> niveau ou « centres d’addictologie universitaire régional » : ils se situent dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et assurent, en plus des missions des centres de niveau 2, un rôle de ressource régionale, de formation, de recherche et de coordination des réseaux de santé en addictologie.

### 4. Microstructures Médicales Addiction (MSMA)

Les MSMA sont des dispositifs de soins primaires pluridisciplinaires. Des consultations médicales, sociales et psychologiques sont réalisées sur le lieu d’exercice du MG associé à la MSMA. Les interventions psychologiques et sociales sont conduites par les membres du CSAPA de proximité.

Elles ont été créées pour pallier les inégalités territoriales d’accès aux centres spécialisés. Elles se sont moins stigmatisantes, permettent d’accueillir une population plus féminine qu’en CSAPA et dont la moitié n’avait jamais consulté pour leur addiction (25)(Tableau1).

*Tableau 1 : Comparaison des populations de patients entre les MSMA et les CSAPA d’Occitanie*

Comparaison profil patients	MSMA	CSAPA
Répartition Hommes / Femmes (%)	53,7 / 46,1	77 / 23
Age médian (années)	47	40
Consommation alcool (% des patients)	54,9	63
Consommation tabac (%)	76,9	46
Consommation alcool et/ou tabac (%)	87	51,6
Consommation cannabis (%)	25,3	38
Consommation autres substances (%)	18,4	27,8
Logement durable (%)	75	80
Activité rémunérée continue stable (%)	50	36
Obligation de soins (%)	3,7	14

Les MSMA ont de multiples points positifs. Les praticiens se sentent plus à l'aise, l'efficacité du suivi y est supérieure qu'en cabinet classique et le coût financier par usager comparé aux CSAPA y est inférieur (13).

On les retrouve actuellement à l'essai dans 5 régions en France, dont l'Occitanie, qui en comptabilise une trentaine.

## **C. Point de vue des médecins**

Il y a eu ces dernières années, de multiples tentatives d'amélioration des soins dans le cadre de l'addiction, notamment avec « le plan national de mobilisation contre les addictions » et l'émergence des MSMA. Le médecin généraliste dispose d'un rôle central dans l'addiction aux opioïdes, que ce soit par la prévention, le dépistage ou le traitement grâce aux MSO. Cependant, les MG rapportent de multiples freins au suivi des patients souffrant d'addiction.

Parmi ces freins, on retrouve communément (1)(26)(27)(28)(29)(30) :

- Un manque de formation,
- Des consultations chronophages,
- Un sentiment d'échec et de culpabilité lors des rechutes,
- Un sentiment d'impuissance face à la complexité des situations qui font intervenir des compétences que le médecin généraliste n'a pas,
- Un manque de lien avec les autres professionnels du milieu,
- La crainte de violences de la part de ces patients,
- Le manque de motivation des patients,
- Les difficultés de gestion du risque de détournement.

Les freins cités, couplés aux difficultés d'accès à des structures spécialisées, provoquent régulièrement des ruptures dans le suivi médical et un relais CSAPA-soins primaires complexe (1).

## **D. Point de vue des patients**

L'avis des usagers a été peu étudié. Ils sont pourtant les premiers concernés et leur ressenti est crucial pour une relation médecin-patient de confiance.

Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude sondant les freins des consommateurs d'opioïdes à être suivi chez leur médecin traitant (31). Elle a été menée en 2020 dans 4 CSAPA d'Auvergne-Rhône-Alpes par le Dr DUVOID Ellen. Il en ressortait que cette addiction est encore taboue : les patients n'osent pas l'aborder et les médecins ont tendance à éviter ce sujet qu'ils ne maîtrisent pas.

Les freins retrouvés à être suivi par le MG sont :

- Le médecin généraliste n'est pas assez spécialisé,
- La crainte que d'autres personnes apprennent leur addiction,
- La crainte du jugement,
- Une mauvaise expérience passée,
- L'avance des frais.

Notre travail s'inscrit dans la suite de cette étude. Il avait pour objectif principal d'évaluer et hiérarchiser les freins des patients sous MSO suivis en CSAPA à être suivi en médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les caractéristiques socio-démographiques de cette population et de rechercher d'autres freins potentiels.



## **II. Matériel et méthode :**

---

### **A. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive réalisée par auto-questionnaire anonyme (Annexe 1).

### **B. Population étudiée**

La population cible était les patients sous MSO suivis dans les CSAPA d'Ariège.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients traités par MSO

Il n'y avait pas de critère d'exclusion, le but étant de pouvoir réaliser une étude démographique et sociale de cette population.

### **C. Outils et méthode de recrutement**

Un questionnaire en version papier a été proposé aux patients à l'occasion d'un renouvellement de MSO dans les CSAPA d'Ariège en mars et avril 2024. Il était anonyme avec une urne prévue pour son recueil.

#### **1. Élaboration du questionnaire**

Une recherche bibliographique a été menée auprès des bases de données suivantes :

- Pubmed,
- Google Scholar,
- Embase,
- Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMef),
- Système Universitaire de Documentation (SUDOC),

Les mots-clefs utilisés pour l'équation de recherche des bases des données françaises étaient : « Traitement substitutif aux opioïdes » ET « Médecin généraliste » OU « soins primaire ».

Les mots clefs des bases de données internationales étaient : « Opioid substitution treatments » AND « General practitioner » OR « Primary care » AND « France ».

Une seule étude abordant le point de vue des patients sous MSO dans un contexte de soins primaires a été retrouvée (31). Cette thèse a été menée par Dr Duvoid Ellen via un questionnaire sur les CSAPA de Clermont Ferrand, Montluçon, Moulin-sur-Allier et Grenoble.

Notre questionnaire a dans un premier temps été confectionné grâce à l'extraction des freins identifiés dans cette thèse, notamment grâce aux « commentaires libres ».

Dans un second temps, des recherches ont été effectuées sur les modalités de prise en charge en CSAPA. Des freins potentiels ont été déduits des différences existantes avec la prise en charge en soins primaires.

Pour terminer, les équipes des CSAPA de Foix et de Saint Girons ont été sollicitées pour enrichir ce questionnaire de leur expérience, mais aussi valider la pertinence et la compréhension des questions.

Le questionnaire était précédé d'un texte court pour expliquer l'objectif de cette étude.

Il était composé de 26 items, repartis en 5 parties :

- Les 6 premiers items concernaient la situation socio-démographique,
- Les items 7 à 16 d'orientation médicale,
- Les items 17 à 22 étaient centrés sur la relation médecin traitant/patient,
- La partie suivante comportait un item pour déterminer la préférence du patient concernant le suivi de son addiction entre CSAPA et MG. Puis une échelle de Likert composée de 10 questions explorait les freins pouvant leur faire préférer un suivi en CSAPA par quatre options : « PAS DU TOUT d'accord », « PAS VRAIMENT d'accord », « PLUTOT d'accord », et « TOUT À FAIT d'accord »,
- Les questions 25 et 26 étaient des questions libres. La première recherchait d'autres freins potentiels non suggérés par le questionnaire et la deuxième les avantages à être suivi en médecine générale.

Certaines questions étaient soumises à la réponse de la question précédente.

Notre étude ne relevait pas d'éléments biographiques des répondeurs et ne relevait pas de la loi Jardé.

## **2. Recueil**

Les questionnaires papiers ont été mis à disposition dans les 3 CSAPA d'Ariège (AIPD Foix, AIPD Saint Girons, ADDICTION France Foix).

Le remplissage des questionnaires était proposé soit en salle d'attente, soit à la fin de la consultation.

Le recueil a eu lieu de mars à avril 2024. Un mois a été considéré comme suffisant pour permettre aux patients de remplir le questionnaire, compte tenu du temps maximal de renouvellement des MSO de 28 jours.

Des urnes étaient à disposition pour récupérer les questionnaires complétés.

### III. Résultats :

---

Nous avons recueilli 32 questionnaires. Un questionnaire n'a pas été intégré car il ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Finalement 31 questionnaires ont été analysés même si certains ont été complétés partiellement.

CSAPA AIPD Foix : 20

CSAPA ADDICTION FRANCE Foix : 4

CSAPA AIPD Saint Girons : 7

#### A. Caractéristiques socio-démographiques :

Les caractéristiques des patients ayant répondu sont répertoriées dans le Tableau 2. Sur 31 patients, 45% étaient des femmes. Un des participants ayant déclaré être « sans emploi », a précisé être retraité.

Tableau 2 : Description de l'échantillon

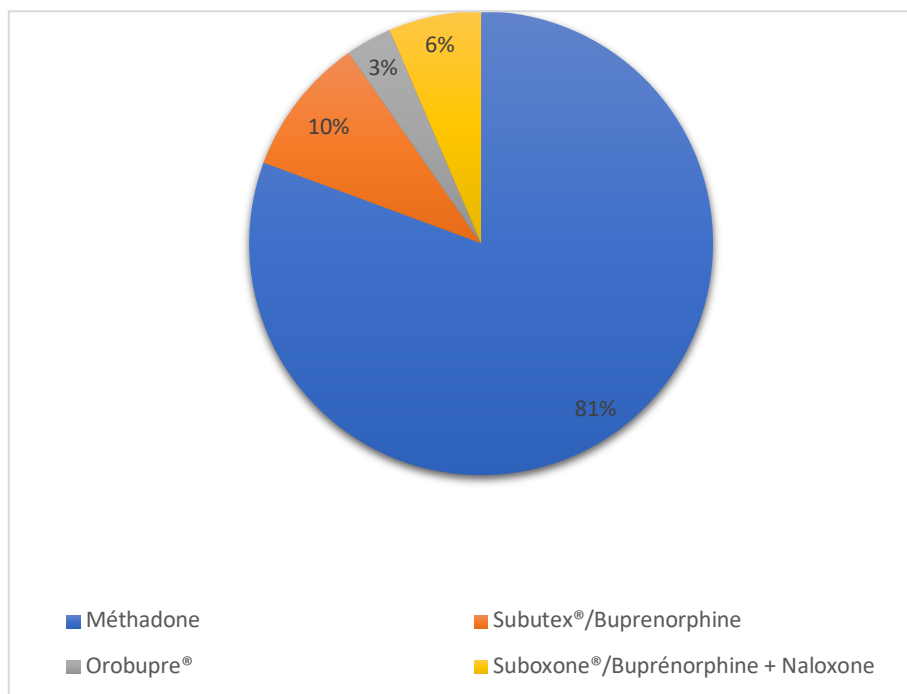
<b>Sexe</b>	<b>Effectif (n=31)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Femme	14	45,2
Homme	16	51,6
Non binaire	1	3,2
<b>Age</b>	<b>(n=29)</b>	
15-17 ans	0	0
18-29 ans	0	0
30-39 ans	12	41,4
40-49 ans	6	20,7
≥50 ans	11	37,9
<b>En couple</b>	<b>(n=31)</b>	
Oui	11	35,5
Non	20	64,5
<b>Enfants</b>	<b>(n=26)</b>	
Oui	13	50
Non	13	50

<b>Emploi</b>	<b>(n=31)</b>	
Oui	5	16,1
Non	26	83,9
<b>Couverture sociale</b>	<b>(n=31)</b>	
AM + mutuelle	10	32,5
AM sans Mutuelle	2	6,3
CSS	17	54,8
AME	0	0
Aucune couverture	1	3,2
Ne sait pas	1	3,2

*AM : Assurance maladie, AME : Aide médicale d'état, CSS : Complémentaire Santé Solidaire*

## **B. Versant médical :**

Parmi les participants, 81% (n=25) déclaraient être substitués par de la Méthadone, le détail des traitements est reporté dans la figure 3.



*Figure 3 : Répartition des MSO*

La portion de consommateurs récent (< 1 an) était de 29% (n=9).

Il y a 66% (n=20) des participants qui ont déclarés être en affection longue durée, et un patient n'a pas répondu.

Nous avons observé que la consommation d'opioïdes n'était pas stabilisée chez tous les patients (figure 4).

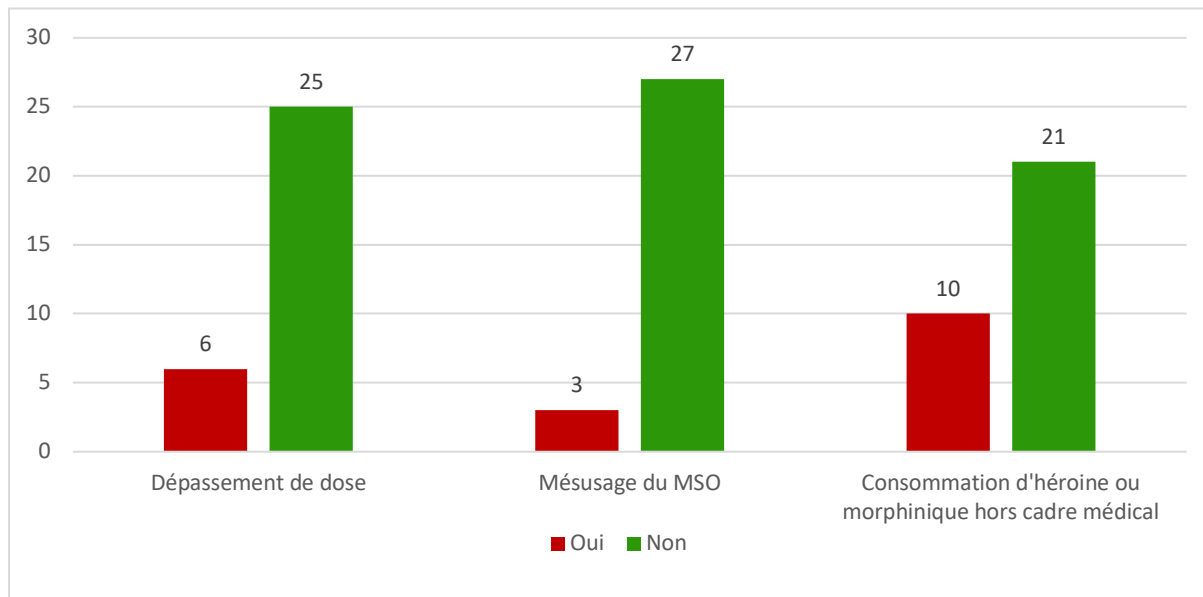


Figure 4 : Consommation au cours des 6 derniers mois

Les comorbidités psychiques et somatiques traitées étaient respectivement de 39% (n=12) et 29% (n=9).

Il existait une poly-addiction chez 84%(n=26) des réponders (figure 5). Parmi les co-addiction, le tabagisme était le plus fréquemment retrouvé (65% des cas).

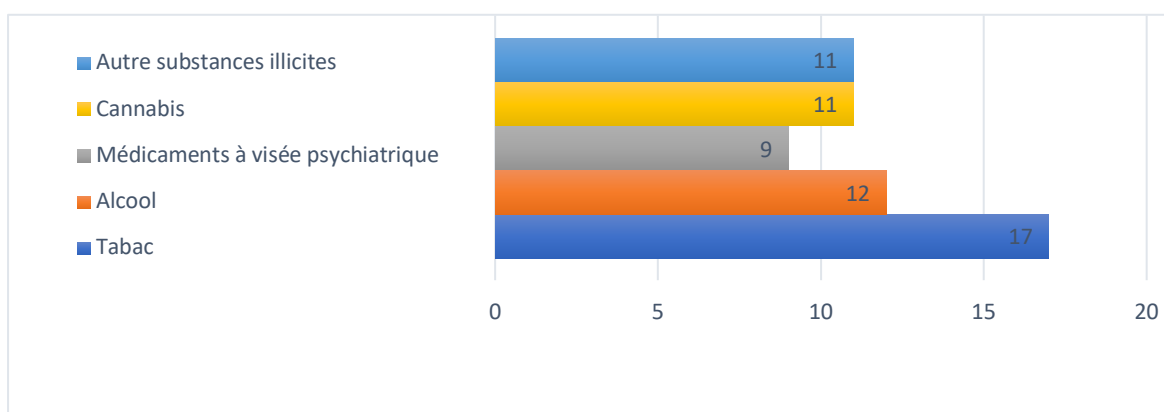


Figure 5 : Addictions associées aux opioïdes

## C. Rapports avec le médecin généraliste

Nous avons observé que moins de la moitié (48%) avaient un médecin traitant et ce dernier n'était pas au courant de l'addiction aux opioïdes dans 20% (n=3) des cas. Il faut noter que 2 des 15 patients ayant un MG n'ont pas répondu à cette question.

Dans 73% des cas, ils ne trouvaient pas de médecin traitant, et 27% n'en voyaient pas l'utilité.

Ils étaient 63% à avoir fait renouveler leur MSO chez le MG par le passé. Leur retour d'expérience était mitigé (figure 5). Il y avait 3 des 11 personnes n'ayant jamais fait de renouvellement chez le MG qui ne savaient pas que c'était possible, soit 27%.

La figure 6 nous dépeint l'avis mitigé des patients concernant leur renouvellement passé de TSO chez le MG.

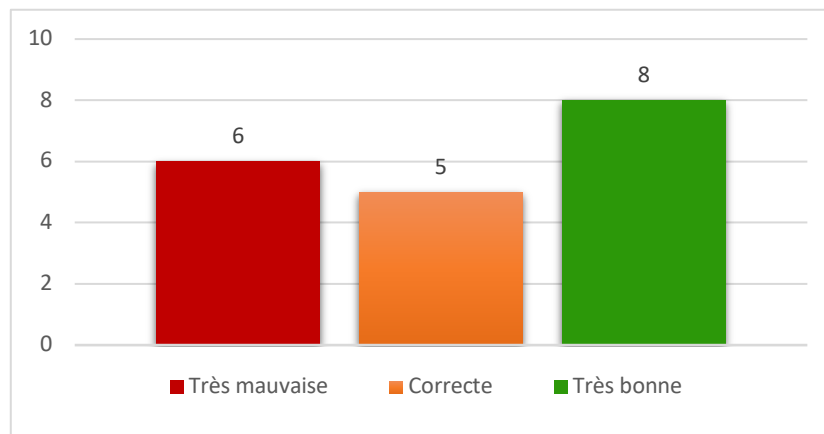


Figure 6 : Expérience passée de renouvellement de MSO chez le MG

## D. Freins au suivi par un MG

La totalité des répondants préféraient continuer à être suivis en CSAPA. Toutefois, 3 ont spontanément précisé qu'ils ne seraient pas gênés à être suivis par un généraliste si celui-ci était assez formé.

Notre questionnaire avait initialement été pensé pour réaliser une comparaison statistique entre les patients plus favorables à un suivi en CSAPA et ceux qui préféreraient un suivi chez le MG. Malheureusement, l'absence de patient préférant un suivi par le MG le rend impossible. Nous pouvons toutefois réaliser une étude descriptive des freins.

La figure 7 permet d'observer les réponses de l'échelle Likert.

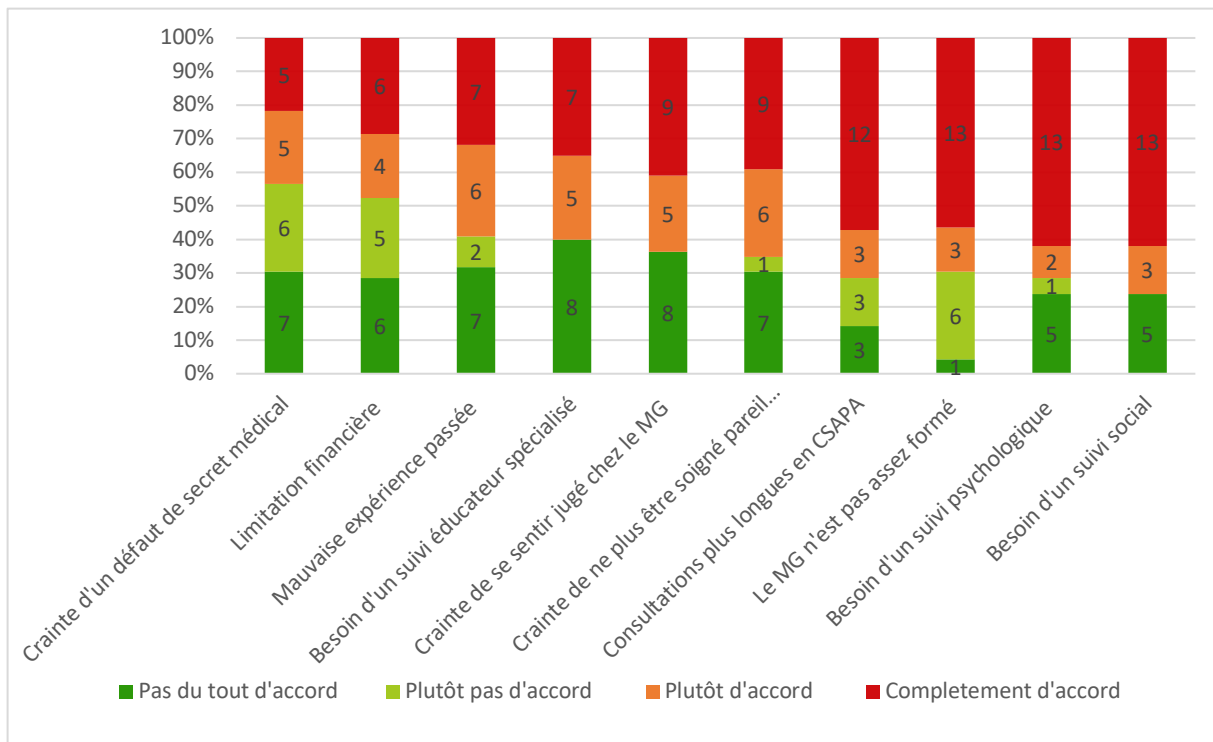


Figure 7 : Freins des patients sous MSO à être suivi en soins primaires



## **IV. Discussion :**

---

### **A. Interprétation :**

#### **1. Freins au suivi par un MG**

##### **a) Analyse :**

Lors d'une précédente étude, presque la moitié des patients ne voulaient « pas du tout » être suivis par le MG (31). Il est intéressant de se demander pourquoi si nous voulons améliorer le système de soins.

Nous avons objectivé quatre limitations prépondérantes :

- La nécessité d'un suivi par le travailleur social du CSAPA : en effet, l'addiction aux opioïdes est associée à un impact socio-économique majeur. De plus, l'accès à des travailleurs sociaux peut être difficile hors structure pour des patients marginaux rencontrant des difficultés administratives.
- La nécessité d'un suivi par le psychologue du CSAPA : ce suivi est sans avance de frais pour ces patients précaires qui présentent fréquemment des comorbidités psychiatriques.
- Le MG n'est pas assez formé : s'il est vrai que les MG déclarent un défaut de compétences dans le domaine de l'addiction aux opioïdes, la réciproque est vraie : « le médecin traitant ne comprend pas toujours les problèmes énormes dues aux addictions », « mon généraliste voulait baisser mon traitement à chaque consultation ».
- Le temps de consultation plus long en CSAPA : la durée moyenne en soins primaire est de 16 minutes (32). Ce qui est peu comparé aux CSAPA où elles durent entre 30-40 minutes. Ces patients se méfient du corps médical. Leur histoire de vie est souvent tissée d'épreuves qu'il n'est pas aisé de dévoiler. Le temps est donc un élément indispensable pour permettre de créer une relation de confiance et qu'ils puissent s'ouvrir à nous. Dans ces conditions, le paiement à l'acte de l'exercice libéral ne semble pas adapté à la complexité de ces situations.

A contrario, la crainte du défaut de secret médical ne semblait pas représenter un frein majeur contrairement à ce qui avait été supposé dans la précédente étude. Il en va de même pour la limitation financière.

Les craintes de « ne plus être soigné de la même manière », « se sentir jugé », et « la mauvaise expérience passée » étaient des freins moins importants que les quatre principaux, mais sont tout de même présents pour plus de la moitié des patients. Ils témoignent directement d'une souffrance liée à la stigmatisation quotidienne qu'ils subissent. Le « suivi avec l'éducateur spécialisé » était aussi un frein modéré.

Les participants ont mentionné d'autres entraves au suivi par le médecin traitant que nous n'avions pas pris en compte dans le questionnaire :

- « Mon MG a souvent des remplaçant/internes » : le même interlocuteur semble préférable pour un sujet aussi sensible que la dépendance aux opioïdes.
- « Je ne veux pas récupérer ma méthadone dans la seule pharmacie du village » : les CSAPA délivrent directement les MSO et permettent un maintien du secret médical notamment dans les petites villes où tout le monde se connaît.
- Deux patients ont affirmé qu'ils étaient suivis par leur médecin traitant « par défaut » et qu'ils changeraient si possible pour un praticien qui soit plus à l'aise en addictologie.
- Une autre remarque a été plus surprenante. Il s'agissait du « délai pour avoir un rendez-vous avec le généraliste ». L'attente moyenne pour un rendez-vous chez le généraliste est de 6 jours et dans la moitié des cas dans les 2 jours (33). On aurait plutôt imaginé que les délais jouaient en faveur des soins primaires. Après un entretien avec un médecin de CSAPA d'Ariège, leurs délais peuvent aller jusqu'à un à deux mois si le premier rendez-vous ne fait pas suite au relai de prescription d'un autre médecin.
- La dernière limitation était associée au défaut de moyen de locomotion. Encore une fois, il est probable que cet argument soit d'autant plus applicable aux CSAPA qui sont moins nombreux dans le département que les cabinets de généralistes.

Il y aurait pourtant des points positifs au suivi par le MG. Ce serait « déstigmatisant, permettant la reconnaissance des MSO comme n'importe quel traitement chronique ». Ils ont été plusieurs à mentionner que le renouvellement serait l'occasion de s'occuper des autres soucis de santé et que ce serait plus proche de chez eux. Ils ont aussi évoqué la plus grande disponibilité du généraliste.

## **b) Solutions possibles :**

Si de nombreux freins existent, il est rassurant de rappeler qu'il existe déjà des solutions pour y palier.

Les microstructures possèdent à elles seules l'avantage de régler trois des quatre principaux freins. Elles permettent un suivi psychologique et social sans avance de frais. Les médecins de ces structures sont plus compétents dans ce domaine. Les patients peuvent réaliser leur suivi en MSMA indépendamment du suivi médical avec leur médecin traitant et donc sans craindre d'être soigné différemment. Le suivi y est aussi moins stigmatisant et favorise l'accès à une prise en charge addictologique des femmes qui étaient nombreuses dans notre étude.

De cette façon, sept des dix freins étudiés sont compensés. On pourrait imaginer ajouter des consultations d'éducateurs spécialisés au sein des MSMA pour parfaire les choses.

Le manque de formation sur l'addiction aux opioïdes fait l'unanimité tant chez les médecins que chez les patients. Il serait bon de se familiariser davantage avec ce sujet lors du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine ou d'organiser des formations à l'échelle locale avec des intervenants spécialisés.

Pour ce qui est du temps de consultation, on peut imaginer plusieurs alternatives. Il pourrait exister un forfait pour chaque consultation médicale dans le cadre des MSMA, ou une cotation spéciale en médecine générale libérale pour permettre au médecin de prendre le temps nécessaire. Un forfait proportionnel au nombre de patients sous MSO dans les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) pourrait inciter les MG à prendre ces personnes aux multiples comorbidités dans leur patientèle. Il y a d'ailleurs fort à parier que si les patients addicts aux opioïdes étaient mieux suivis, la sécurité sociale ferait des économies.

La méthadone pourrait complexifier le relai avec le généraliste. Il conviendrait de clarifier ses modalités de renouvellement et de mettre à disposition des MG une aide à la prescription et à la surveillance. Il est possible que la législation change drastiquement sur ce sujet à l'avenir. En effet, l'étude METHAVILLE a prouvé que la primo-prescription de méthadone en ville était faisable, acceptable et aussi efficace qu'en centre spécialisé (34). Il faudra toutefois un minimum de matériel au cabinet (tests urinaires et électrocardiogramme) pour pouvoir réaliser un suivi de qualité.

## **2. Caractéristiques socio-démographiques :**

Notre population n'était pas comparable à celle des autres études. Nous avons presque autant de femmes que d'hommes alors que les autres études étaient composées au ¾ d'hommes. (31). Nous pouvons supposer que la proportion de femmes sous MSO suivis en CSAPA est plus importante en Ariège ou encore que le recueil des questionnaires sous forme papier a créé un biais de sélection en faveur des femmes. Mais cette divergence peut aussi être due à une fluctuation d'échantillonnage. Les patients de notre étude étaient globalement plus âgés, célibataires et plus souvent parents. Ils semblent plus précaires avec des proportions plus importantes de patients sans emploi (+35%) et à la CSS (+22%).

## **3. Versant médical**

La grande majorité des patients étaient substitués pas de la Méthadone, environ 15% de plus que la précédente étude. Ceci peut constituer un frein à part entière au relai du suivi des patients sous MSO par le MG en raison des risques, des modalités de suivi et de la législation.

La méthadone ne bénéficie pas d'un « effet plafond » contrairement à la buprénorphine, entraînant un risque de surdosage (35). Cela en fait la première substance impliquée dans les décès d'usagers de drogues (36). Elle présente un risque d'allongement du QT qui impose une surveillance par électrocardiogramme, indispensable au-delà d'une certaine dose ou selon les traitements associés. Son suivi nécessite également de réaliser des tests urinaires (37).

La première année, la substitution de la méthadone se fait sous forme de sirop dans le but de limiter les mésusages. Elle est habituellement distribuée de façon quotidienne par le centre prescripteur. Ces patients récemment substitués qui représentaient un tiers de notre échantillon, pouvaient donc difficilement être suivi par le MG (37)(38). Mais la principale limitation réside dans un « flou législatif ». Il est bien établi que la primo prescription de méthadone est réservée aux médecins de CSAPA ou de services hospitaliers. Tout comme il est clair que la prescription de méthadone peut être déléguée au MG par une ordonnance de délégation de prescription. Le MG ne peut pas non plus modifier la forme galénique. Ceci nécessite, le cas échéant, une nouvelle ordonnance de délégation du généraliste vers le centre primo prescripteur. Mais pour ce qui est de la possibilité du médecin traitant de modifier la posologie de la méthadone, il y a des avis divergents qui relèvent de l'interprétation des textes de loi. Le site *MEDDISPAR* du conseil national de l'ordre des pharmaciens qui fait

foi dans le domaine, soutient que le renouvellement est autorisé par le MG dans la mesure où il reprend les mentions initiales de l'ordonnance, c'est à dire la même durée et la même posologie. « La réglementation ne prévoit donc pas qu'un médecin généraliste puisse modifier le dosage d'un médicament soumis à prescription initiale hospitalière » (39). Pourtant le texte de loi en question précise : « En cas de nécessité, elle peut comporter une modification de la posologie ou de la durée du traitement » (40).

Nous avons vu dans notre étude qu'une proportion non négligeable de patients dépassaient régulièrement les doses prescrites, consommaient encore de l'héroïne ou d'autres opioïdes de façon marginale ou mésusaient les MSO. Ceci peut révéler un sous dosage. Il faudrait donc théoriquement un ré-adressement systématique vers un médecin de structure addictologique ou hospitalière via une délégation de prescription papier. C'est inopportun, chronophage et multiplie les consultations, sans compter que ce suivi fragmenté ne faciliterait pas une bonne relation médecin-patient. Finalement, après de plus amples recherches et une demande auprès d'un pharmacien inspecteur de santé publique, il semblerait que la modification de la posologie de méthadone par le MG soit autorisée.

La fréquence supérieure de traitements somatiques (+20%) et psychiatrique (+17%) de notre étude pouvait s'expliquer par un âge moyen plus important de nos patients.

La recherche et la prise en charge des autres consommations de substances doit être systématique à chaque renouvellement de MSO.

#### **4. Rapports avec le médecin généraliste**

Il semblerait que le tabou de cette addiction soit toujours aussi prégnant. Comme dans l'étude de 2020, nous avons retrouvé autant de patients qui taisent leur addiction aux MSO à leur médecin traitant. Une des principales conclusions de cette précédente étude était que les patients avaient du mal à aborder le sujet et que c'est donc au médecin de faire le premier pas pour briser ce tabou. Ce défaut de connaissance du MG de l'addiction aux opioïdes de leurs patients soulève un point sombre quant aux interactions médicamenteuses et aux complications de la méthadone. Peut-être faudrait-il instaurer une communication entre les CSAPA et les soins primaires pour éviter de malheureux accidents ?

Il se pose un véritable problème d'accès aux généralistes dans cette population dont on connaît les comorbidités somatiques et psychiatriques. Ces nombreux risques

justifient qu'ils soient suivis sur le plan médical de façon plus étroite qu'un patient lambda. Pourtant, en Ariège, plus de la moitié des répondus n'avaient pas de MG, principalement parce qu'ils n'en trouvaient pas acceptant de nouveaux patients. Dans l'étude précédente, cette proportion était moindre (40%) ; cette différence pouvant être le reflet des inégalités de territoire. Ces difficultés d'accès ont pour conséquence une complexité des démarches administratives et un défaut de remboursement des soins, le patient étant « hors parcours de soins ». Un patient a même spécifié qu'il était encore « plus difficile pour un patient sous MSO de trouver un médecin traitant ».

Les retours d'expérience des patients quant au renouvellement de MSO en ambulatoire sont très mitigés. Ceci s'explique probablement par des prédispositions de certains médecins à l'addictologie et à des lacunes dans ce domaine pour d'autres.

## **B. Force de l'étude**

Une des forces principales de notre étude est qu'il y a peu de données dans la littérature abordant le point de vue des patients sous MSO. A notre connaissance, une seule autre étude aborde les freins de ces patients à être suivi par le médecin généraliste en France. A contrario, il existe de nombreux travaux sur le ressenti des médecins.

Ce travail de thèse s'inscrit dans la suite de cette précédente étude, tout en hiérarchisant certaines limitations qui jusqu'ici avaient seulement été citées. Elle permet une évaluation des caractéristiques sociales de cette population ainsi que l'évaluation de certaines données de leur addiction aux opioïdes.

Cette étude a pour vocation d'évaluer certaines limites du système de soins à l'échelle locale dans un contexte d'augmentation du nombre de patients sous MSO couplé à des Centres spécialisés de plus en plus débordés. L'addiction aux opioïdes reste un sujet tabou où persiste un défaut de formation du corps médical. Ce travail pourra peut-être inciter à la création d'une nouvelle microstructure d'addiction en Ariège ainsi qu'à la mise en place de groupes de pairs sur ce sujet.

Le questionnaire étant anonyme, il limite le sentiment de jugement des patients. Les commentaires libres ont permis de révéler d'autres freins qui n'avaient pas été envisagés et de souligner certains avantages d'un suivi par le médecin traitant.

## C. Limites de l'étude

Les participants de notre étude étaient peu nombreux : 31. La mise à disposition d'une version en ligne du questionnaire aurait pu permettre une plus grande participation. Le questionnaire était initialement prévu pour réaliser une comparaison statistique entre les patients préférant un suivi en CSAPA et ceux préférant un suivi par le MG. Finalement seule une étude descriptive des freins a pu être réalisée.

Un frein potentiel a été oublié. Il y a souvent un psychiatre au sein des CSAPA. Il est probable que certains patients recherchent cette expertise compte tenu de la fréquence des comorbidités mentales.

Notre étude comporte plusieurs biais. Comme pour tout questionnaire sur la base du volontariat, il existe un biais de sélection. Certaines questions étaient orientées et à choix multiples, ceci pouvant masquer de potentielles alternatives. Il n'y a pas eu de pré-test, or l'échelle de Likert s'est révélée être trop complexe pour certaines personnes. Elle a été à plusieurs reprises soit non remplie, soit partiellement remplie. D'autres questions semblent avoir été soit oubliées soit évitées. C'est le cas des questions sur l'âge et le fait d'avoir ou non des enfants. Leur position particulière sur la droite du questionnaire a pu être source d'oubli. Il y a donc un biais de non-réponse.

Cette étude a été réalisée en Ariège et ne peut donc pas être généralisée au niveau national.

Elle ne permet pas de tirer de conclusion étant donné le faible niveau de preuve scientifique (grade C, niveau 4).

## V. Conclusion :

---

La complexité du relai CSAPA/soins primaires dans la prescription de MSO n'est pas seulement le fait du médecin traitant qui n'est généralement pas à l'aise avec le sujet. En effet, il existe un réel choix de la part des patients. Il ne faudra pas seulement que les médecins généralistes soient plus aguerris concernant l'addiction aux opioïdes pour réussir à convaincre les patients. Si nous voulons véritablement briser cette barrière avec les CSAPA, il nous faudra prendre en charge ces patients dans leur globalité, car le suivi social et psychologique semble indissociable du suivi médical.

Certaines modifications du réseau de soins peuvent être nécessaires car les soins primaires traditionnels ne semblent pas adaptés. Il nous faut instaurer une pluriprofessionnalité pour englober les différentes dimensions de cette addiction et favoriser les échanges avec les centres spécialisés. Les MSMA semblent remplir la majorité des attentes, pour peu qu'elles soient pérennisées et généralisées dans le reste de la France.

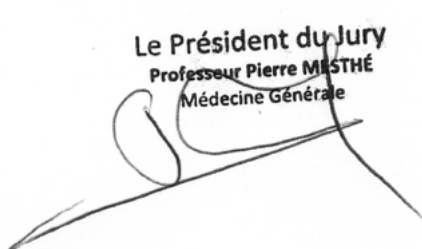
L'amélioration de la prise en charge de ces patients en médecine générale passera aussi par une modification des mentalités concernant cette addiction qui demeure encore trop stigmatisée par la population et par les médecins. Il faut lever ce tabou si nous voulons construire une relation médecin-patient de qualité pour permettre à ces patients d'être soigné sans honte comme d'autres maladies chroniques.

Toulouse, le 20 juin 2024

Vu, permis d'imprimer,  
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeur Thomas GEERAERTS

Vu  
Toulouse le 20/06/2024

**Le Président du Jury**  
Professeur Pierre MISTHÉ  
Médecine Générale





## **Bibliographie :**

1. EQUIP'ADDICT. « Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions Occitanie », [Internet]. 29 novembre 2021, [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_occitanie\\_equip\\_addict\\_29112021.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_occitanie_equip_addict_29112021.pdf)
2. OFDT « Traitements de substitution aux opioïdes » 2019 - [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/bilans/tableau-de-bord-traitements-de-substitution-aux-opioides-2019/>
3. OFDT. « Évolution du nombre de personnes remboursées d'un médicament de substitution aux opiacés » - [Internet]. Juillet 2018 [cité 21 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-semestrielle-du-nombre-de-personnes-remboursees-dun-medicament-de-substitution-aux-opiaces/>
4. Dupouy J, Maumus-Robert S, Mansiaux Y, Pariente A, Lapeyre-Mestre M. Primary Care of Opioid use Disorder: The End of « the French Model »? *Eur Addict Res.* 2020;26(6):346-54.
5. MILDECA; « Qu'est-ce qu'une addiction ? » [Internet]. 2015 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
6. OFDT : « Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances » [Internet]. avril 2023 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>
7. FEDERATION ADDICTION, Gaubert M : « Bon usage des médicaments opioïdes : les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) ». 2022 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/substances/opiaces/bon-usage-des-medicaments-opioides-les-recommandations-de-la-hautes-autorites-de-sante/>
8. OFDT : « Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances » -[Internet]. 30 mars 2022 [cité 13 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>
9. SANTE PUBLIQUE FRANCE : « Quels sont les risques sanitaires associés à la consommation de drogues illicites ? » [Internet]. 15 juin 2022 [cité 12 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/articles/quels-sont-les-risques-sanitaires-associes-a-la-consommation-de-drogues-illicites>
10. OFDT : « Drogues et usages des drogues, état des lieux des tendances récentes 2007-2009 » [Internet]. Janvier 2010 [cité 21 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf>
11. CREAI-ORS Occitanie : « Activité des CSAPA d'Occitanie » [Internet]. Décembre 2021 [cité 10 avr 2024]. Disponible sur : [https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/02/CSAPA\\_Occitanie\\_En2020\\_VF.pdf](https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/02/CSAPA_Occitanie_En2020_VF.pdf)
12. OFDT : « Héroïne et opioïdes » - OFDT [Internet]. Avril 2023 [cité 13 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>
13. Paquien Maud. « Étude épidémiologique descriptive du profil des patients inclus dans les microstructures médicales addiction en Occitanie [thèse d'exercice en médecine] [Toulouse]: Toulouse III; 2023 ».
14. Taylor M, Mackay K, Murphy J, McIntosh A, McIntosh C, Anderson S, et al. Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland. *BMJ Open.* 2012;2(4):e000774.
15. Haute Autorité de Santé, « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ». [Internet]. 19 juillet 2006 [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272358/fr/strategies-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-)

- therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution
16. Dupouy J, Palmaro A, Fatséas M, Auriacombe M, Micallef J, Oustric S, et al. Mortality Associated With Time in and Out of Buprenorphine Treatment in French Office-Based General Practice: A 7-Year Cohort Study. *Ann Fam Med*. juill 2017;15(4):355-8.
  17. CADET-TAÏROU A, COSTES JM, BELLO PY, PALLE C, ESCOTS S. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendances*. juin 2004;(n°37):8 p.
  18. Gouvernement, MILDECA, plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. Octobre 2022 [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/Bilan%20PNMA%202018-2022.pdf>
  19. Deville Morgane. « Quels sont les freins à la prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés par les médecins généralistes ? » [Thèse d'exercice en médecine]. [Lyon] Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2020.
  20. ARS Occitanie. « Feuille route Addictions OCCITANIE » [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/occitanie/content/download/78633/508324/file/Presentation%20Feuille%20route%20Addictions%20OCCITANIE.pdf>
  21. SPF : « Baromètre santé médecins généralistes 2009 ». [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
  22. MILDECA : « Le dispositif de soins en addictologie » [Internet]. 15 mars 2023 [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
  23. OFDT : « Les personnes accueillies dans les CSAPA, situation en 2019 et évolution 2015-2019 » [Internet]. Aout 2021 [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcp2b8.pdf>
  24. MILDECA : « L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages » [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages>
  25. Paquien M, Palmaro A, Quesada F, Boyes J, Bader D, Dupouy J. Parcours de soin et profil des patients consultant en microstructure médicale addiction en Occitanie.
  26. REYNIER.C. « Représentations et implication des médecins généralistes concernant la prescription de substitution aux opiacés et le suivi des patients consommateurs d'héroïne ». [Thèse d'exercice en médecine]. [Lyon] Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2019.
  27. Paquin I, Perreault M, Milton D, Savard P. Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux. *Drogue Santé Société*. 2011;10(1):93-135.
  28. 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. [Thèse d'exercice en médecine]. [Rouen] 2017.
  29. OFDT, Coulomb S, Duburcq A, Marchand C, Péchevis M. « Évolution de la prise en charge des toxicomanes ». 2001 [cité 7 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cemka.pdf>
  30. Laleu E. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de médicaments de substitution aux opiacés : étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du bassin de santé de Villefranche de Rouergue [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/48/>
  31. Duvoid E. Existe-t-il des freins pour les patients sous traitements de substitution aux opiacés à aborder leur addiction avec un médecin généraliste ? Étude menée en centre

- d'addictologie. [Thèse d'exercice en médecine] Université clermont Auvergne. 8 déc 2020;61.
32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, "La durée des séances des médecins généralistes" | [Internet]. [cité 25 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
  33. DREES, Millien C, Chapat H, Cavillon M, StatConsulting K. "La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste. [Internet] 2018 [cité 25 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
  34. Roux P, Michel L, Cohen J, Mora M, Morel A, Aubertin JF, et al. Methadone induction in primary care (ANRS-Methaville): a phase III randomized intervention trial. *BMC Public Health*. 28 juin 2012;12:488.
  35. Ducharme S, Fraser R, Gill K. Mise à jour sur l'utilisation clinique de la buprénorphine. *Can Fam Physician*. janv 2012;58(1):e9-14.
  36. ANSM : "L'ANSM rappelle les risques de la méthadone et l'importance de disposer de la naloxone" [Internet]. 23 novembre 2023 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-rappelle-les-risques-de-la-methadone-et-limportance-de-disposer-de-la-naloxone>
  37. La revue du praticien, "Règles de prescription de la méthadone" [Internet]. 20 avril 2019 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/regles-de-prescription-de-la-methadone>
  38. SRAE. "Aide à la prescription de méthadone et règles de délivrance ». [Internet]. Septembre 2022 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : [https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2022/09/D033\\_SRAEAddicto-MAJPlaquette-Methadone-A5-Fstraits2.pdf](https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2022/09/D033_SRAEAddicto-MAJPlaquette-Methadone-A5-Fstraits2.pdf)
  39. MEDDISPAR - Est-ce qu'un médecin généraliste peut modifier le dosage d'un médicament soumis à prescription initiale réservée à certains spécialistes ? [Internet]. 9 juillet 2019 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.meddispar.fr/Questions-Reponses/Est-ce-qu-un-medecin-generaliste-peut-modifier-le-dosage-d-un-medicament-soumis-a-prescription-initiale-reservee-a-certains-specialistes>
  40. Code de la santé publique, Article R5121-91 - [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006914836](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914836)

## ANNEXE 1 :

### Questionnaire

Bonjour,

Actuellement interne en médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur l'étude des freins des patients sous traitements substitutifs aux opiacés dont le renouvellement est réalisé en Centres spécialisés en addictologie (CSAPA), à être suivi en médecine générale. Le questionnaire est ANONYME et strictement CONFIDENTIEL.

Le questionnaire est rapide (< 5 min). Merci de répondre à toutes les questions et n'hésitez pas à laisser un commentaire à la fin. Il suffit de déposer le questionnaire rempli dans la boîte prévue à cet effet.

Merci !

**1. Quel est votre genre ?**

- Féminin  
 Masculin  
 Non binaire

**2. Quelle est votre tranche d'âge ?**

- Entre 15 et 17 ans  
 Entre 18 et 29 ans  
 Entre 30 et 39 ans  
 Entre 40 et 49 ans  
 ≥ 50 ans

**3. Êtes-vous en couple ?**

- Oui  
 Non

**4. Avez-vous des enfants ?**

- Oui  
 Non

**5. Avez-vous un emploi ? (CDI, CDD, intérim, mi-temps...) ?**

- Oui  
 Non

**6. Avez-vous une couverture sociale ?**

- Couverture sociale classique (assurance maladie + mutuelle personnelle)  
 Couverture sociale incomplète (assurance maladie sans mutuelle)  
 CSS : Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU=Couverture maladie universelle et ACS= Allocation Complémentaire santé)  
 AME : Aide Médicale d'État  
 Pas de Couverture  
 Je ne sais pas

**7. Avez-vous une ALD (Affectation Longue Durée) en lien avec une maladie chronique vous dispensant de l'avance des frais chez le médecin traitant ?**

- Oui  
 Non

**8. Quel type de traitement prenez-vous ?**

- Méthadone  
 Subutex® ou Buprénorphine  
 Orobupre®  
 Suboxone® ou Buprénorphine/Naloxone

**9. Depuis combien de temps prenez- vous ce traitement ?**

- Moins d'un an  
 Plus d'un an

**10. Vous est-il arrivé de consommer plus que les doses prescrites sur les 6 derniers mois ?**

- Oui  
 Non

**11. Vous est-il arrivé de consommer vos traitements d'une autre façon que celle recommandée sur les 6 derniers mois ? (Par exemple en sniff, injection ou inhalation)**

- Oui  
 Non

**12. Avez-vous consommé de l'héroïne ou des morphiniques (hors usage médical) sur les 6 derniers mois ?**

- Oui  
 Non

**13. Prenez-vous un traitement pour un problème de santé mentale (dépression...) ?**

- Oui  
 Non

**14. Prenez-vous d'autres traitements pour un problème de santé somatique (hypertension, diabète...) ?**

- Oui  
 Non

**15. Y a-t-il d'autres substances dont vous avez du mal à vous passer ?**

- Oui  
 Non

**16. Si oui, laquelle/lesquelles :**

- Tabac
- Alcool
- Médicaments pour le sommeil, les angoisses (benzodiazépines, hypnotiques)
- Cannabis
- Autres substances illégales : Cocaïne, Amphétamines, Ecstasy, LSD

**17. Avez-vous un médecin traitant ?**

- Oui
- Non

**18. Si « Non », pourquoi ?**

- Je ne trouve pas de médecin traitant
- Je n'en vois pas l'utilité

**19. Si « Oui », est-il au courant de votre addiction aux opiacés ?**

- Oui
- Non

**20. Savez-vous que le médecin généraliste peut réaliser le suivi du traitement substitutif aux opiacés ?**

- Oui
- Non

**21. Avez-vous déjà fait renouveler votre traitement substitutif aux opiacés chez un médecin généraliste par le passé ?**

- Oui
- Non

**22. Si « Oui », comment cela s'est-il passé ?**

- Très bien
- Correct
- Très mal

**23. Préférez-vous continuer à être suivi en structure dédiée (CSAPA) ?**

- Oui
- Non

**24. Pourquoi préférez-vous un suivi en centre spécialisé en Addictologie (CSAPA) plutôt que par un médecin généraliste ?**

- 1 : PAS DU TOUT d'accord
- 2 : PAS VRAIMENT d'accord
- 3 : PLUTÔT d'accord
- 4 : TOUT À FAIT d'accord

	1	2	3	4
Je suis limité(e) pour des raisons financières				
J'ai peur me sentir jugé(e) en cabinet de médecine générale				
J'ai eu une mauvaise expérience passée en médecine générale				
Je crains de ne plus être soigné(e) de la même façon si le généraliste qui me suit apprend mon addiction				
Je crains que des gens que je connais apprennent mon addiction en étant suivi(e) chez le généraliste				
Je préfère les durées de consultations qui sont plus longues en CSAPA				
Je pense qu'un/mon médecin généraliste n'est pas assez formé dans ce domaine				
Je veux aussi être suivi(e) par le psychologue du CSAPA				
Je veux être aussi suivi(e) par l'assistante sociale du CSAPA				
Je veux être aussi suivi(e) par l'éducateur spécialisé du CSAPA				

**25. Existe-t-il d'autres freins selon vous à être suivi par un/votre médecin généraliste ? (Réponse libre)**

-----

-----

-----

**26. Quels pourraient être les avantages à être suivi en médecine générale ? (Réponse libre)**

-----

-----

-----

AUTEUR : Léo RIVER

TITRE : Quels sont les freins des patients traités par MSO en CSAPA à être suivi en médecine générale ?

DIRECTEUR DE THÈSE : Jordan BIREBENT

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Santé de Toulouse, le 9 juillet 2024

---

Résumé en français

**Contexte :** L'addiction aux opioïdes a des conséquences médico-sociale dramatiques. Ces dernières années, nous faisons face à une augmentation du nombre de patients sous médicaments substitutifs aux opioïdes. Pourtant, il ne semble pas y avoir d'augmentation du nombre de patients suivis en médecine générale. Les difficultés des MG à prendre en charge ces patients ont été bien étudiées et de nouvelles structures en addictologie ont vu le jour pour favoriser la prise en charge en soins primaires. Pourtant, le point de vue des patients a été peu exploré. Le but de cette étude est d'évaluer les freins des patients sous MSO suivis en CSAPA à être suivi par le médecin généraliste. **Méthode :** Cette étude descriptive transversale était basée sur un questionnaire anonyme à destination des patients de CSAPA d'Ariège sous MSO. Le recueil s'est fait de mars à avril 2024. **Résultats :** 31 questionnaires ont été analysés. Selon notre étude, 4 freins prédominent : la nécessité d'un suivi social, la nécessité d'un suivi psychologique, le manque de formation du médecin généraliste et la durée de consultation plus courte en soins primaire. Notre étude retrouvait une population globalement plus féminine, âgée, et précaire que la précédente étude. **Conclusion :** La prise en charge psychologique et sociale est indissociable de la prise en charge médicale. Si nous souhaitons convaincre les patients d'être suivi en soins primaires, il nous faudra être plus compétent dans le domaine de l'addiction aux opioïdes, prendre le temps lors des consultations et travailler de manière pluridisciplinaire.

---

Titre et résumé en anglais

**Background:** Opioid addiction has dramatic medical and social consequences. Recently, we faced an increase in the number of patients taking medications for opioid use disorder (MOUD). However, it does not seem to be an increase in the number of patients followed in general medicine. The difficulties of GPs looking after these patients have been well studied and new addictological structures have emerged to promote treatment in primary care. However, the patients' point of view has been less explored. The aim of this study is to evaluate the obstacles to patients under MOUD followed in CSAPA to be followed by their general practitioner. **Method:** This descriptive study was based on an anonymous questionnaire addressed to patients on MOUD followed in CSAPA in Ariège. Data collection was carried out from march to april 2024. **Results:** 31 questionnaires were analyzed. According to our study, there are 4 predominant obstacles: the need of a social follow-up, the need of a psychological follow-up, the lack of training of the general practitioner and the shorter time of consultation in primary care. Our study found a population more feminine, older, and more precarious than the previous study. **Conclusion:** Psychological and social care are inseparable from medical care. If we want patients to be followed in primary care, we will need to improve our skills in opioid addiction, accept to take time during consultations and work in multidisciplinary.

---

**Mots-Clés :** Freins, MSO, médecin généraliste

**Key Word :** Hurdle, opioid substitution treatments, general practitioner

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---