

LES DOSSIERS DE LA DREES

n° 80 • juillet 2021

Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients

Résultats du Panel d'observation des pratiques
et conditions d'exercice en médecine générale

Sandrine David, Jean-François Buyck, Marie-Astrid Metten (ORS Pays de la Loire)

Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients

Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale

Sandrine David, Jean-François Buyck, Marie-Astrid Metten (ORS Pays de la Loire), en collaboration avec : Marie Rocheteau, Thomas Hérault, Jean-Gérald Bertet (URML Pays de la Loire), Maxime Bergeat, Hélène Chaput, Martin Monziols, (DREES), Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Florence Zemour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Remerciements : les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de répondre à l'enquête, ainsi que l'ensemble de l'équipe ayant participé à l'élaboration du questionnaire (Marie-France d'Acremont, François Beck, Sophie Biacabe, Roseline Bontemps, Thomas Bouvier, Patrizia Carrieri, Pascale Chauvin-Grelier, Sylvie Chazalon, Jean-Yves Guillet, Laurence Herviou, Nathalie Joannard, Antoine Nebout, Solen Pelé, Perrine Roux, Marie Seval, Bruno Ventelou, Marie-Odile Williamson).

Sommaire

■ SYNTHÈSE	7
■ INTRODUCTION	8
■ REPÉRAGE DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	10
Un repérage systématique et renouvelé plus fréquemment pour le tabagisme que pour la consommation d'alcool ou de cannabis	10
Connaissance et usage de la démarche Repérage précoce et intervention brève (RPIB)	13
Deux tiers des médecins généralistes qui ont connaissance de la démarche RPIB l'utilisent.....	13
Un recours très fréquent aux prescriptions d'analyses biologiques et nettement moindre aux questionnaires ou échelles standardisés	13
Connaissance des repères de consommation d'alcool.....	14
Échanges avec les patients concernant leur consommation de tabac ou d'alcool.....	15
Initiation des échanges	15
Une aisance dans les échanges qui semble légèrement moindre pour l'abord de la consommation d'alcool	15
■ RECOURS À DES STRUCTURES SPÉCIALISÉES EN ADDICTOLOGIE.....	17
Des recours fréquents aux structures spécialisées, le plus souvent pour l'adressage des patients	17
Une fréquence du recours qui varie selon l'âge et le mode d'exercice des médecins généralistes	19
■ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE À UN PATIENT SOUFFRANT DE CONDUITES ADDICTIVES (TABAC, ALCOOL)	20
L'abord du sevrage tabagique.....	20
Les médecins généralistes prennent le plus souvent en charge seuls ce sevrage tabagique.....	20
Les prises en charge en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) sont moins fréquentes parmi les praticiens ayant suivi une formation complémentaire en addictologie.....	21
Une large majorité des médecins indiquent prescrire « la plupart du temps » un traitement nicotinique de substitution	22
L'abord de la consommation excessive d'alcool et de sa réduction	25
La prise en charge visant à réduire une consommation excessive d'alcool s'effectue le plus souvent en liaison avec d'autres professionnels spécialisés	25
La prise en charge en liaison avec des professionnels ou structures spécialisés est plus fréquente parmi les médecins femmes	26
Un médecin sur deux indique fixer « la plupart du temps » un objectif chiffré de réduction de la consommation d'alcool à reprendre à la prochaine consultation.....	26
■ OPIOÏDES (TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION, TRAITEMENTS ANTALGIQUES) : PERCEPTIONS ET PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	29
Deux tiers des médecins généralistes concernés au moins une fois dans l'année par la prescription de TSO	29
Des pratiques de prescription variées selon les caractéristiques des praticiens et de leur environnement d'exercice	30
Un peu moins de la moitié des médecins généralistes prescripteurs de TSO se considèrent suffisamment formés dans ce domaine	30

Près de six praticiens sur dix sont souvent confrontés à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de traitement antalgique opioïde hors indication cancéreuse.....	31
--	----

■ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES DANS LE CADRE D'UN EXERCICE REGROUPE..... 32

La présence d'un professionnel référent pour les conduites addictives est plus fréquente en maison de santé pluriprofessionnelle.....	32
Une participation au dispositif Mois sans tabac nettement plus fréquente parmi les médecins exerçant en MSP	33

■ CONCLUSION 34

■ BIBLIOGRAPHIE 35

Annexe 1. Facteurs associés au fait de réaliser un repérage systématique et renouvelé des consommations de tabac, d'alcool à risque ou de cannabis.....	36
Annexe 2. Facteurs associés au fait de connaître la démarche RPIB et de l'utiliser (parmi ceux qui la connaissent).....	37
Annexe 3. Facteurs associés au fait d'interroger (« <i>la plupart du temps</i> » ou « <i>parfois</i> ») sur leur consommation les patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque est suspectée, à partir de questionnaire ou d'échelle standardisée d'évaluation (AUDIT, FACE.....)	38
Annexe 4. Facteurs associés au fait de déclarer connaître les valeurs des nouveaux repères de consommation d'alcool.....	39
Annexe 5. Facteurs associés au fait d'avoir fait appel dans l'année à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé dans le domaine pour un ou plusieurs de leurs patients	40
Annexe 6. Facteurs associés au fait d'avoir fait appel dans l'année à une consultation de tabacologie pour un ou plusieurs de leurs patients.....	41
Annexe 7. Facteurs associés au fait d'avoir fait appel au cours de l'année écoulée à une CJC pour un ou plusieurs de leurs patients.....	42
Annexe 8. Facteurs associés au fait d'envisager une prise en charge en liaison avec un professionnel/consultation/structure spécialisé(e) en tabacologie pour le sevrage tabagique d'une patiente (vs envisager une prise en charge seul).....	43
Annexe 9. Facteurs associés au fait d'envisager une prise en charge en liaison avec un professionnel/consultation/structure spécialisé(e) pour aider un patient à réduire sa consommation excessive d'alcool (vs envisager une prise en charge seul).....	44
Annexe 10. Facteurs associés au fait d'initier la prescription de TSO ou uniquement de la renouveler.....	45
Annexe 11. Facteurs associés au fait d'informer systématiquement des risques de mésusage et de dépendance des traitements antalgiques opioïdes et au fait d'être souvent confronté à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de ces traitements.....	46
Annexe 12. Facteurs associés au fait de participer au dispositif Mois sans tabac ou avoir l'intention d'y participer	47

■ SYNTHÈSE

L'enquête du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale qui s'est déroulée de décembre 2019 à mars 2020 était consacrée aux pratiques de prévention et de prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes libéraux.

La quasi-totalité des praticiens déclarent procéder au repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis de leurs patients, *a minima* pour ceux qu'ils estiment à risque. 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 à risque (43 %) ou celle de cannabis (24 %). La démarche de Repérage précoce et intervention brève (RPIB) sur ces trois consommations est utilisée par plus d'un praticien sur cinq, mais 67 % déclarent ne pas avoir connaissance de cette démarche.

Face à des patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque est suspectée, le recours des praticiens aux analyses biologiques est quasi-systématique, mais l'utilisation de questionnaires ou échelles standardisés ne concerne que la moitié des médecins. Les praticiens se sont relativement bien appropriés les nouveaux repères de consommation d'alcool, puisque 61 % déclarent les connaître.

Les recours des médecins généralistes aux structures spécialisées en addictologie sont fréquents : dans l'année, 91 % ont fait appel à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou à un service hospitalier spécialisé, 63 % à une consultation spécialisée de tabacologie et 26 % à une consultation jeunes consommateurs (CJC).

Ces recours sont plus fréquents dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant d'usage problématique d'alcool : face à un patient présentant des signes de dépendance et souhaitant réduire sa consommation, deux tiers des médecins envisagent une prise en charge en liaison avec des structures spécialisées (environ 30 % le prennent en charge seuls et 5 % le réorientent vers un autre professionnel).

Le sevrage tabagique apparaît plus volontiers être pris en charge sans l'appui de structures ou professionnels spécialisés : face à une patiente souhaitant arrêter de fumer, 60 à 81 % des médecins (proportion variable selon le contexte clinique, l'âge et le nombre de cigarettes fumées par jour) déclarent gérer seuls cette situation (16 à 37 % le font en lien avec une structure spécialisée et 3 à 6 % réorientent la patiente).

L'enquête met également en évidence quelques particularités liées à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Près de la moitié des praticiens concernés déclarent disposer de professionnels référents de la prévention et de la prise en charge des addictions (dont notamment des psychologues) au sein de leur structure, et 19 % précisent qu'un CSAPA y intervient.

Les médecins ont enfin été interrogés plus spécifiquement sur les questions liées à la dépendance aux opiacés et au mésusage des traitements antalgiques opioïdes.

Une majorité (66 %) déclarent initier ou renouveler des prescriptions de traitements de substitution aux opioïdes (TSO) : la plupart (45 %) effectuent uniquement des renouvellements et 21 % initient des prescriptions de buprénorphine. Deux tiers des médecins généralistes qui initient des prescriptions de TSO et 35 % de ceux qui effectuent uniquement des renouvellements de prescriptions se considèrent suffisamment formés dans ce domaine.

Une large majorité (81 %) des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patients faisant l'objet d'une prescription d'antalgiques opioïdes des risques de mésusage et de dépendance. Près de six praticiens sur dix estiment en outre être souvent confrontés à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de traitement antalgique opioïde, pour leurs patients ayant des douleurs chroniques non cancéreuses.

■ INTRODUCTION

Les enjeux de prévention et de prise en charge des conduites addictives sont majeurs en France, comme dans de nombreux autres pays, au regard de leur fréquence élevée au sein de la population et des conséquences sanitaires et sociales qu'elles engendrent. À eux seuls, le tabagisme et la consommation d'alcool sont à l'origine de plus de 115 000 décès par an en France (75 000 décès attribuables au tabac et 41 000 à l'alcool en 2015) et constituent ainsi les deux premières causes de mortalité évitable (Bonaldi et Hill, 2019 ; Bonaldi *et al.*, 2019).

La prévention et la prise en charge des conduites addictives relèvent de très nombreux acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, associatif, éducatif... Parmi ces acteurs, les médecins généralistes libéraux occupent une place essentielle. Ils font partie des premiers interlocuteurs des patients lors de la survenue ou du dépistage de problèmes de santé liés directement ou indirectement à des conduites addictives (traumatismes, cancers, maladies cardiovasculaires, digestives...). Ils jouent un rôle majeur dans la promotion de comportements favorables à la santé, le repérage précoce des conduites addictives, la mise en place et la coordination d'une prise en charge adaptée auprès des patients concernés, mais aussi dans le suivi de ces personnes qui s'inscrivent le plus souvent sur du long terme. Comme le souligne la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) dans son plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (Mildeca, 2018), les médecins généralistes constituent la porte d'entrée à un parcours de santé qui implique souvent l'intervention d'acteurs pluridisciplinaires, d'autant plus lorsque les conduites addictives sont multiples, associées à des comorbidités (notamment psychiatriques) ou à des problématiques sociales.

Les résultats de la troisième vague d'enquête du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, présentés dans ce dossier, apportent un éclairage actualisé sur l'implication des médecins généralistes libéraux en matière de prévention et de prise en charge de certaines conduites addictives (Guignard *et al.*, 2011 ; Beck *et al.*, 2011). Lors de cette enquête, les médecins ont été interrogés plus particulièrement sur leurs pratiques vis-à-vis des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) de leurs patients, mais aussi sur les prescriptions de traitements de substitution aux opioïdes et de traitements antalgiques opioïdes (encadré 1).

Dans le premier volet de cette enquête, les médecins ont par ailleurs été interrogés plus globalement sur leurs opinions et pratiques en matière de prévention. Les principaux résultats de ce volet sont détaillés dans une autre publication (Metten *et al.*, 2021).

Encadré 1 • Le quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale et méthodologie

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France entière, hors Mayotte, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, installés au 1^{er} janvier 2018, ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur). Les médecins exerçant en Pays de la Loire et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur sont surreprésentés dans l'échantillon, permettant de donner des résultats représentatifs pour ces deux régions.

La troisième vague d'enquête s'est déroulée entre décembre 2019 et mars 2020, par internet et par téléphone. Le terrain de l'enquête a été stoppé prématurément en raison de l'épidémie de Covid-19. Au total, 2 412 médecins y ont participé, ce qui représente un taux de réponse de 73 % par rapport à la vague d'inclusion. 62 % des médecins répondants à cette vague ont répondu par internet.

Le questionnaire¹ de cette enquête a été élaboré par un groupe de travail associant la DREES, les ORS et les URPS-ML des Pays de la Loire et de Paca, l'Aix-Marseille school of economics, l'UMR 912 Sessim, la Direction générale de la santé, l'Institut national de la statistique et des études économiques, l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement, ainsi que plusieurs instances de la région Pays de la Loire (échelon régional du service médical de l'Assurance maladie, cellule régionale de coordination de la gestion du risque, agence régionale de santé, structure régionale d'appui et d'expertise addictologie, institut régional d'éducation et de promotion de la santé). La coordination de ce travail de recueil a été assurée par l'ORS et l'URML Pays de la Loire.

Le questionnaire comporte deux parties. La première, dont les résultats sont présentés dans une autre publication (Metten *et al.*, 2021), vise à décrire de façon globale les pratiques préventives des médecins généralistes. La seconde partie du questionnaire, dont les résultats sont présentés dans cette publication, concerne spécifiquement les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et prise en charge des conduites addictives (repérage des patients, recours à des structures spécialisées, prise en charge d'un sevrage tabagique, prise en charge dans le cadre d'une aide à la réduction de l'addiction).

Les données d'enquête sont pondérées afin de tenir compte de la non-réponse et calées. Ainsi, l'échantillon des répondants est représentatif de l'ensemble du champ de l'enquête selon le sexe, l'âge, le volume d'activité, l'exercice ou non dans une région partenaire et l'exercice ou non dans une zone à faible densité médicale. Les analyses présentées ici sont systématiquement pondérées.

En complément des résultats descriptifs, des modèles multivariés de régression logistique ont été réalisés afin d'identifier les facteurs associés de manière indépendante aux opinions et pratiques des médecins généralistes. L'effet des variables suivantes a été étudié toutes choses égales par ailleurs.

- certaines caractéristiques démographiques des praticiens : âge (au 1^{er} janvier 2018) et sexe ;
- certaines caractéristiques de leur lieu d'exercice :
 - région d'exercice (Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, autres régions),
 - offre de médecine générale (mesurée à partir de l'Accessibilité potentielle localisée² [APL] du territoire-vie santé 2017 auquel la commune d'exercice des médecins est rattachée, en quartiles),
 - environnement social (à partir de l'indice communal de défavorisation sociale Fdep 2015³ en quartiles) ;
- le mode d'exercice (individuel, en groupe hors maison de santé pluriprofessionnelle [MSP], en groupe en MSP) ;
- la charge de travail (du volume annuel d'activité, mesuré à partir du nombre de consultations et visites réalisés au cours de l'année 2017 en tranches : inférieur au premier quartile, entre le premier et troisième quartile et au-dessus du troisième quartile) ;
- le fait d'avoir suivi une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives⁴.

¹ Le questionnaire est disponible à l'adresse suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/Questionnaire%20panel%204%20vague%203.pdf>

² L'APL est un indicateur tenant compte de l'offre et de la demande de soins locales (Vergier *et al.*, 2017).

³ Indicateur contextuel calculé, au niveau de la commune d'exercice des médecins, à partir du revenu fiscal médian par unité de consommation, de la part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée, de la part des ouvriers et de la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans (Ghosn, 2018).

⁴ Avoir suivi une séance de formation médicale continue au cours des cinq dernières années dans le domaine des conduites addictives, ou avoir obtenu une capacité (DU ou DIU) en addictologie ou tabacologie. Voir précisions encadré 2.

■ REPÉRAGE DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande aux professionnels de santé de premier recours, et notamment aux médecins généralistes, d'évaluer chez l'adulte, de façon précoce, la consommation des trois substances psychoactives les plus fréquentes (alcool, tabac et cannabis) et leurs risques, de proposer une intervention brève pour les consommateurs à risque et d'assurer un accompagnement durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de ces usages.

Le repérage précoce préconisé concerne tous les patients. La HAS recommande qu'il soit renouvelé de façon régulière (idéalement au moins une fois par an), ainsi qu'en cas de situations à risque (grossesse, précarité, stress psychosocial...) [HAS, 2021a ; HAS, 2021b].

Un repérage systématique et renouvelé plus fréquemment pour le tabagisme que pour la consommation d'alcool ou de cannabis

La très grande majorité des médecins généralistes libéraux déclarent fin 2019-début 2020 procéder ou faire procéder à un repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis auprès de leurs patients (99 % pour le tabac et l'usage d'alcool à risque et 91 % pour le cannabis).

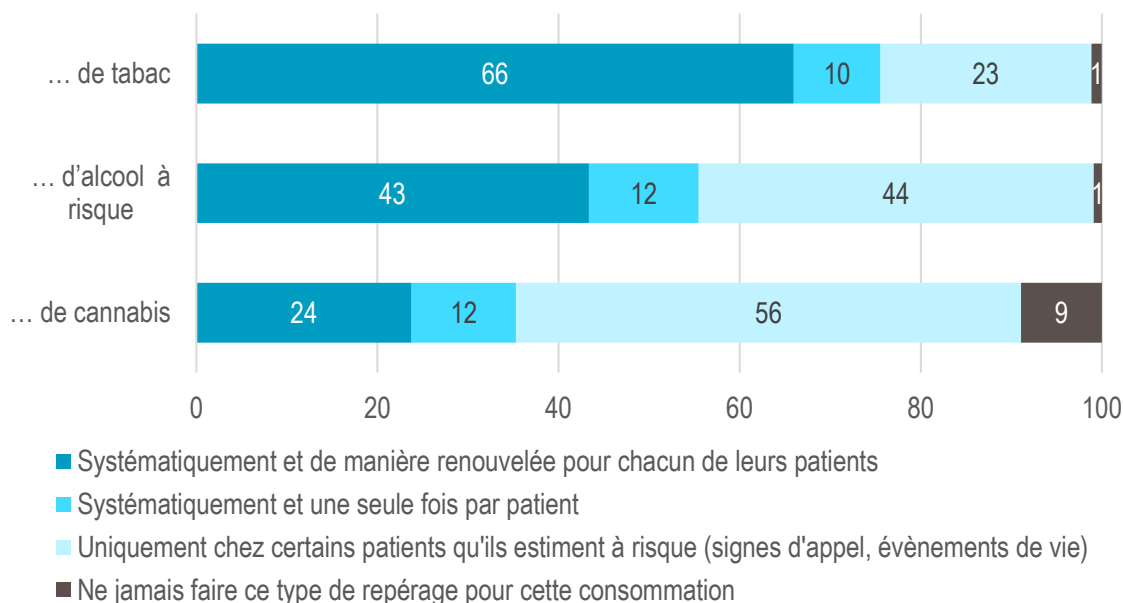
Le repérage systématisé auprès de l'ensemble des patients et renouvelé de façon régulière n'est toutefois pas généralisé, il est plus fréquemment mis en œuvre pour le tabac que pour l'alcool ou le cannabis. Ainsi, deux tiers (66 %) des médecins déclarent effectuer un repérage *systématiquement et de manière renouvelée pour chacun de leurs patients* pour la consommation de tabac, mais ils sont moins de la moitié (43 %) à le faire pour la consommation d'alcool à risque et moins d'un quart (24 %) pour l'usage de cannabis. Concernant cette dernière consommation, la majorité des médecins réalisent un repérage *uniquement auprès des patients qu'ils estiment à risque (signes d'appel, événements de vie)* (56 %) (graphique 1).

Le constat d'un moindre repérage pour l'alcool et plus particulièrement pour le cannabis avait déjà été mis en évidence en 2009 dans le cadre du Baromètre santé médecins généralistes. Lors de cette enquête, 63 % des médecins généralistes ont déclaré aborder *au moins une fois* avec chaque patient la question du tabac, 23 % celle de l'alcool et 8 % celle du cannabis (Guignard *et al.*, 2011). La comparaison des résultats de ces deux enquêtes est délicate, en raison de différences concernant la méthodologie et la formulation des questions, mais elle plaide néanmoins en faveur d'une augmentation des pratiques de repérage des usages d'alcool à risque et de cannabis au cours des dix dernières années.

Ces résultats du Panel peuvent être mis en regard de ceux du Baromètre de Santé publique France 2017, qui permettent d'apprécier la perception des patients concernant leurs échanges avec les médecins généralistes sur la consommation de tabac et d'alcool. Du point de vue des patients, ces sujets apparaissent relativement peu abordés en consultation de médecine générale : parmi les 18-75 ans ayant consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, 37 % déclarent que le sujet du tabac et 17 % que celui de l'alcool avaient déjà été discutés en consultation (Cogordan *et al.*, 2020).

Graphique 1 • Fréquence du repérage des usages de tabac, d'alcool à risque et de cannabis

Part (%) des médecins généralistes déclarant procéder ou faire procéder au repérage de la consommation...



Note > En raison des arrondis, la somme peut ne pas être égale à 100.

Lecture > 66 % des médecins déclarent procéder ou faire procéder au repérage de la consommation de tabac systématiquement et de manière renouvelée pour chacun de leurs patients.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Plusieurs caractéristiques des médecins et de leur environnement sont associées au fait de réaliser un **repérage systématique et renouvelé** des consommations de substances psychoactives.

L'âge semble notamment constituer un facteur important pour le repérage du tabagisme et de la consommation de cannabis. La mise en œuvre d'un repérage systématique et renouvelé pour le tabagisme est une pratique plus fréquente chez les médecins les plus jeunes (75 % des moins de 45 ans, 66 % des 45-59 ans, 59 % des 60 ans ou plus). *A contrario*, les médecins les plus jeunes sont les moins enclins à mettre en œuvre un tel repérage pour l'usage de cannabis (15 %) comparativement aux praticiens plus âgés (28 % des 45-59 ans, 24 % des 60 ans ou plus).

Concernant le repérage du tabagisme, l'exercice regroupé⁵ est également l'un des principaux facteurs associés à sa mise en œuvre systématique et itérative (72 % des médecins exerçant en groupe le font, contre 58 % de ceux exerçant seuls).

Ces écarts persistent dans les analyses statistiques multivariées. En outre, elles mettent en évidence que, « toutes choses égales par ailleurs », les praticiens ayant bénéficié d'une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives⁶ (voir encadré 2) sont plus enclins à mettre en œuvre un repérage systématique et renouvelé des consommations de substances psychoactives, que ce soit pour le tabac (ORa=1,38 [1,05-1,83]), l'alcool à risque (1,41 [1,09-1,82]) ou le cannabis (ORa=1,56 [1,15-2,11] (annexe 1).

⁵ En cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle.

⁶ Avoir suivi une séance de formation médicale continue au cours des cinq dernières années, ou avoir obtenu une capacité (DU ou DIU) en addictologie ou tabacologie. Voir précisions encadré 2.

Encadré 2 • Formations complémentaires suivies par les médecins généralistes dans le domaine des conduites addictives et impact sur leur pratique

Des formations (diplômes universitaires [DU] ou interuniversitaires [DIU], formation médicale continue [FMC] / développement professionnel continu [DPC]) sont accessibles aux médecins généralistes souhaitant plus particulièrement mettre à jour ou parfaire leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine des conduites addictives.

Près de la moitié des médecins généralistes ont fait la démarche de suivre une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives

Début 2020, 48 % des médecins généralistes libéraux déclarent avoir suivi, au cours des cinq dernières années, une séance de formation médicale continue (FMC, DPC) dans le domaine des conduites addictives. Ils sont en outre près de 2 % à indiquer avoir obtenu une capacité (DU ou DIU) d'addictologie ou de tabacologie.

La part des médecins ayant suivi une formation concernant les conduites addictives varie selon l'âge, les praticiens les plus jeunes étant les moins nombreux à avoir suivi une formation complémentaire (43 % des moins de 45 ans, 52 % des 45-59 ans, 50 % des 60 ans ou plus). Les médecins exerçant en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) semblent avoir également moins souvent suivi de formation dans le domaine, que ceux des autres régions (44 % en Paca, 51 % en Pays de la Loire, 50 % dans les autres régions). En outre, les praticiens exerçant dans une zone sous-dense (commune dont l'APL du territoire de vie-santé < 2,8) sont en proportion moins nombreux à avoir suivi ce type de formation (42 % vs 50 %).

Le fait d'avoir suivi une formation complémentaire sur les conduites addictives apparaît corrélé avec les pratiques dans ce domaine, notamment en matière de repérage des usages de substances psychoactives

Les analyses « toutes choses égales par ailleurs » mettent en évidence l'existence d'une association significative entre le fait d'avoir suivi une formation complémentaire sur les conduites addictives et de déclarer connaître la démarche de Repérage précoce et intervention brève RPIB, ainsi les nouveaux repères de consommation d'alcool⁷ (annexes 2 et 4).

Le suivi d'une formation est par ailleurs associé à l'utilisation plus fréquente d'outils de type questionnaires/échelles standardisés pour le repérage des usages à risque, ainsi que la mise en place plus fréquente de repérages systématiques et de manière renouvelée des consommations de tabac, de cannabis ou d'alcool à risque (annexes 1 et 3).

Le fait d'avoir bénéficié d'une formation complémentaire semble favoriser la prise en charge des sevrages tabagiques par les praticiens sans recours à des professionnels ou structures spécialisés. Ce constat n'est toutefois pas retrouvé pour des aides à la réduction ou à l'arrêt d'une consommation excessive d'alcool, les praticiens « formés » présentant une probabilité peu différente des autres d'envisager faire seuls ce type de prise en charge (annexes 8 et 9).

Concernant les collaborations avec des structures spécialisées en addictologie, les praticiens « formés » ont plus souvent recours que les autres aux conseils des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des services hospitaliers spécialisés, ou des consultations jeunes consommateurs (CJC) (annexes 5 et 7).

L'implication dans le dispositif Mois sans tabac est en outre plus fréquente parmi les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire (annexe 12).

Ces différentes associations sont toutefois à interpréter avec précaution. Elles ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre le fait d'avoir suivi une formation sur les conduites addictives et des pratiques « optimisées » dans ce domaine. Ces associations peuvent témoigner de profils de praticiens plus sensibilisés à la question des conduites addictives, qui de ce fait suivent des formations dans ce domaine et y seraient plus particulièrement attentifs dans leur pratique quotidienne.

⁷ Les autorités sanitaires et sociétés savantes communiquent depuis 2017 sur de nouvelles valeurs de repères de consommation d'alcool : maximum 10 verres d'alcool par semaine, maximum 2 verres par jour et des jours sans consommation au cours de la semaine. Ils remplacent les anciens repères qui étaient de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et 14 verres pour les femmes et de plus de 4 verres par occasion quel que soit le sexe.

Connaissance et usage de la démarche Repérage précoce et intervention brève (RPIB)

Les recommandations nationales incitent à associer le repérage précoce à une intervention brève, correspondant ainsi à la démarche dite **Repérage précoce et intervention brève (RPIB)**. L'efficacité de cette démarche sur la diminution des consommations à risque a été démontrée, en particulier pour l'alcool (HAS, 2021a ; Anderson *et al.*, 2008).

Cette démarche se déroule en deux étapes. La première est un recueil des consommations déclarées par le patient à partir de questionnaires validés avec une évaluation des risques. La seconde est une intervention brève sous forme d'un entretien motivationnel du patient, afin de lui apporter des informations et lui proposer des aides en respectant ses choix. L'objectif de l'entretien est de motiver un changement de comportement chez le consommateur à risque.

Deux tiers des médecins généralistes qui ont connaissance de la démarche RPIB l'utilisent

Un médecin généraliste sur trois déclare avoir connaissance de la démarche RPIB. Parmi ces praticiens, plus des deux tiers (68 %) l'utilisent auprès de leurs patients, ce qui représente au total 22 % de l'ensemble des médecins généralistes.

Selon les analyses « toutes choses égales par ailleurs », la connaissance de cette démarche apparaît plus répandue parmi les praticiens exerçant en groupe, et plus particulièrement parmi ceux exerçant dans le cadre de MSP (ORa=3,03 [2,05-4,46]) comparativement aux praticiens exerçant seuls, ainsi que parmi les praticiens ayant suivi une formation complémentaire sur les conduites addictives (ORa=2,43 [1,84-3,20]).

En outre, la connaissance de cette démarche et son utilisation (par les praticiens qui en ont connaissance) semblent moindres parmi les médecins de la région Paca⁸ que parmi ceux des autres régions (connaissance : ORa=0,63 [0,47-0,85] ; utilisation : ORa=0,48 [0,29-0,80]). Un effet de l'âge est également observé, avec un recours à cette démarche⁹ diminuant avec l'âge du praticien (annexe 2).

Un recours très fréquent aux prescriptions d'analyses biologiques et nettement moindre aux questionnaires ou échelles standardisés

Interrogés plus spécifiquement sur les modalités qu'ils mettent en œuvre pour le repérage des consommateurs d'alcool à risque, la quasi-totalité des médecins généralistes indiquent s'être appuyés « *la plupart du temps* » (71 %) ou « *parfois* » (28 %) sur la **prescription d'analyses biologiques** (bilan hépatique, numération formule sanguine...) au cours de l'année écoulée (graphique 2).

Le recours à des **outils de type questionnaire ou échelle standardisé(e)** pour évaluer le niveau de consommation d'alcool ou de dépendance des patients (Audit, Face...) est moins répandu, rapporté par un peu moins d'un médecin sur deux (14 % « *la plupart du temps* » et 36 % « *parfois* ») (graphique 2). Néanmoins, cette pratique apparaît en hausse au cours des dix dernières années car seuls 13 % des médecins généralistes déclaraient en 2009 utiliser des questionnaires préétablis d'aide au repérage dans le domaine de l'alcool (Guignard *et al.*, 2011). Cette évolution pourrait notamment être liée aux actions de sensibilisation et de formation concernant la démarche RPIB (qui préconise notamment de recourir à des questionnaires pour évaluer les risques) qui se sont développées auprès des médecins généralistes au cours des dix dernières années, en lien avec les recommandations de la HAS publiées en 2014.

Si aucune différence significative n'est observée selon le sexe et l'âge des praticiens, le recours à des questionnaires ou échelles semble varier selon la région d'exercice : les praticiens des Pays de la Loire sont un peu plus souvent utilisateurs de ces outils (57 %) que ceux des autres régions (49 % de ceux exerçant en région Paca, 50 % dans les autres régions). Ce constat est confirmé par les analyses multivariées, qui montrent en outre que « toutes choses égales par ailleurs » les facteurs les plus fortement associés à l'utilisation de ces outils sont le fait d'avoir

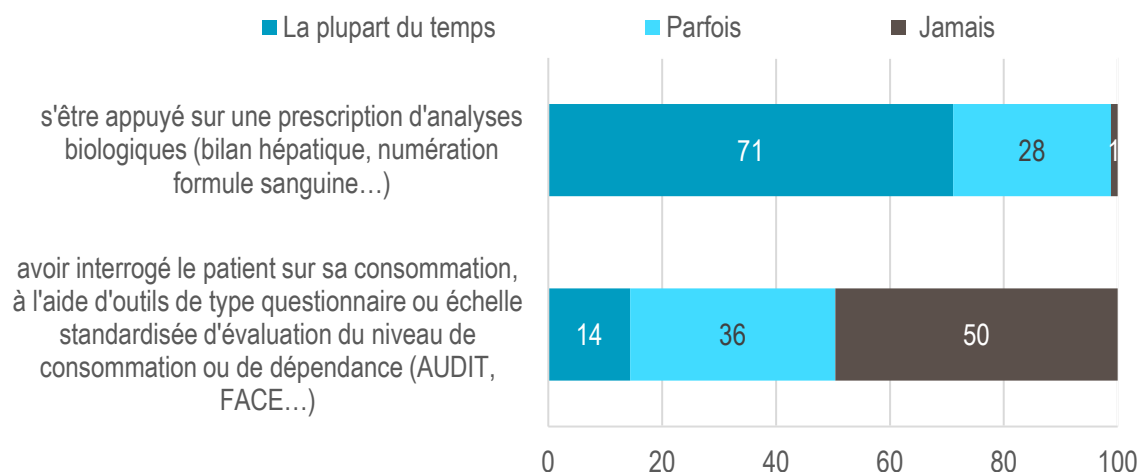
⁸ Les médecins qui exercent dans les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Pays de la Loire sont surreprésentés dans l'échantillon, permettant de donner des résultats représentatifs pour ces deux régions. Il n'est pas possible de donner des résultats significatifs au niveau régional pour les autres régions françaises.

⁹ Parmi les praticiens qui ont connaissance du RPIB.

suivi une formation complémentaire sur les conduites addictives (ORa=1,65 [1,26-2,17]) et le fait d'être plus généralement investi dans des actions de prévention collective¹⁰ (ORa=1,62 [1,22-2,16]) [annexe 3].

Graphique 2 • Modalités de repérage des consommateurs d'alcool à risque

Part (%) des médecins généralistes déclarant, pour les patients pour lesquels ils ont suspecté une consommation d'alcool à risque au cours de l'année écoulée...



Note > En raison des arrondis, la somme peut ne pas être égale à 100.

Lecture > 71 % des médecins déclarent que « la plupart du temps » pour les patients pour lesquels ils ont suspecté une consommation d'alcool à risque au cours de l'année écoulée, ils se sont appuyés sur une prescription d'analyses biologiques.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Connaissance des repères de consommation d'alcool

En 2017, un groupe national d'experts a émis un avis présentant de nouveaux repères de consommation d'alcool, s'appuyant sur les dernières données de la littérature scientifique disponibles sur les liens entre la consommation d'alcool et la santé. Ces nouveaux repères qui permettent de limiter les risques de la consommation d'alcool sur la santé s'adressent aux adultes, sans distinction de sexe (hors femmes enceintes). Ils prennent en compte la fréquence et la quantité d'alcool consommé et comportent trois dimensions : 1/ ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine, 2/ pas plus de 2 verres standard par jour et 3/ avoir des jours dans la semaine sans consommation (Santé publique France, INCa, 2017).

Ces nouvelles recommandations remplacent les anciens repères de consommation qui étaient pour un adulte : pas plus de 21 verres standard par semaine pour les hommes et 14 verres pour les femmes, et pas plus de 4 verres par occasion quel que soit le sexe.

La formulation de ces nouveaux repères a été retravaillée afin de les rendre les plus compréhensibles et mémorables par l'ensemble de la population et est résumée ainsi : « *pour votre santé, l'alcool, c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours* ». Ils ont fait l'objet de campagnes d'information, notamment auprès du grand public, dès le début de l'année 2019.

Lors de l'enquête, près de trois quarts (73 %) des médecins généralistes déclarent connaître les valeurs des anciens repères de consommation d'alcool. Concernant les nouveaux repères, le niveau de connaissance des praticiens apparaît assez élevé au regard de l'antériorité de leur mise en place et du niveau de connaissance des anciens repères : ainsi, 61 % des médecins généralistes déclarent fin 2019-début 2020 connaître les valeurs de

¹⁰ Avoir contribué au cours des deux dernières années à l'organisation d'actions de prévention collective auprès d'un groupe de population (personnes âgées, milieu scolaire, habitants de territoires fragiles...), ou avoir déjà participé (ou vouloir participer) au dispositif Mois sans tabac.

ce nouveau repère. Ce constat peut être mis en lien avec les différentes communications menées par Santé publique France auprès des professionnels de santé.

La connaissance des nouveaux repères de consommation d'alcool apparaît plus fréquente parmi les praticiens exerçant en MSP (69 %) que parmi ceux exerçant seuls (56 %) ou en cabinet de groupe (63 %). Ces écarts sont confirmés par l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » ($ORa=1,56$ [1,05-2,30] pour les médecins exerçant en MSP (comparativement aux médecins exerçant seuls). Cette analyse met également en évidence une probabilité plus élevée de déclarer connaître ces nouveaux repères parmi les femmes médecins ($ORa=1,42$ [1,05-1,92]), les praticiens exerçant dans les communes les plus défavorisées socialement ($ORa=1,47$ [1,00-2,16]), ainsi que parmi ceux ayant suivi une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives ($ORa=1,62$ [1,24-2,12]) [annexe 4].

Échanges avec les patients concernant leur consommation de tabac ou d'alcool

Initiation des échanges

La quasi-totalité (99 %) des praticiens considèrent qu'**initier les échanges** avec leurs patients repérés comme tabagiques **afin de leur proposer un sevrage fait partie des rôles du médecin généraliste** (82 % « *oui, tout à fait* » ; 17 % « *oui, plutôt* »). Ils sont aussi nombreux à indiquer que figure, parmi leurs rôles, l'initiation d'échanges auprès des patients repérés avec une consommation d'alcool à risque afin de leur proposer une aide à la réduction ou à l'arrêt de leur consommation (80 % « *oui, tout à fait* » ; 19 % « *oui, plutôt* »).

Une aisance dans les échanges qui semble légèrement moindre pour l'abord de la consommation d'alcool

Les médecins généralistes se considèrent, dans leur très grande majorité (98 %), **à l'aise pour échanger** avec leurs patients autour de **la réduction ou l'arrêt de tabac** (80 % « *oui, tout à fait* » ; 18 % « *oui, plutôt* »). Cette facilité dans les échanges autour du tabac était déjà très largement partagée en 2009, d'après les résultats du Baromètre santé médecins généralistes (50 % considéraient le tabagisme « *tout à fait* » et 39 % « *plutôt* » facile à aborder avec leurs patients) [Guignard *et al.*, 2011].

Les praticiens ne s'estimant pas à l'aise dans les échanges autour du tabac ont ensuite été interrogés sur les difficultés qu'ils ressentaient. Parmi celles proposées dans l'enquête arrivent en tête : le manque de formation, le déni des patients, le sentiment de ne pas être assez efficace pour faire évoluer les comportements des patients, le manque de temps et le manque d'outils, ces difficultés étant citées par environ 50 à 70 % des praticiens concernés. Ont également été évoquées, dans une moindre mesure (par 15 à 30 % des praticiens), l'absence de professionnel ou de structure spécialisé(e) pouvant prendre en charge les patients dans des délais raisonnables, la non-connaissance de professionnel ou de structure spécialisé(e) pouvant les aider dans la prise en charge de ces patients et le fait qu'aborder ces questions risque d'altérer leurs relations avec les patients concernés. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution car ils sont calculés à partir d'un très faible échantillon de praticiens¹¹ (graphique 3).

Concernant les échanges avec leurs patients sur **la réduction ou l'arrêt d'une consommation d'alcool à risque**, la très grande majorité (93 %) des médecins généralistes se considèrent également à l'aise. Cette perception apparaît toutefois un peu plus faible que pour le tabac, la proportion de praticiens se déclarant « *tout à fait* » à l'aise étant en effet inférieure (61 % pour l'alcool, contre 80 % pour le tabac). Ce constat avait déjà été observé en 2009, dans le cadre du Baromètre santé médecins généralistes.

Parmi les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans les échanges autour de la réduction de la consommation d'alcool¹², est évoqué en premier lieu le déni des patients (81 % des praticiens concernés par des difficultés d'échanges). Viennent ensuite le sentiment de ne pas être assez efficace pour faire évoluer les

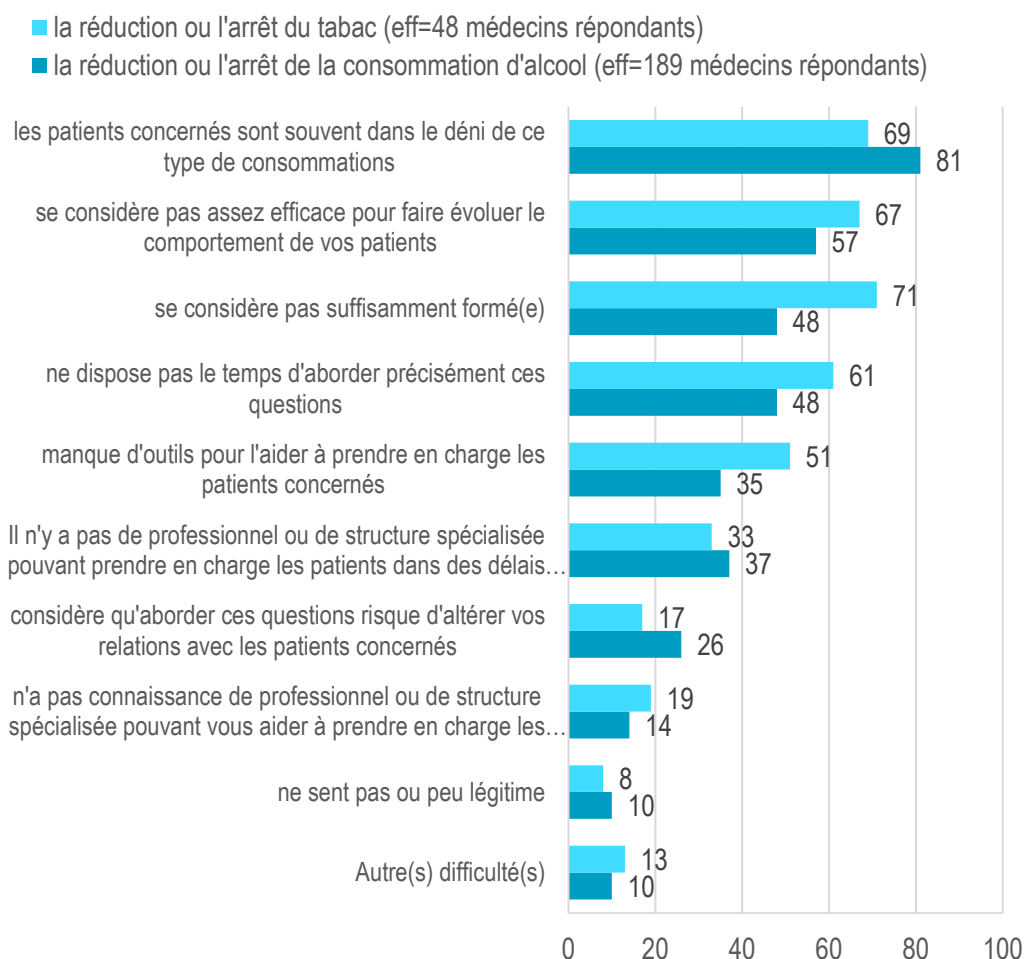
¹¹ 48 médecins généralistes.

¹² Effectif de praticiens concernés=189.

comportements des patients, le manque de formation, de temps et d'outils. Ces difficultés, rapportées par 35 à 57 % des praticiens, sont globalement moins souvent exprimées que pour les échanges autour de la réduction ou l'arrêt du tabac (51 à 67 %).

Graphique 3 • Difficultés ressenties par les médecins généralistes ne se considérant pas à l'aise lors des échanges avec leurs patients sur la réduction ou l'arrêt du tabac ou de la consommation d'alcool

Difficultés ressenties par les médecins avec leurs patients dans le cadre d'échanges autour de ... (en %)



Note > Les résultats concernant les difficultés ressenties dans le cadre d'échanges autour du tabac doivent être considérés avec précaution car ils sont calculés sur un faible effectif de médecins (n=48).

Lecture > Pour 69 % des médecins généralistes ne s'estimant pas à l'aise pour échanger avec leurs patients sur la réduction ou l'arrêt de la consommation de tabac, le fait que « les patients concernés sont souvent dans le déni de ce type de consommations » constitue l'une des difficultés qu'ils ressentent dans ces échanges.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif ne s'estimant pas à l'aise dans les échanges sur la réduction ou l'arrêt du tabac (respectivement de l'alcool), France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

■ RECOURS À DES STRUCTURES SPÉCIALISÉES EN ADDICTOLOGIE

Dans le cadre de la prise en charge de personnes souffrant de conduites addictives, et notamment pour ceux qui cumulent différentes problématiques de santé (polyconsommations, pathologies psychiatriques...) ou des difficultés sociales, les médecins généralistes peuvent recourir à plusieurs dispositifs spécialisés en addictologie, que ce soit pour des conseils, des orientations, ou encore un appui dans leur suivi. Les dispositifs existants sont relativement nombreux et variés et relèvent de trois grands secteurs complémentaires (premier recours, hospitalier, médico-social) permettant ainsi d'adapter la prise en charge au plus près des besoins et des contextes de vie des patients (encadré 3).

Encadré 3 • Offre de prise en charge des conduites addictives

Le système de prise en charge des addictions repose actuellement sur trois secteurs complémentaires (Mildeca, 2019) :

- les professionnels de santé du premier recours ;
- le secteur hospitalier qui est structuré autour d'une filière spécifique en addictologie, avec les unités de sevrage simples, les consultations en addictologie (dont certaines sont spécialisées en tabacologie), les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), les unités de sevrage et de soins complexes, les hospitalisations de jour ou complètes en addictologie, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie.

Selon les données hospitalières, en 2017, 231 000 personnes ont été vues au moins une fois au cours de l'année dans le cadre d'une consultation hospitalière en addictologie et 125 600 personnes ont été hospitalisées au moins une fois en services de court séjour, de psychiatrie ou de SSR pour un problème de conduites addictives (hors intoxications aiguës) (OFDT, 2019).

- le secteur médico-social avec les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les consultations jeunes consommateurs CJC (dont environ la moitié sont rattachées à des CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Concernant plus particulièrement les **CSAPA**, ces structures s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substance¹³), ainsi qu'à leur entourage. Ces structures, reposant sur des équipes pluridisciplinaires assurent des missions :

- d'accueil, d'information et de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation pour le patient ou son entourage ;
- de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- de prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

La majorité des CSAPA accueille les usagers en ambulatoire. Certains proposent des services de soins résidentiels (centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques...).

On compte plus de 380 CSAPA au plan national en 2019 (Mildeca, 2019). Les CSAPA peuvent être généralisés ou spécialisés (alcool, drogues, alcool...). En 2016, ces structures ont accueilli en ambulatoire un nombre estimé de 293 000 personnes pour un problème de conduites addictives (Palle, Rattanatr, 2018).

Les **consultations jeunes consommateurs (CJC)** accueillent des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage. Ces consultations se déroulent principalement dans des CSAPA ou dans des centres hospitaliers, mais aussi parfois dans d'autres lieux, en particulier ceux spécialisés dans l'accueil des jeunes (maisons des adolescents...). Toutes les conduites addictives (avec ou sans substance) peuvent être abordées dans le cadre de ces consultations. Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés. Les parents peuvent également être reçus sans le jeune concerné. Les CJC proposent une évaluation des consommations, des risques associés, un accompagnement pour prévenir une consommation problématique ainsi que des aides à l'arrêt ou à la réduction des consommations ou pratiques.

Il existe 540 lieux de consultations répartis dans tous les départements. En 2014, environ 30 000 personnes avaient eu recours à ces structures (Obradovic, 2015).

Des recours fréquents aux structures spécialisées, le plus souvent pour l'adressage des patients

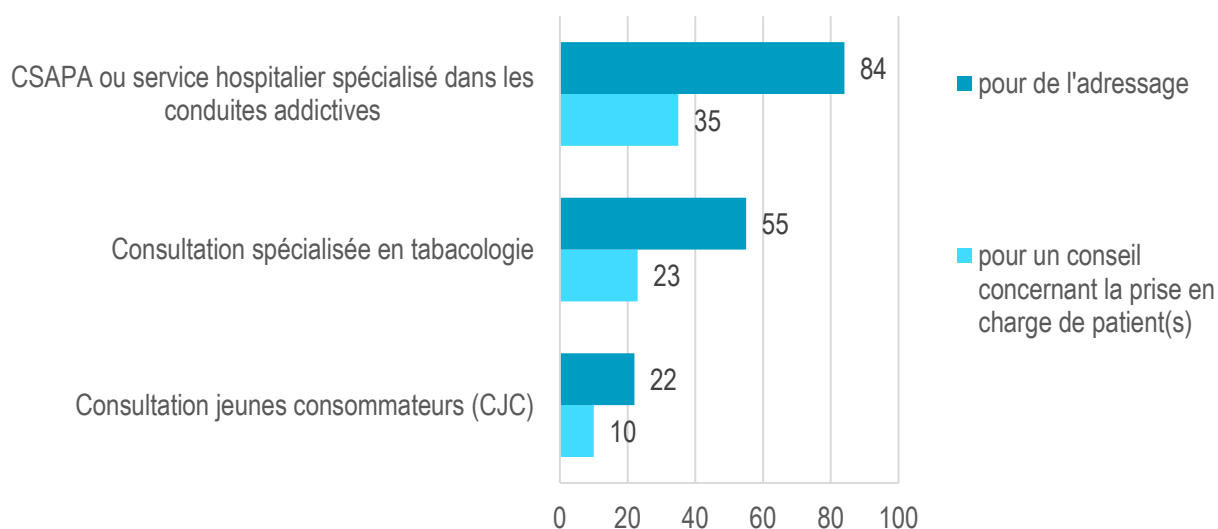
Le recours des médecins généralistes aux structures spécialisées en addictologie est fréquent : 91 % des praticiens déclarent avoir fait appel dans l'année, pour un ou plusieurs de leurs patients, à un **CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé** et 63 % à une **consultation spécialisée de tabacologie**. Le recours dans l'année à une **consultation jeunes consommateurs (CJC)** est moins répandu, rapporté par 26 % des médecins.

¹³ Les addictions sans substance peuvent par exemple concerner les jeux d'argent et de hasard, les jeux vidéo...

Quel que soit le type de structure sollicitée, le motif de recours des médecins généralistes concerne le plus souvent l'adressage d'au moins un patient : 84 % des praticiens ont ainsi adressé dans l'année un de leurs patients à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé, 55 % à une consultation spécialisée de tabacologie et 22 % à une CJC. Ils sont moins nombreux (respectivement 35 %, 23 % et 10 %) à avoir fait appel à ces différentes structures pour un conseil sur la prise en charge d'un de leurs patients (graphique 4).

Graphique 4 • Recours des médecins généralistes à des structures spécialisées dans la prise en charge des conduites addictives

Part (%) des médecins généralistes déclarant, au cours de l'année écoulée, avoir fait appel pour un ou plusieurs de leurs patients à un/une...



Note > CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Lecture > 84 % des médecins généralistes déclarent avoir fait appel, dans l'année écoulée, pour un ou plusieurs patients, à un CSAPA ou un service hospitalier spécialisé dans les conduites addictives pour de l'adressage.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Une fréquence du recours qui varie selon l'âge et le mode d'exercice des médecins généralistes

Selon les analyses multivariées, l'âge constitue, « toutes choses égales par ailleurs »¹⁴, l'un des facteurs déterminants du recours des médecins généralistes à ces structures spécialisées en addictologie. Les praticiens les plus âgés (60 ans ou plus) ont globalement moins souvent recours à un CSAPA ou un service hospitalier spécialisé pour de l'adressage ($ORa=0,58$ [0,35-0,98]) et, *a contrario*, plus souvent recours à une consultation de tabacologie pour un conseil sur une prise en charge ($ORa=1,85$ [1,17-2,95]) comparativement aux plus jeunes (moins de 45 ans). Les médecins les plus jeunes ont moins souvent recours aux CJC comparativement aux plus âgés (45-59 ans : $ORa=1,70$ [1,13-2,56] ; 60 ans ou plus : $ORa=1,72$ [1,08-2,73]) [annexes 5 à 7].

Des différences sont également observées selon les régions d'exercice. Les praticiens de la région Pays de la Loire ont plus souvent recours aux CSAPA ou services hospitaliers ($ORa=1,94$ [1,07-3,53]), notamment pour des conseils, comparativement aux autres régions et notamment à la région Paca. Les praticiens de la région Paca présentent par ailleurs une probabilité plus faible de recourir dans l'année à une consultation de tabacologie ($ORa=0,67$ [0,51-0,87]) que ceux des autres régions, notamment pour de l'adressage de patients.

Le recours à des structures spécialisées apparaît également associé au volume d'activité annuel des praticiens, avec un recours globalement plus élevé parmi les praticiens ayant une activité importante¹⁵.

Les médecins exerçant en cabinet de groupe (hors MSP) recourent davantage aux CSAPA ou services hospitaliers spécialisés ($ORa=1,93$ [1,12-3,34]) et consultations de tabacologie ($ORa=1,39$ [1,02-1,88]), par rapport aux praticiens exerçant seuls, mais aussi par rapport à ceux exerçant en MSP. Ces derniers présentent notamment la probabilité la plus faible de recourir pour de l'adressage à un CSAPA ou service hospitalier ($ORa=0,55$ [0,32-0,93]) mais aussi à une CJC ($ORa=0,57$ [0,34-0,96]).

Les praticiens ayant suivi une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives sont plus enclins à recourir dans l'année pour des conseils à un CSAPA ou service hospitalier spécialisé ($ORa=1,48$ [1,14-1,94]), ou à une CJC ($ORa=1,79$ [1,14-2,83]).

Enfin, si l'on s'intéresse à la probabilité de n'avoir eu **aucun recours dans l'année aux différentes structures spécialisées** en addictologie étudiées lors de l'enquête (CSAPA, service hospitalier spécialisé, CJC et consultation de tabacologie), l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » met en évidence un effet de l'environnement social dans lequel le praticien exerce. Ce non-recours apparaît ainsi significativement plus élevé parmi les praticiens exerçant dans les communes les plus favorisées¹⁶ comparativement à ceux exerçant dans des territoires les moins favorisés. Ce constat est complexe à interpréter et d'origine probablement multifactorielle, pouvant notamment être mis en lien avec des effets de patientèle, voire d'offre ou d'accessibilité de ces structures.

¹⁴ L'analyse des facteurs associés au recours des médecins généralistes aux différentes structures spécialisées en addictologie doit être interprétée avec précaution, dans la mesure où elle ne tient pas compte de l'offre existante de ces structures dans la zone d'exercice des médecins généralistes. Ce déterminant n'a pas pu être pris en compte dans l'analyse multivariée, en raison de la multiplicité des dispositifs existants et de la difficulté à caractériser de manière globale l'offre en structures spécialisées, à une échelle territoriale assez fine. Si l'on considère, à titre d'exemple, les seuls CSAPA ambulatoires, les disparités territoriales d'offre de ces structures sont importantes, avec un taux estimé de patients pris en charge variant du simple au double selon les régions françaises (Palle, Rattanatray, 2018).

¹⁵ Concernant le plus grand recours aux CSAPA/services hospitaliers spécialisés, celui-ci s'observe pour des conseils sur des prises en charge.

¹⁶ Définies à partir des quartiles de distribution de l'indice de défavorisation sociale (Fdep 2015, voir précisions encadré 1) de la commune d'exercice des praticiens ayant participé à l'enquête.

■ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE À UN PATIENT SOUFFRANT DE CONDUITES ADDICTIVES (TABAC, ALCOOL)

La manière dont les médecins généralistes abordent en consultation les patients souffrant d'addictions a été étudiée à l'aide de deux « vignettes cliniques » explorant :

- le cas d'une femme venant pour une aide au sevrage tabagique ;
- le cas d'un homme repéré comme ayant une consommation d'alcool excessive et envisageant une réduction de celle-ci.

Pour chacune de ces deux vignettes, quatre déclinaisons ont été présentées aux médecins généralistes afin d'étudier comment leurs pratiques pouvaient différer selon les caractéristiques des patients vus.

L'abord du sevrage tabagique

La première vignette clinique proposée aux médecins généralistes présente le cas fictif d'une patiente dont ils sont le médecin traitant. Cette femme fume régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Elle n'a jamais cherché à arrêter mais elle souhaite désormais qu'on lui apporte une aide au sevrage tabagique.

Quatre versions différentes de la vignette ont été présentées à quatre sous-groupes de médecins, en faisant varier les paramètres suivants (tableau 1) :

- la situation clinique de la patiente et son âge : femme de 50 ans très handicapée par une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), ou femme de 25 ans prenant depuis peu la pilule contraceptive ;
- le nombre de cigarettes fumées par jour : 5 ou 25.

Tableau 1 • Déclinaisons de la vignette clinique « sevrage tabagique d'une femme »

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Situation clinique	• Patiente dont le médecin généraliste est le médecin traitant • Fumeuse régulière depuis l'âge de 17 ans • N'ayant jamais cherché à arrêter le tabac jusqu'à présent mais souhaitant désormais qu'on lui apporte une aide au sevrage tabagique		• Patiente dont le médecin généraliste est le médecin traitant • Fumeuse régulière depuis l'âge de 17 ans • N'ayant jamais cherché à arrêter le tabac jusqu'à présent mais souhaitant désormais qu'on lui apporte une aide au sevrage tabagique	
	très handicapée par une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)		prenant depuis peu la pilule contraceptive et craignant les risques liés à une consommation de tabac associée	
Âge	50 ans		25 ans	
Nombre de cigarettes fumées par jour	25	5	25	5

Sources : DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

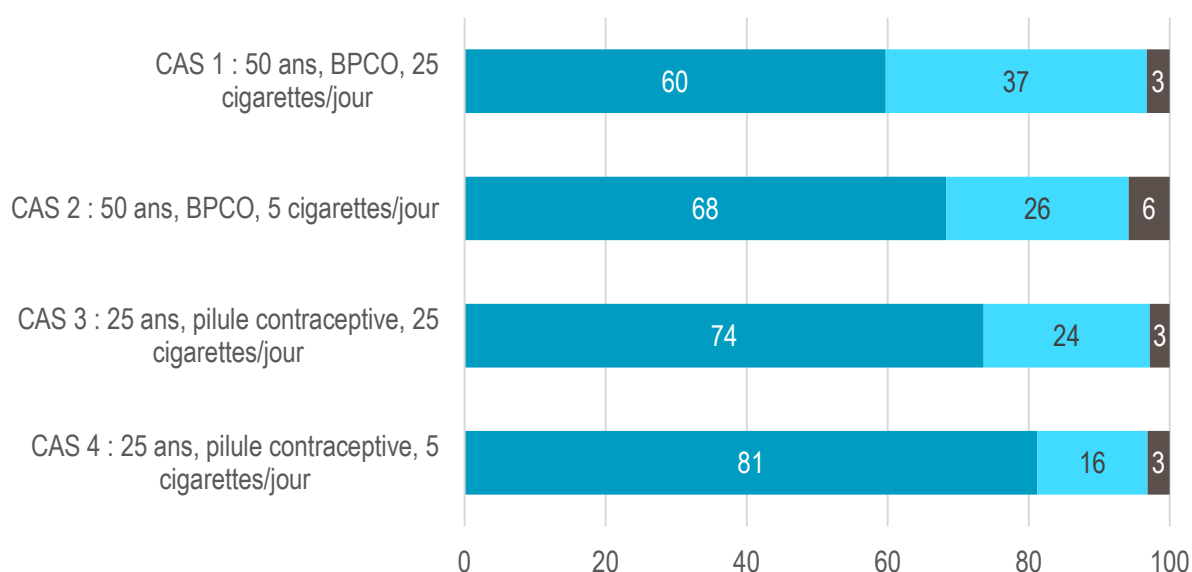
Les médecins généralistes prennent le plus souvent en charge seuls ce sevrage tabagique

Quels que soient la situation clinique de la patiente et le nombre de cigarettes fumées par jour, la grande majorité des médecins généralistes déclarent proposer à cette patiente de la **prendre en charge seul pour ce sevrage tabagique** (60 à 81 % selon les cas). Une prise en charge en liaison avec un professionnel, une consultation ou une structure spécialisée en tabacologie est significativement plus fréquemment proposée pour une femme âgée de 50 ans, souffrant de BPCO et fumant 25 cigarettes par jour (37 %), que pour une femme âgée de 25 ans, fumant 5 cigarettes par jour et prenant depuis peu de temps une pilule contraceptive (16 %) (graphique 5).

Graphique 5 • Types de suivis proposés par les médecins généralistes pour une patiente consultant pour une aide au sevrage tabagique

Part (%) des médecins généralistes déclarant...

- lui proposer de la prendre en charge seul(e) pour ce sevrage
- lui proposer de la prendre en charge en liaison avec un professionnel, une consultation ou une structure spécialisée en tabacologie
- ne pas la prendre en charge pour ce sevrage et l'orienter directement vers un autre professionnel



Note > En raison des arrondis, la somme peut ne pas être égale à 100.

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

Lecture > Dans le cas de figure n°1 (correspondant à une femme âgée de 50 ans, présentant une BPCO et fumant 25 cigarettes par jour), 60 % des médecins proposent de la prendre en charge seul pour son sevrage tabagique.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Les prises en charge en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) sont moins fréquentes parmi les praticiens ayant suivi une formation complémentaire en addictologie

Selon les analyses multivariées, la probabilité de **prendre en charge le sevrage tabagique d'une patiente en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e)** diminue, « toutes choses égales par ailleurs »¹⁷, avec le niveau d'activité des praticiens. Le fait d'avoir suivi une formation complémentaire en addictologie induirait également une diminution de la probabilité de prise en charge du sevrage en liaison avec des professionnels ou structures spécialisés (ORa=0,62 [0,40-0,95]) [annexe 8].

¹⁷ C'est-à-dire après ajustement sur la déclinaison du cas fictif, les caractéristiques des praticiens et de leur environnement.

Une large majorité des médecins indiquent prescrire « *la plupart du temps* » un traitement nicotinique de substitution

Les praticiens, qui ont déclaré prendre en charge la patiente seul ou en liaison avec d'autres professionnels ou structures spécialisé(e)s en tabacologie ont ensuite été interrogés sur les modalités de prise en charge qu'ils proposaient **en première intention** dans le cadre du sevrage tabagique. Une liste prédéfinie de modalités de prise en charge leur a ainsi été proposée.

Quels que soient la situation clinique de la patiente et le nombre de cigarettes fumées par jour, la quasi-totalité (94 à 99 %) des médecins déclarent « *la plupart du temps* » **discuter avec la patiente des différentes méthodes** utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation de tabac. Une large majorité des médecins indiquent prescrire « *la plupart du temps* » **un traitement nicotinique de substitution** et cette prescription est d'autant plus fréquente que le nombre quotidien de cigarettes fumées est élevé (plus de 80 % si 25 cigarettes par jour, environ 65 % si 5 cigarettes) [graphique 6].

Des **échanges autour de la cigarette électronique** sont engagés avec la patiente « *la plupart du temps* » par environ 40 % des praticiens, cette proportion variant peu selon les quatre cas de figure étudiés.

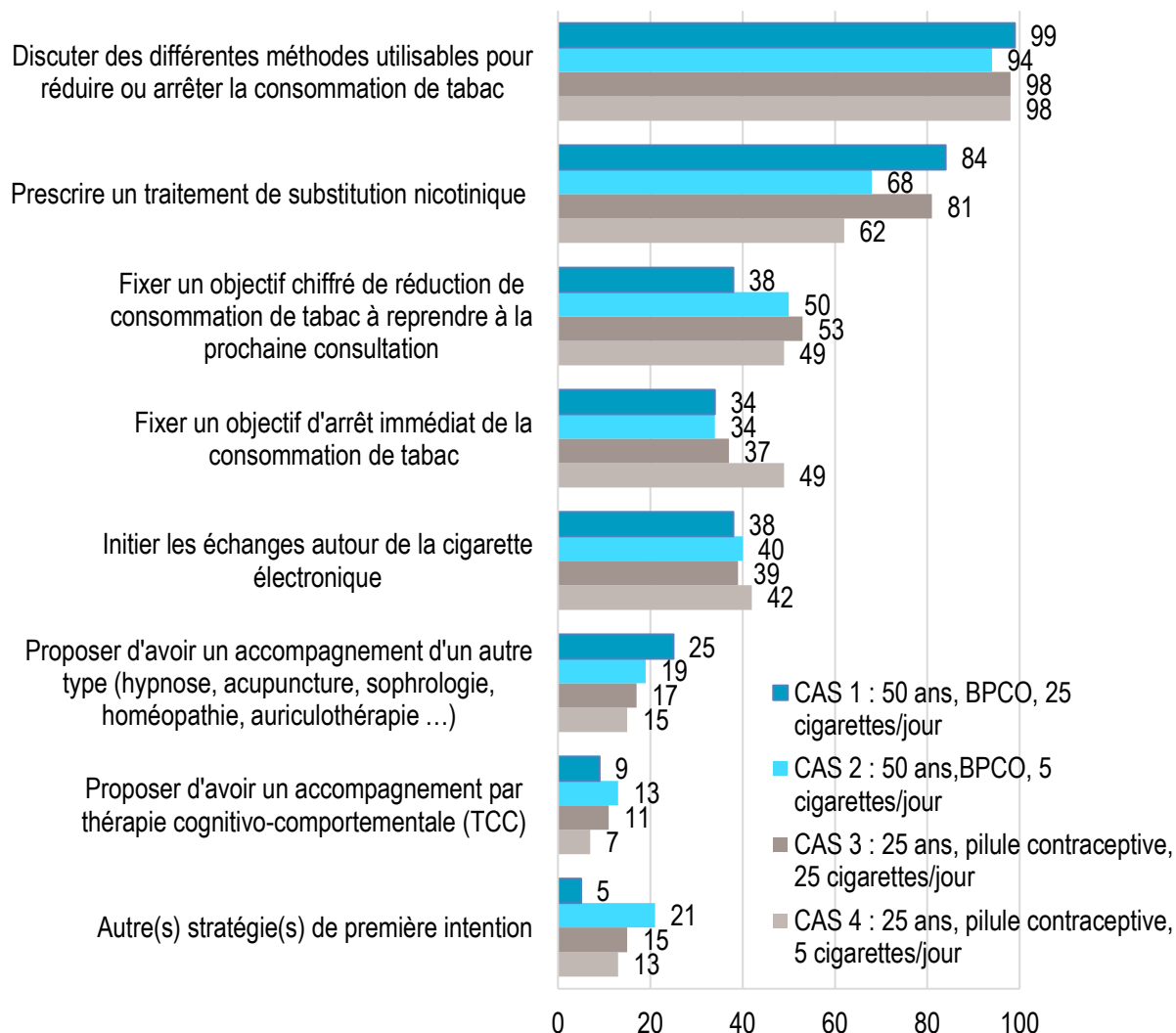
Un **objectif d'arrêt immédiat** de la consommation de tabac apparaît plus souvent (49 %) fixé par les praticiens pour le cas fictif n°4, correspondant à une jeune femme avec une faible consommation quotidienne de tabac, que dans les autres cas de figure (34 à 37 % pour les cas n°1, 2 et 3).

Le fait de fixer un **objectif chiffré de réduction de consommation de tabac à reprendre à la prochaine consultation** apparaît par contre un peu moins fréquent (38 % indiquent fixer « *la plupart du temps* » un tel objectif dans cette situation) dans le cas clinique fictif n°1 (correspondant à une femme âgée de 50 ans, présentant une bronchite chronique et fumant 25 cigarettes par jour), contre environ 50 % pour les autres cas de figure (femme plus jeune ou fumant 5 cigarettes par jour).

Les accompagnements, qu'ils soient par **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** ou **d'autres types** (hypnose, acupuncture, sophrologie, homéopathie, auriculothérapie...), sont moins souvent proposés (par respectivement 10 % et 20 % des praticiens « *la plupart du temps* ») et leur proposition ne varie pas significativement selon le cas de figure considéré.

Graphique 6 • Modalités de prise en charge en première intention proposées par les médecins généralistes pour une patiente consultant pour une aide au sevrage tabagique, selon la déclinaison de la vignette clinique

Part (%) des médecins généralistes déclarant "*la plupart du temps*", afin d'aboutir au sevrage tabagique, en première intention....



Note > BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

Lecture > Dans le cas de figure n°1 (correspondant à une femme âgée de 50 ans, présentant une BPCO et fumant 25 cigarettes par jour), 99 % des médecins déclarent, en première intention, discuter « la plupart du temps » des différentes méthodes utilisables pour réduire ou arrêter la consommation de tabac afin d'aboutir au sevrage tabagique.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, déclarant prendre en charge, seul ou en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e), la patiente pour son sevrage tabagique, France entière, hors Mayotte.

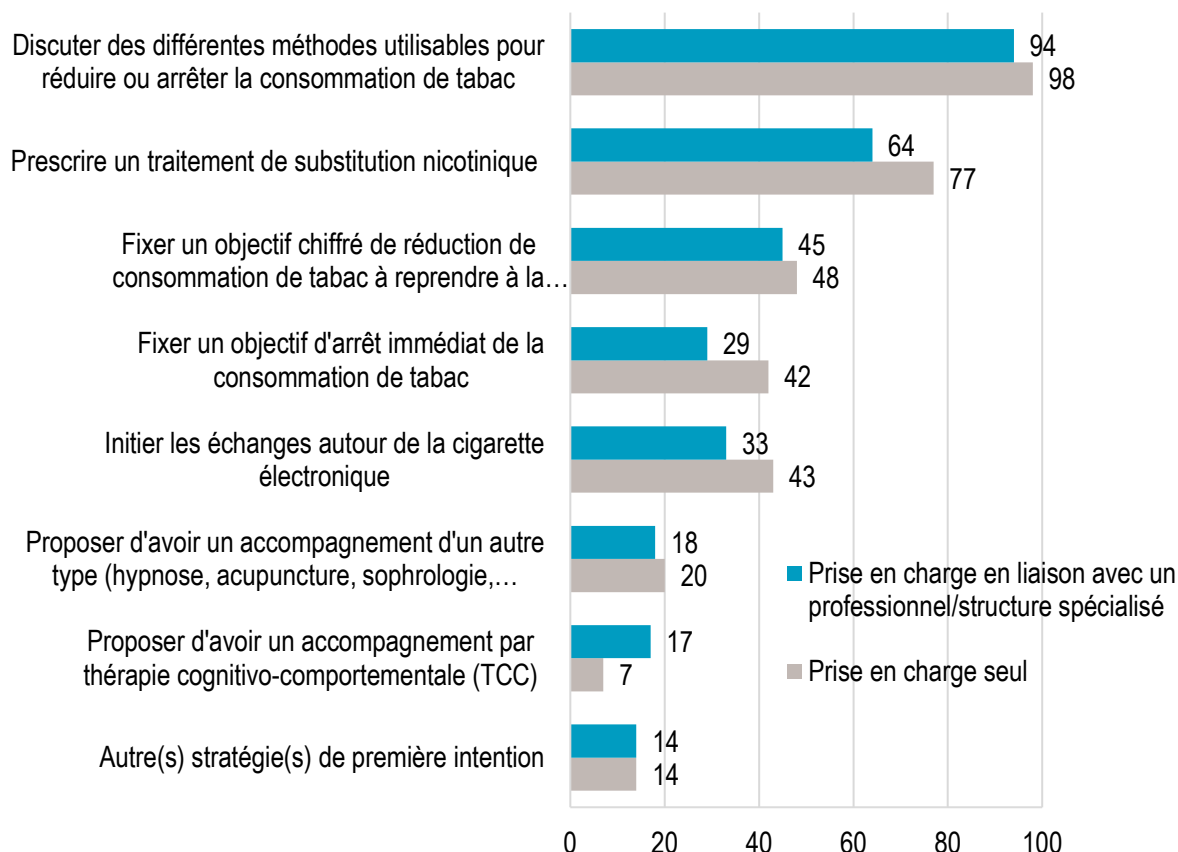
Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Les modalités de prise en charge en première intention proposées par le praticien varient également selon le type de suivi (seul ou en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e)) [graphique 7]. Ainsi, de façon globale, les médecins généralistes qui envisagent de prendre en charge la patiente en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) en tabacologie sont moins nombreux à déclarer prescrire « la plupart du temps » un traitement de substitution nicotinique que les praticiens envisageant cette prise en charge seuls (64 % vs 77 %), à fixer un objectif d'arrêt immédiat (29 % vs 42 %), à initier des échanges autour de la cigarette électronique (33 %

vs 43 %). Ils sont par contre plus enclins à proposer un accompagnement par TCC (17 % vs 7 %). Ces constats sont observés sans observation de variations significatives selon la déclinaison de la vignette clinique considérée¹⁸.

Graphique 7 • Modalités de prise en charge en première intention proposées par les médecins généralistes pour une patiente consultant pour une aide au sevrage tabagique, selon le type de suivi (seul ou en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) en tabacologie)

Part (%) des médecins généralistes déclarant "la plupart du temps", afin d'aboutir au sevrage tabagique, en première intention....



Lecture > Parmi les médecins envisageant de prendre en charge le sevrage tabagique de la patiente en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) en tabacologie, 94 % des médecins déclarent, en première intention, discuter « la plupart du temps » des différentes méthodes utilisables pour réduire ou arrêter la consommation de tabac afin d'aboutir au sevrage tabagique. Cette proportion s'élève à 98 % parmi les praticiens envisageant de prendre en charge seul le sevrage tabagique de la patiente.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, déclarant prendre en charge la patiente pour son sevrage tabagique, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

¹⁸ Cette interprétation doit rester prudente compte tenu des faibles effectifs de médecins concernés, pour chaque déclinaison de la vignette clinique.

L'abord de la consommation excessive d'alcool et de sa réduction

La seconde vignette clinique proposée aux médecins généralistes présente le cas d'un patient dont le praticien est le médecin traitant depuis peu. Cet homme vient pour une douleur à la cheville liée à une entorse à la suite d'une chute dans les escaliers. Lors de la consultation, le sujet d'une consommation excessive d'alcool est abordé et le patient se dit motivé pour une prise en charge visant à réduire sa consommation.

Quatre versions différentes de la vignette ont été présentées à quatre sous-groupes de médecins, en faisant varier les paramètres suivants (tableau 2) :

- l'âge du patient : 45 ans, ou 20 ans ;
- la présence ou non de signes de dépendance à l'alcool.

Tableau 2 • Déclinaisons de la vignette clinique « consommation excessive d'alcool et prise en charge de sa réduction »

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Situation clinique	• Patient dont le médecin généraliste est le médecin traitant depuis peu • Venant pour une douleur à la cheville liée à une entorse (à la suite d'une chute dans les escaliers) • Le sujet d'une consommation excessive d'alcool est abordé et le patient se dit motivé pour une prise en charge visant à réduire sa consommation			
Âge	45 ans		20 ans	
Présence de signes de dépendance à l'alcool selon le médecin	oui	non	oui	non

Sources : DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

La prise en charge visant à réduire une consommation excessive d'alcool s'effectue le plus souvent en liaison avec d'autres professionnels spécialisés

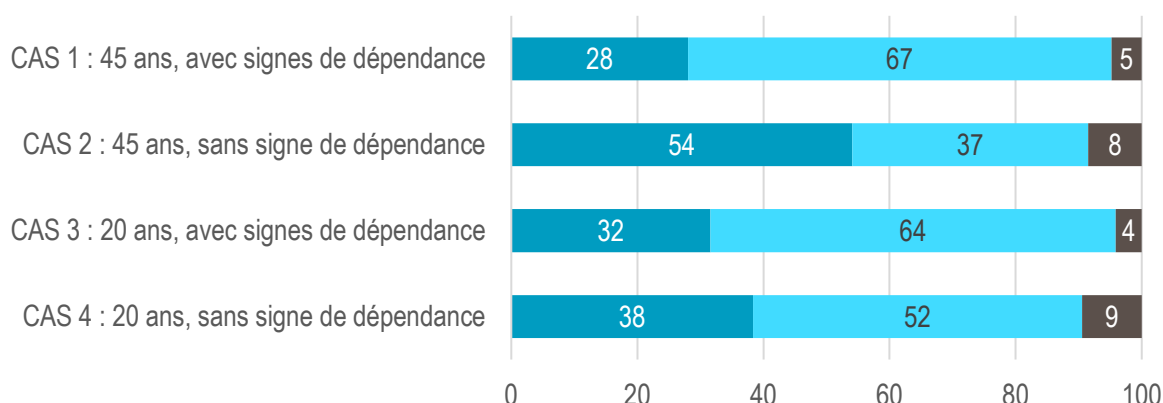
Le recours des médecins généralistes à **d'autres professionnels ou structures spécialisés** apparaît plus fréquent pour les prises en charge visant à réduire une consommation d'alcool que pour le sevrage tabagique (cf. pages 21-22), notamment lorsque les praticiens identifient la présence de signes de dépendance à l'alcool (64 à 67 % des praticiens concernés).

La prise en charge d'un homme de 45 ans sans signe de dépendance se distingue des autres cas de figure (patient plus jeune ou présentant des signes de dépendance), puisque dans cette configuration une majorité (54 %) des médecins généralistes **prendraient en charge seuls** le patient.

Graphique 8 • Types de suivis proposés par les médecins généralistes pour un patient souhaitant réduire une consommation excessive d'alcool

Part (%) des médecins généralistes déclarant...

- lui proposer de le prendre en charge seul
- lui proposer de le prendre en charge en liaison avec un professionnel, une consultation ou structure spécialisée
- ne pas le prendre en charge pour ce problème d'alcool et l'orienter directement vers un autre professionnel



Note > En raison des arrondis, la somme peut ne pas être égale à 100.

Lecture > Dans le cas de figure n°1 (correspondant à un homme âgé de 45 ans présentant des signes de dépendance à l'alcool), 28 % des médecins déclarent proposer de le prendre en charge seuls.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

La prise en charge en liaison avec des professionnels ou structures spécialisés est plus fréquente parmi les médecins femmes

Selon les analyses multivariées, la probabilité de **prendre en charge le patient en liaison avec des professionnels ou structures spécialisés** est, « toutes choses égales par ailleurs »¹⁹, nettement plus fréquente parmi les femmes médecins (ORa=2,74 [1,80-4,19]) que parmi leurs confrères. Cette différence n'est pas observée pour le cas d'une patiente venant consulter pour un sevrage tabagique. Les praticiens exerçant en région Paca semblent moins disposés à réaliser ce type de suivi (ORa=0,57 [0,38-0,86]) que ceux des autres régions [annexe 9].

Un médecin sur deux indique fixer « la plupart du temps » un objectif chiffré de réduction de la consommation d'alcool à reprendre à la prochaine consultation

Les praticiens qui ont déclaré prendre en charge le problème de consommation d'alcool du patient, seuls ou en liaison avec d'autres professionnels ou structures spécialisés, ont ensuite été interrogés sur les modalités de prise en charge qu'ils proposeraient **en première intention**. Une liste prédéfinie de modalités de prise en charge leur a ainsi été proposée.

Quelle que soit la déclinaison du cas clinique considérée, la grande majorité des médecins déclarent « la plupart du temps » **discuter avec le patient des différentes méthodes** utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation d'alcool (68 à 80 %) (graphique 9).

Un objectif chiffré de réduction de la consommation d'alcool à reprendre à la prochaine consultation est fixé « la plupart du temps » par environ un médecin sur deux, quel que soit le cas clinique considéré.

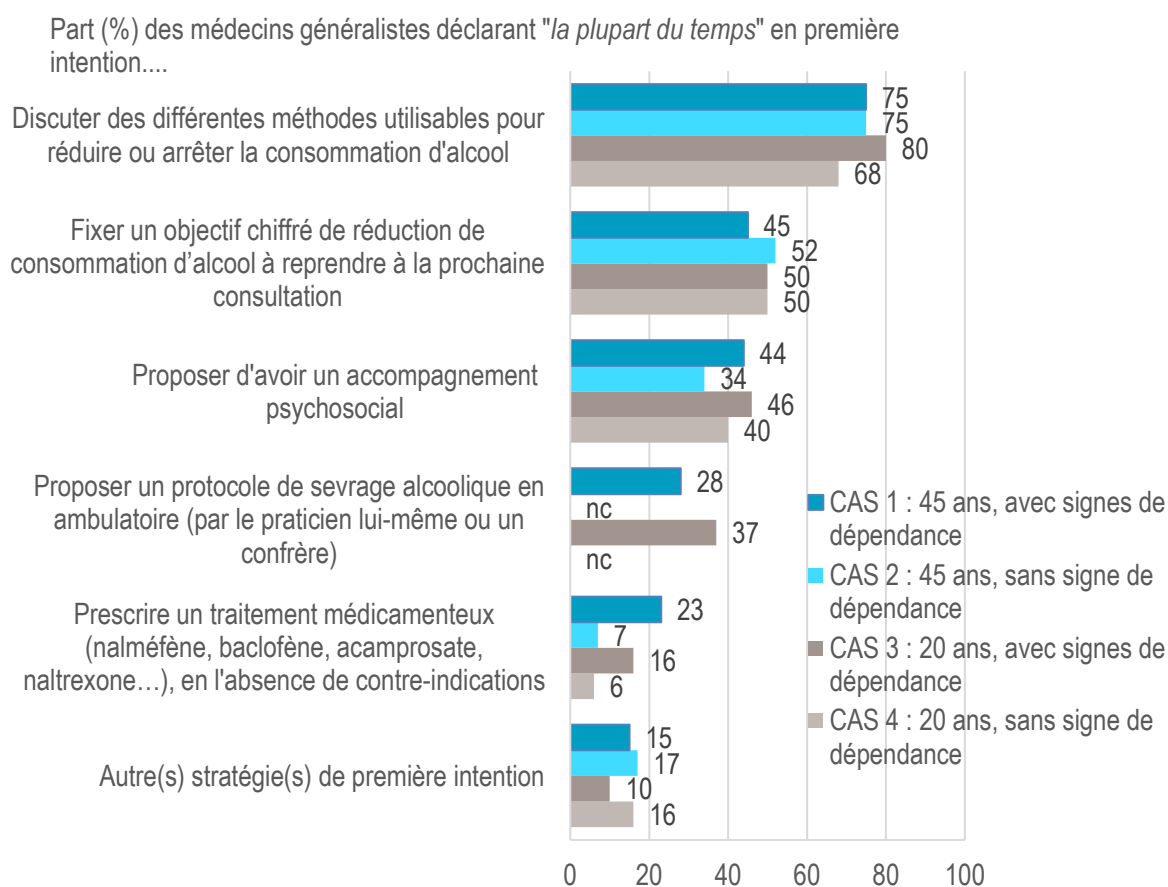
¹⁹ C'est-à-dire après ajustement sur la déclinaison du cas fictif, les caractéristiques des praticiens et de leur environnement.

Le fait de **proposer un accompagnement psychosocial** est également assez fréquent, environ 40 % des praticiens indiquent le proposer « *la plupart du temps* ». Cette proposition apparaît un peu plus fréquente pour les patients présentant des signes de dépendance (45 %) que pour ceux n'en présentant pas (37 %²⁰).

Concernant la prescription de traitements médicamenteux (nalméfène, baclofène, acamprosate, naltrexone...) en l'absence de contre-indications, celle-ci est proposée « *la plupart du temps* » par 16 à 23 % des médecins en cas de signes de dépendance à l'alcool et 6 à 7 % en l'absence de signes de dépendance.

Pour les patients présentant des signes de dépendance à l'alcool, un **protocole de sevrage en ambulatoire**²¹ est proposé « *la plupart du temps* » par environ un tiers des praticiens.

Graphique 9 • Modalités de prise en charge proposées en première intention par les médecins généralistes pour un patient souhaitant réduire une consommation excessive d'alcool, selon la déclinaison de la vignette clinique



Note > nc : non concerné.

Lecture > Dans le cas de figure n°1 (correspondant à un homme âgé de 45 ans présentant des signes de dépendance à l'alcool), 45 % des médecins fixent « la plupart du temps » un objectif chiffré de réduction de la consommation d'alcool à reprendre à la prochaine consultation.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, déclarant prendre en charge (seuls ou en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) le patient souhaitant réduire sa consommation excessive d'alcool, France entière, hors Mayotte.

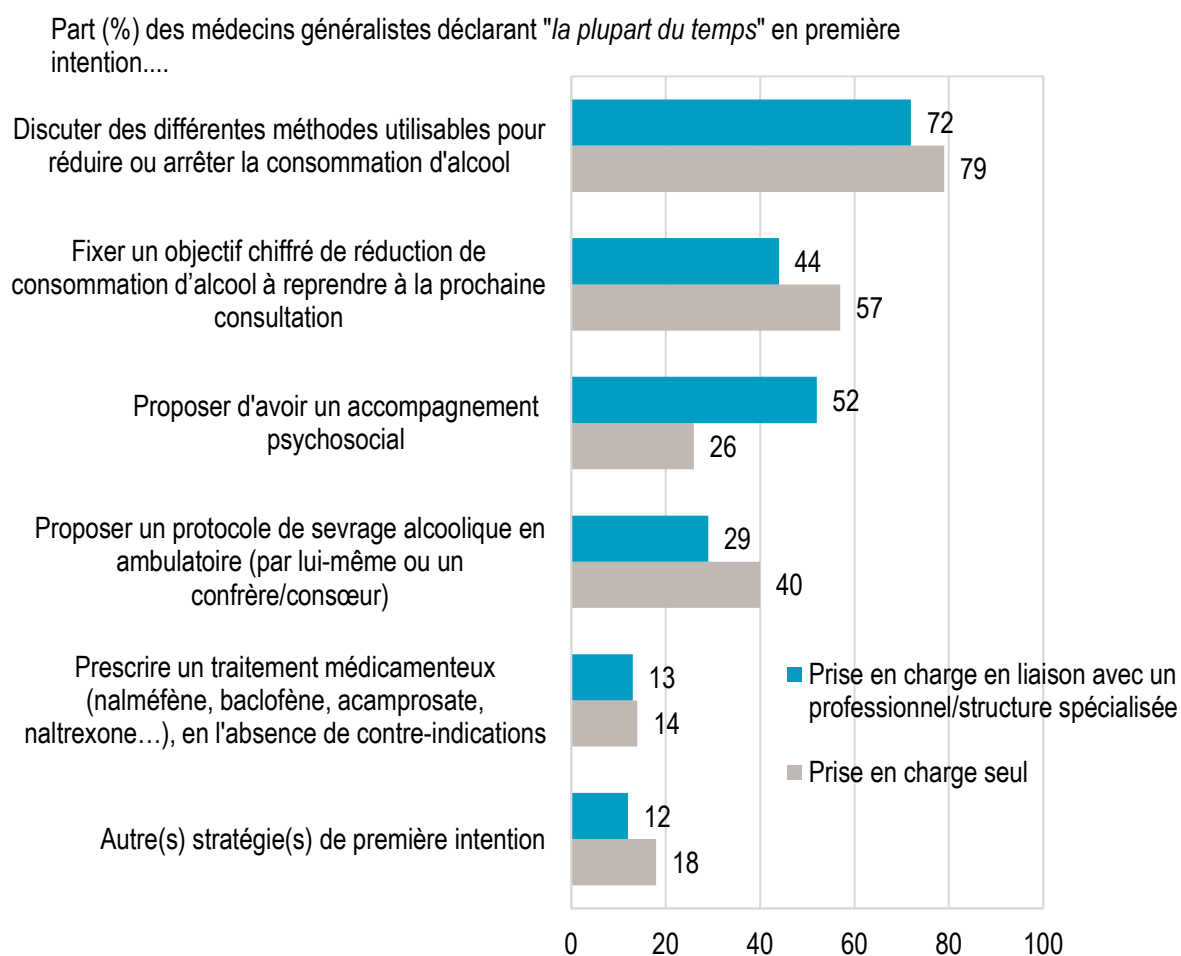
Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

²⁰ p=0,06.

²¹ Mis en œuvre par le praticien lui-même ou un confrère.

Les modalités de prise en charge proposées par le praticien varient également selon le type de suivi (seul ou en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e)). Les médecins qui envisagent une prise en charge en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) sont significativement moins nombreux que les praticiens envisageant une prise en charge seuls à déclarer « *la plupart du temps* » fixer un objectif chiffré de réduction de consommation d'alcool (44 % vs 57 %). En revanche, ils proposent deux fois plus fréquemment un accompagnement psychosocial (52 % vs 26 %) (graphique 10). Ces constats sont observés quelle que soit la déclinaison de la vignette clinique considérée²².

Graphique 10 • Modalités de prise en charge proposées par les médecins généralistes pour un patient souhaitant réduire une consommation excessive d'alcool, selon le type de suivi (seuls ou en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e))



Lecture > Parmi les médecins envisageant de prendre en charge la réduction d'une consommation excessive d'alcool d'un patient en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisée en tabacologie, 72 % des médecins déclarent, en première intention, discuter « *la plupart du temps* » des différentes méthodes utilisables pour réduire ou arrêter la consommation d'alcool. Cette proportion s'élève à 79 % parmi les praticiens envisageant de prendre en charge seuls le sevrage tabagique de la patiente.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, déclarant prendre en charge le patient souhaitant réduire sa consommation excessive d'alcool, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

²² Cette interprétation doit rester prudente compte tenu des faibles effectifs de médecins concernés, pour chaque déclinaison de la vignette clinique.

■ OPIOÏDES (TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION, TRAITEMENTS ANTALGIQUES) : PERCEPTIONS ET PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La dernière partie de l'enquête auprès des médecins généralistes s'est plus particulièrement intéressée à la prévention et à la prise en charge des conduites addictives dans deux domaines particuliers :

- la dépendance aux opioïdes et sa prise en charge par un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) ;
- le mésusage et la dépendance liés à la prise de traitements antalgiques opioïdes.

Deux tiers des médecins généralistes concernés au moins une fois dans l'année par la prescription de TSO

La prise en charge des personnes présentant une dépendance aux opioïdes repose sur une stratégie associant un suivi médical, psychologique et social. Elle s'appuie notamment sur la prescription de TSO, qui a pour but de réduire les consommations à risque et leurs conséquences sanitaires.

En complémentarité des prises en charge spécialisées en CSAPA et à l'hôpital, les médecins généralistes libéraux peuvent être amenés à prescrire un TSO. Depuis 1995, ils sont habilités à renouveler la prescription de méthadone, ce traitement ne pouvant être initié que par un médecin exerçant dans un CSAPA ou un établissement hospitalier. L'initiation de la prescription de buprénorphine haut dosage (BHD), alternative à la méthadone présentant de très faibles risques de surdoses, est par contre possible pour les médecins généralistes.

Il est estimé qu'environ 180 000 personnes ont bénéficié en 2017 d'une délivrance de médicaments de substitution aux opioïdes, dont plus de 160 000 en ville avec comme principaux prescripteurs les médecins généralistes (encadré 4).

Encadré 4 • Les bénéficiaires de médicaments de substitution aux opioïdes (Brisacier, 2020)

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'une délivrance de médicaments de substitution aux opioïdes en ville (MSO)²³ a légèrement augmenté au cours des dernières années et s'élève à environ 162 500 en 2017 parmi la population couverte par l'Assurance maladie (soit un taux de 2,2 pour 1 000 assurés sociaux). En y ajoutant les personnes ayant des délivrances dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dans les structures hospitalières et en prison, le nombre global de personnes ayant eu une prescription de MSO est estimé à environ 180 000 en France.

Entre 2016 et 2019, les ventes globales de MSO (rapportées à la population) ont progressé de 5 %. Le buprénorphine haut dosage (BHD), représentant 62 % des ventes en 2019, est le MSO le plus prescrit, devant la méthadone dont la part continue de progresser (38 %). La méthadone reste principalement délivrée en pharmacie d'officine (82 % des quantités dispensées en 2019).

Les personnes ayant bénéficié d'un remboursement de MSO sont, dans les trois quarts des cas, des hommes, âgés en moyenne de 40 ans. 40 % de ces personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Plus de 30 % des bénéficiaires de MSO sont en affection de longue durée (ALD) : 21 % pour des troubles psychiques (9 % troubles liés à l'usage d'opioïdes, 4 % troubles de la personnalité...), 6 % en raison d'une hépatite virale chronique C et 1,7 % d'une infection au VIH.

Les médecins libéraux, dont essentiellement les généralistes, constituent les principaux prescripteurs des MSO délivrés en ville. En 2017, 80 % des prescriptions de BHD et la moitié des prescriptions de méthadone proviennent de médecins libéraux. La prise en charge de ces patients sous TSO s'inscrit sur du long terme, avec notamment 41 % des patients qui poursuivent leur traitement six années après un premier remboursement.

Si l'on considère les ventes de MSO rapportées à la population, d'importantes disparités territoriales sont observées en France. Ces ventes sont les plus élevées dans le Grand-Est et la Bourgogne-Franche-Comté. Elles sont les plus faibles en Île-de-France et dans les Pays de la Loire.

Depuis leur introduction, les TSO ont fortement contribué à la réduction des décès par surdosage aux opioïdes. Depuis juillet 2016, l'antidote aux surdosages, la naloxone, est disponible sous forme de kits qui sont destinés à être distribués aux personnes susceptibles d'être victimes ou témoins d'un surdosage aux opioïdes. Ces kits sont essentiellement distribués dans les CSAPA, CAARUD et hôpitaux

²³ Les termes médicaments de substitution aux opioïdes désignent les produits pharmaceutiques, alors que les traitements de substitution aux opioïdes font référence, en plus de la prescription de MSO, à la prise en charge qui l'accompagne.

(88 % au cours des quatre premiers mois de l'année 2020) et plus rarement en pharmacies de ville (12 %). De juillet 2016 à avril 2020, près de 25 000 kits de naloxone ont été commandés par ces structures gérant leur distribution.

Selon les résultats de l'enquête, plus d'un médecin généraliste sur cinq (21 %) déclare **avoir initié la prescription d'un traitement médicamenteux de substitution aux opiacés (buprénorphine²⁴)** au cours de l'année écoulée. Du fait du cadre réglementaire moins restrictif que celui de l'initiation de TSO, le **renouvellement d'une prescription d'un TSO (buprénorphine ou méthadone) initiée par un autre professionnel spécialisé** est une pratique plus répandue par les médecins généralistes (63 % des praticiens, 45 % réalisent uniquement des renouvellements et 18 % initient aussi des prescriptions de buprénorphine).

La très grande majorité (87 %) des médecins qui ont initié une prescription de buprénorphine dans l'année ont également renouvelé une prescription de buprénorphine ou méthadone au cours de cette période.

Au total, ce sont deux tiers des médecins généralistes (66 %) qui ont été concernés dans l'année par l'initiation d'une prescription d'un TSO ou son renouvellement.

Des pratiques de prescription variées selon les caractéristiques des praticiens et de leur environnement d'exercice

Selon les résultats des analyses multivariées (annexe 10), les pratiques de prescription de TSO varient fortement selon l'âge et le sexe des médecins généralistes. Les praticiens hommes apparaissent davantage impliqués dans l'initiation des TSO que leurs consœurs (28 % vs 10 %). L'initiation de TSO augmente en fréquence avec l'âge des praticiens (11 % parmi les moins de 45 ans, 19 % parmi les 45-59 ans et 32 % parmi les 60 ans ou plus). *A contrario*, le fait de réaliser uniquement des renouvellements de prescription de TSO apparaît plus fréquent parmi les médecins les plus jeunes (59 % parmi les moins de 45 ans, 43 % parmi les 45-59 ans et 36 % parmi les 60 ans ou plus).

La probabilité de réaliser uniquement des renouvellements de prescription de TSO apparaît, « toutes choses égales par ailleurs », plus élevée parmi les praticiens de la région Pays de la Loire (ORa=1,41 [1,07-1,86]) comparativement aux autres régions. Ces disparités régionales ne sont cependant pas retrouvées pour l'initiation de TSO.

L'environnement d'exercice, et plus particulièrement le contexte social, semble également avoir un impact sur les pratiques de prescription de TSO. Leur initiation apparaît plus fréquente parmi les praticiens exerçant dans les communes les moins favorisées²⁵ (ORa=1,87 [1,19-3,02]). Les pratiques de renouvellement de TSO apparaissent en outre moins répandues parmi les praticiens des communes les plus favorisées.

Proposer uniquement des renouvellements de TSO est plus habituel parmi les praticiens exerçant sous une forme regroupée (en MSP : ORa=1,69 [1,16-2,48], ou en cabinet de groupe : ORa=1,63 [1,20-2,21]) que parmi ceux exerçant seuls. Un constat différent est toutefois observé pour l'initiation de TSO, cette pratique étant moins répandue par les praticiens exerçant sous une forme regroupée, et notamment parmi ceux exerçant en cabinet de groupe (ORa=0,65 [0,44-0,95]) comparativement aux praticiens exerçant seuls.

Un peu moins de la moitié des médecins généralistes prescripteurs de TSO se considèrent suffisamment formés dans ce domaine

Parmi les médecins ayant initié ou renouvelé un TSO dans l'année, 45 % considèrent « *se sentir suffisamment formés pour cette prise en charge* », cette perception étant nettement plus fréquente parmi les praticiens qui ont initié un TSO (64 %) que parmi ceux qui ont uniquement renouvelé ce type de traitement dans l'année (35 %).

La très grande majorité des praticiens ayant initié ou renouvelé une prescription de TSO (86 %) déclarent « *disposer de coordonnées d'un professionnel ou d'une structure spécialisé(e) pouvant les aider dans cette prise en charge* ».

²⁴ Y compris suboxone (buprénorphine+naloxone).

²⁵ Définies à partir des quartiles de distribution de l'indice de défavorisation sociale (Fdep 2015, voir précisions encadré 1) de la commune d'exercice des praticiens ayant participé à l'enquête.

Près de six praticiens sur dix sont souvent confrontés à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de traitement antalgique opioïde hors indication cancéreuse

La consommation de médicaments à visée antalgique à base d'opioïdes a fortement progressé en France depuis les années 1990. En 2017, 17 % de la population a bénéficié d'au moins un remboursement de cette classe de médicaments, dont 1 % a eu au moins un remboursement d'antalgiques opioïdes forts (encadré 5). À la suite du retrait du marché de l'association dextropropoxyphène/paracétamol, la consommation des opioïdes faibles est plutôt stable depuis 2011, en revanche celle des antalgiques opioïdes forts connaît une très forte progression pour des douleurs non liées au cancer (Chenaf et al., 2019 ; ANSM, 2019).

Les antalgiques opioïdes sont indispensables à la prise en charge optimale de certaines douleurs aiguës et chroniques réfractaires à des traitements antalgiques de palier inférieur, mais ils peuvent faire l'objet de mésusages associés à des risques sanitaires importants, dont les plus graves sont la dépendance ou l'overdose (ANSM, 2019 ; HAS, 2019 ; SFETD, 2016).

Les médecins généralistes, comme tous les prescripteurs de ces traitements, ont un rôle essentiel d'information du patient, notamment sur la durée du traitement, les modalités d'adaptation de la posologie, les principaux effets indésirables et les risques liés au mésusage et à la dépendance aux opioïdes.

Encadré 5 • Les traitements antalgiques opioïdes

Il existe deux types d'antalgiques opioïdes qui se distinguent par la puissance de leurs effets (RESPADD, 2018).

Les **antalgiques opioïdes faibles** sont indiqués dans le traitement symptomatique :

- des douleurs modérées à intenses d'emblée ;
- des douleurs ne répondant pas à l'utilisation des antalgiques non opioïdes ;
- des douleurs aiguës sur une courte période (< 3 mois) avec évaluation fréquente de la douleur et passage à un antalgique opioïde fort en cas d'inefficacité ;
- des douleurs chroniques, en traitement des poussées douloureuses ou en traitement de fond, associés à des antalgiques nonopioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires, co-analgésiques).

Les **antalgiques opioïdes forts** sont indiqués dans :

- les douleurs cancéreuses intenses ou réfractaires aux antalgiques opioïdes faibles (morphine, fentanyl transdermique, fentanyl transmuqueux, oxycodone, hydromorphone) ;
- les douleurs non cancéreuses intenses et réfractaires aux autres antalgiques (morphine, fentanyl transdermique, oxycodone) à l'exception des douleurs fonctionnelles/nociplastiques et des céphalées.

Selon les résultats de l'enquête du Panel, la grande majorité (81 %) des médecins généralistes déclarent **informer systématiquement leurs patients**, lors d'une prescription d'antalgiques opioïdes, **des risques de mésusage et de dépendance**. L'âge semble constituer un facteur déterminant de cette pratique, celle-ci étant « toutes choses égales par ailleurs » moins fréquente parmi les praticiens de moins de 45 ans que chez ceux plus âgés (ORa=1,52 [1,04-2,22] chez les 45-59 ans ; ORa=1,78 [1,13-2,81] chez les 60 ans ou plus) [annexe 11].

52 % des médecins généralistes se considèrent **suffisamment formés pour repérer les signes de mésusage** de ces traitements et une part importante (75 %) indique **disposer des coordonnées d'un professionnel ou d'une structure spécialisée qui peut les aider** dans la prise en charge de ces patients.

Une part importante des médecins généralistes (58 %) estime être **souvent confrontée à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de traitement antalgique opioïde**, pour leurs patients ayant des douleurs chroniques non cancéreuses. Ces difficultés sont plus souvent rapportées par les praticiens qui déclarent informer systématiquement leurs patients des risques de mésusage et de dépendance (60 % vs 50 % des autres praticiens). Ce constat persiste après ajustement sur les différentes caractéristiques des praticiens et de leur exercice. Ces difficultés sont, « toutes choses égales par ailleurs », également significativement plus fréquentes parmi les praticiens de la région Paca (ORa=1,35 [1,03-1,77]) que ceux des autres régions françaises ²⁶.

²⁶ Y compris par rapport aux praticiens de la région Pays de la Loire.

■ PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES DANS LE CADRE D'UN EXERCICE REGROUPE

La présence d'un professionnel référent pour les conduites addictives est plus fréquente en maison de santé pluriprofessionnelle

Lors de l'enquête, les médecins généralistes déclarant exercer sous forme regroupée (en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP) ont été interrogés sur l'existence au sein de leur structure d'un professionnel référent sur les conduites addictives.

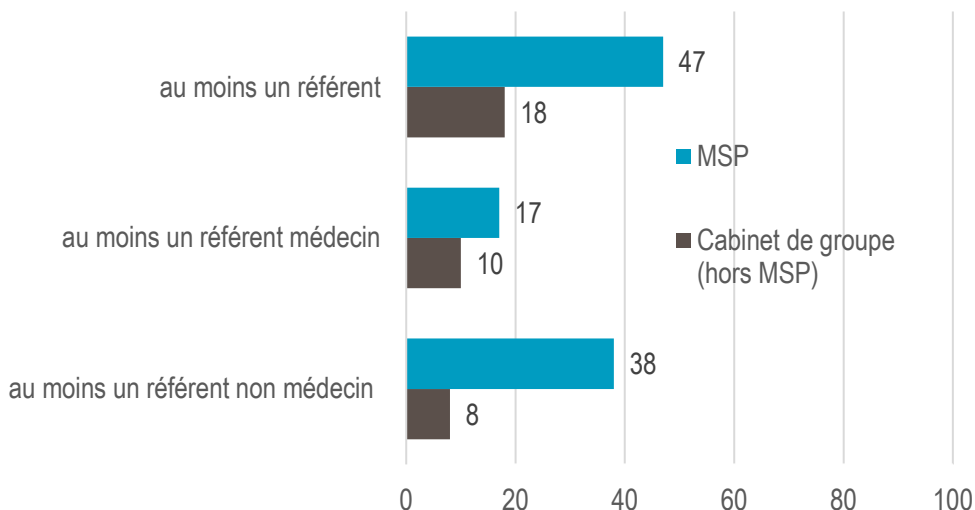
Près d'un quart d'entre eux (23 %) déclarent ainsi qu'un ou plusieurs professionnels (médecins ou non) de leur structure s'occupent plus particulièrement de la prévention ou de la prise en charge des conduites addictives auprès de leurs patients.

11 % précisent qu'il s'agit d'un professionnel non médecin (infirmier, psychologue...), 9 % d'un médecin et 3 % de plusieurs professionnels médecins et non médecins.

La présence d'un ou plusieurs professionnels référents est nettement plus souvent déclarée par les praticiens exerçant en MSP (47 %) que parmi ceux exerçant en cabinet de groupe (18 %). Cet écart est principalement lié à l'existence au sein des MSP d'un référent non médecin (38 % vs 8 %) (graphique 11).

Graphique 11 • Présence de professionnels référents pour la prévention ou la prise en charge des conduites addictives selon la forme d'exercice regroupé (MSP ou non)

Part (%) des médecins généralistes déclarant que dans leur cabinet de groupe/MSP un professionnel s'occupe plus particulièrement de la prévention ou de la prise en charge des conduites addictives parmi l'ensemble des patients consultant leur structure



Note > MSP : maison de santé pluriprofessionnelle.

Lecture > 47 % des médecins exerçant en MSP déclarent qu'au moins un professionnel s'occupe plus particulièrement de la prévention ou de la prise en charge des conduites addictives au sein de leur structure.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, exerçant sous forme regroupée (cabinet de groupe ou MSP), France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Les médecins généralistes exerçant en MSP ont été plus particulièrement interrogés sur les actions, outils, interventions en matière de prévention ou de prise en charge des conduites addictives qui sont mis en œuvre au sein de leur structure.

L'intervention d'un ou plusieurs psychologues est rapportée par 31 % de ces praticiens et celle d'un CSAPA par 19 % d'entre eux. La moitié des médecins exerçant en MSP (51 %) indiquent l'organisation de réunions au cours desquels les dossiers des patients concernés par les problématiques de conduites addictives sont évoqués et 22 % déclarent que des protocoles pluriprofessionnels spécifiques aux conduites addictives sont mis en place.

Une participation au dispositif Mois sans tabac nettement plus fréquente parmi les médecins exerçant en MSP

Le dispositif Mois sans tabac est une opération nationale annuelle d'accompagnement au sevrage tabagique, organisée depuis 2016. Il consiste à inciter et à accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac *via* des actions de communication et de prévention de proximité. Pilotée au niveau national par Santé publique France, cette opération est animée dans chaque région par les agences régionales de santé, avec l'appui d'ambassadeurs régionaux et d'acteurs locaux.

L'opération se déroule de début octobre à fin novembre. Quelques semaines en amont, les médecins généralistes sont incités à parler de l'évènement à leurs patients et à remettre les dépliants et un kit d'aide à l'arrêt à leurs patients tabagiques.

Lors de l'enquête du Panel (menée de décembre 2019 à mars 2020), 30 % des médecins généralistes ont déclaré avoir déjà participé au dispositif Mois sans tabac ou avoir l'intention d'y participer. Cette proportion est nettement plus élevée parmi les praticiens exerçant dans le cadre d'une MSP (56 %) que parmi ceux exerçant en cabinet de groupe (24 %) et ceux exerçant seuls (29 %).

Cet écart persiste dans l'analyse statistique multivariée, qui met en évidence une plus grande implication dans ce dispositif des praticiens ayant bénéficié d'une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives²⁷ (ORa=2,19 [1,64-2,94]). Toutefois, le fait d'exercer en MSP semble constituer le facteur le plus discriminant²⁸ de cette implication (ORa=3,64 [2,44-5,42] vs exercice seul, annexe 12). Ce constat pourrait être lié à l'environnement pluriprofessionnel des MSP, propice à l'investissement dans des actions de santé publique, avec notamment l'existence au sein de ces structures de projets de santé intégrant potentiellement un volet prévention. Il est également possible que les échanges directs entre les organisateurs du dispositif Mois sans tabac et les professionnels de santé soient facilités dans le cadre de structures d'exercice coordonné telles que les MSP, les CPTS ou les équipes de soins primaires.

²⁷ Avoir suivi une séance de formation médicale continue au cours des cinq dernières années, ou avoir obtenu une capacité (DU ou DIU) en addictologie ou tabacologie. Voir précisions encadré 2.

²⁸ Parmi les facteurs suivants étudiés dans l'analyse multivariée : âge, sexe, volume activité, région, APL du territoire de vie-santé, indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice, modalité d'exercice, volume d'activité, formation complémentaire sur les conduites addictives.

■ CONCLUSION

Les missions de prévention font partie intégrante de la pratique des médecins généralistes, notamment à travers leur implication dans les actes dits de prévention médicalisée (vaccinations, dépistages, délivrances de messages d'éducation à la santé...). Elles se sont vues davantage reconnues et valorisées au cours de la dernière décennie, que ce soit par la création de nouveaux dispositifs de rémunération dans le cadre de la consultation (rémunération sur objectifs de santé publique - ROSP, cotations spécifiques de consultations complexes en prévention), ou dans un cadre plus collectif avec le développement de nouvelles campagnes de santé publique pouvant appuyer les démarches individuelles (par exemple, s'agissant des conduites addictives, le dispositif Mois sans tabac).

L'enquête du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice de médecins généralistes libéraux témoigne, dans ce contexte évolutif, du rôle pivot joué actuellement par ces professionnels dans le champ spécifique des conduites addictives. Début 2020, la quasi-totalité des médecins généralistes procèdent au repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis de leurs patients. En particulier, ce repérage est mis en œuvre de manière systématique et régulière par deux tiers des praticiens pour le tabagisme, par plus de quatre praticiens sur dix pour la consommation d'alcool à risque et près d'un quart des praticiens pour la consommation de cannabis. La démarche de Repérage précoce et intervention brève (RPIB) sur ces trois consommations est connue d'un généraliste sur trois et près de 70 % d'entre eux l'emploient auprès de leurs patients concernés.

L'enquête montre également que les pratiques des médecins généralistes en matière de conduites addictives s'inscrivent souvent dans le cadre de collaborations avec d'autres professionnels. Les recours aux structures et professionnels spécialisés en addictologie sont fréquents, le plus souvent en lien avec l'adressage de patients (notamment pour la prise en charge des patients ayant une dépendance à l'alcool). Dans l'année, neuf praticiens sur dix ont fait appel à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé, près de deux tiers à une consultation spécialisée de tabacologie et un quart à une CJC.

La méthodologie d'enquête du Panel permet de faire un focus sur les particularités de l'exercice en cabinet de groupe ou en MSP. En matière de conduites addictives, les médecins généralistes exerçant en MSP témoignent notamment de la présence fréquente d'un professionnel référent (médecin ou non médecin) et de l'intervention de CSAPA au sein de leur structure. Les médecins exerçant en MSP déclarent en outre plus fréquemment participer au dispositif Mois sans tabac.

D'autres formes d'exercice coordonné, notamment les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)²⁹, trop récentes pour faire l'objet d'un focus particulier dans cette enquête menée fin 2019-début 2020, contribuent également à favoriser les pratiques préventives des médecins généralistes. Les CPTS, auxquelles a été confiée une responsabilité populationnelle et qui maillent progressivement l'ensemble du territoire national, ont notamment parmi leurs missions socles la mobilisation des professionnels de santé dans le domaine de la prévention. Ces communautés offrent un cadre pertinent à la mise en œuvre d'actions dans le domaine des conduites addictives, qu'il pourrait être intéressant d'analyser dans le cadre de futurs travaux du Panel.

²⁹ Les CPTS émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse à un besoin de santé de leur territoire, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients sortant de leur exercice et de leur patientèle habituelle (instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires [ESP] et aux communautés professionnelles territoriales de santé).

■ BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2008). [Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves](#), 41 p.
- ANSM, (2019). [État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques](#), 52 p.
- Beck, F., Guignard, R., Obradovic, I. et al. (2011). [Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France](#), *Rev. Épidémiologie Santé publique*. vol. 59, n°5. 285-294.
- Bonaldi, C., Hill, C. (2019). [La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015](#), *Bull. Épidémiologique Hebd. Santé publique France*. n° 5-6. 97-108.
- Bonaldi, C., Boussac, M., Nguyen-Thanh, V. (2019). [Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015](#), *Bull. Épidémiologique Hebd. Santé publique France*, n° 15. 278-284.
- Brisacier, A.-C. (2020). [Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Mise à jour septembre 2020](#), OFDT. 21 p.
- Chenaf, C., Kaboré, J.-L., Delorme, J. et al. (2019). [Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality](#), *Eur. J. Pain*, vol. 23, n° 1. 124-134.
- Cogordan, C., Quatremère, G., Andler, R. et al. (2020). [Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient](#), *Rev. Épidémiologie Santé publique*, vol. 68, n° 6. 319-326.
- Ghosn, W. (2018). [Indicateurs écologiques synthétiques du niveau socio-économique pour la recherche en Santé](#), CépiDc-Inserm.
- Guignard, R., Beck, F., Obradovic, I. (2011). [Prise en charge des addictions par les médecins généralistes](#). 2009. Éd. Inpes. 179-201.
- HAS, (2021). [Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration](#), 52 p.
- HAS, (2021). [Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Fiche outil](#), 2 p.
- HAS, (2019). [Bon usage des antalgiques opioïdes. Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes. Note de cadrage](#), 23 p.
- Metten, M.-A. et al. (2021 juillet). [Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention](#), DREES, *Études et Résultats*, n°1197.
- Mildeca, (2019). [Le dispositif de soins en addictologie](#), 4 p.
- Mildeca, (2018). [Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Alcool, tabac, drogues, écrans](#), 130 p.
- Obradovic, I., (2015). [Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs »](#), *Tendances*, OFDT, n°101. 8 p.
- OFDT, (2019). [Drogues et addictions. Données essentielles. Édition 2019](#), 200 p.
- Palle, C, Rattanatr, M. (2018). [Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016](#), OFDT, 111 p.
- RESPADD, (2018). [Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire](#), 56 p.
- Santé publique France, INCa (2017). [Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer](#), 149 p.
- SFETD, (2016). [Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique](#). 70 p.
- Vergier, N, Chaput, H, Lefebvre-Hoang, I. (2017). [Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la DREES](#), n° 17.

Annexe 1. Facteurs associés au fait de réaliser un repérage systématique et renouvelé des consommations de tabac, d'alcool à risque ou de cannabis

	Réaliser un repérage systématique et renouvelé des consommations de/d'...					
	tabac		alcool à risque		cannabis	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins						
Sexe	***					
Homme (Réf.)	62,0		42,3		24,0	
Femme	72,3		45,0		23,3	
Âge	***				***	
< 45 ans (Réf.)	75,1	1	37,9		14,7	1
45-59 ans	65,6	0,70 [0,50-0,99]	46,2		27,9	1,91 [1,29-2,82]
60 ans ou plus	59,0	0,62 [0,41-0,92]	42,9		24,2	1,57 [0,98-2,50]
Caractéristiques du lieu d'exercice						
Région						
Autre (Réf.)	66,0		42,6		23,4	
Paca	65,0		48,9		28,4	
Pays de la Loire	67,8		45,9		22,1	
APL 2017 du territoire de vie-santé¹						
1 ^{er} quartile (Réf.)	64,8		43,7		21,8	
2 ^e quartile	66,9		45,9		22,9	
3 ^e quartile	68,6		42,4		22,0	
4 ^e quartile	64,0		42,1		27,0	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²						
1 ^{er} quartile (Réf.)	66,8		42,5		21,5	
2 ^e quartile	73,7		46,9		23,2	
3 ^e quartile	68,5		43,9		24,6	
4 ^e quartile	62,9		41,6		25,2	
Modalités d'exercice	***				*	
Exercice seul (Réf.)	58,1	1	46,9		27,9	
Exercice en groupe ³ dans une MSP	72,6	1,51 [1,02-2,24]	43,9		22,0	
Exercice en groupe ³ hors MSP	71,7	1,45 [1,06-1,99]	40,3		20,5	
Charge de travail						
Volume d'activité	***					
Moins élevé (Réf.)	66,0		44,2		25,0	
Intermédiaire	71,1		43,4		23,0	
Plus élevé	55,8		42,3		24,3	
Formation complémentaire sur les conduites addictives	*		*		**	
Non/refus (Réf.)	62,5	1	39,7	1	19,5	1
Oui	69,6	1,38 [1,05-1,83]	47,1	1,41 [1,09-1,82]	28,1	1,56 [1,15-2,11]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

APL : accessibilité potentielle localisée ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locaux. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées.

3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer réaliser (ou faire procéder) un repérage systématique et renouvelé de la consommation de tabac est moins élevée parmi les praticiens âgés de 45-59 ans et ceux âgés de 60 ans ou plus comparativement aux médecins âgés de moins de 45 ans.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 2. Facteurs associés au fait de connaître la démarche RPIB et de l'utiliser (parmi ceux qui la connaissent)

	Connaître la démarche RPIB		Utiliser la démarche RPIB (parmi ceux qui en ont connaissance, eff=868)	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins				
Sexe	*			
Homme (Réf.)	30,6		63,3	
Femme	37,4		72,9	
Âge	***		**	
< 45 ans (Réf.)	41,8		79,6	1
45-59 ans	33,3		65,0	0,53 [0,30-0,93]
60 ans ou plus	26,0		56,7	0,33 [0,17-0,65]
Caractéristiques du lieu d'exercice				
Région	***		*	
Autre (Réf.)	33,8	1	68,5	1
Paca	24,5	0,63 [0,47-0,85]	56,1	0,48 [0,29-0,80]
Pays de la Loire	37,9	0,98 [0,74-1,30]	64,8	0,67 [0,41-1,12]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹				
1 ^{er} quartile (Réf.)	32,1		70,1	
2 ^e quartile	34,6		62,3	
3 ^e quartile	34,5		61,7	
4 ^e quartile	32,0		74,9	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²				
1 ^{er} quartile (Réf.)	31,5		63,2	
2 ^e quartile	38,0		69,0	
3 ^e quartile	36,8		72,5	
4 ^e quartile	30,0		69,1	
Modalités d'exercice	***			
Exercice seul (Réf.)	23,7	1	62,1	
Exercice en groupe ³ dans une MSP	49,4	3,03 [2,05-4,46]	70,0	
Exercice en groupe ³ hors MSP	38,6	1,81 [1,30-2,51]	70,1	
Charge de travail				
Volume d'activité	**			
Moins élevé (Réf.)	36,2	1	64,5	
Intermédiaire	36,5	0,87 [0,63-1,20]	72,0	
Plus élevé	24,0	0,57 [0,36-0,88]	57,7	
Formation complémentaire sur les conduites addictives				
Non/refus (Réf.)	***	1		
Oui	24,4	2,43 [1,84-3,20]	61,8	
	42,3		70,9	

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées.

3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de connaître la démarche RPIB est plus faible parmi les praticiens exerçant en Paca comparativement aux médecins des autres régions françaises.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 3. Facteurs associés au fait d'interroger (« la plupart du temps » ou « parfois ») sur leur consommation les patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque est suspectée, à partir de questionnaire ou d'échelle standardisée d'évaluation (AUDIT, FACE...)

	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins		
Sexe		
Homme (Réf.)	49,0	
Femme	52,6	
Âge		
< 45 ans (Réf.)	53,7	
45-59 ans	48,8	
60 ans ou plus	50,3	
Caractéristiques du lieu d'exercice		
Région	p=0,10	
Autre (Réf.)	50,1	1
Paca	48,8	1,06 [0,81-1,40]
Pays de la Loire	56,9	1,34 [1,01-1,77]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹	p=0,14	
1 ^{er} quartile (Réf.)	56,9	1
2 ^e quartile	48,9	0,74 [0,50-1,09]
3 ^e quartile	46,3	0,60 [0,42-0,86]
4 ^e quartile	50,9	0,76 [0,54-1,09]
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²		
1 ^{er} quartile (Réf.)	48,3	
2 ^e quartile	50,2	
3 ^e quartile	49,2	
4 ^e quartile	52,1	
Modalités d'exercice		
Exercice seul (Réf.)	52,0	
Exercice en groupe ³ dans une MSP	53,1	
Exercice en groupe ³ hors MSP	48,4	
Charge de travail		
Volume d'activité		
Moins élevé (Réf.)	51,9	
Intermédiaire	49,1	
Plus élevé	51,6	
Formation complémentaire sur les conduites addictives	***	
Non/refus (Réf.)	44,0	1
Oui	56,9	1,65 [1,26-2,17]
Implication dans des actions de prévention collectives	***	
Non (Réf.)	43,8	1
Oui	58,3	1,62 [1,22-2,16]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de R-S. Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées.

3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer interroger sur leur consommation les patients, pour lesquels une consommation d'alcool à risque est suspectée, à partir de questionnaire ou d'échelle standardisé(e) d'évaluation est plus élevée parmi les praticiens exerçant en Pays de la Loire comparativement aux médecins des autres régions françaises.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 4. Facteurs associés au fait de déclarer connaître les valeurs des nouveaux repères de consommation d'alcool

	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins		
Sexe	*	
Homme (Réf.)	57,9	1
Femme	64,9	1,42 [1,05-1,92]
Âge		
< 45 ans (Réf.)	65,6	
45-59 ans	60,6	
60 ans ou plus	56,6	
Caractéristiques du lieu d'exercice		
Région		
Autre (Réf.)	60,9	
Paca	56,2	
Pays de la Loire	63,4	
APL 2017 du territoire de vie-santé¹		
1 ^{er} quartile (Réf.)	59,1	
2 ^e quartile	55,5	
3 ^e quartile	66,5	
4 ^e quartile	60,2	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²	**	
1 ^{er} quartile (Réf.)	60,0	1
2 ^e quartile	55,1	0,80 [0,55-1,16]
3 ^e quartile	58,5	0,89 [0,61-1,30]
4 ^e quartile	69,2	1,47 [1,00-2,16]
Modalités d'exercice		
Exercice seul (Réf.)	*	1
Exercice en groupe ³ dans une MSP		1,56 [1,05-2,30]
Exercice en groupe ³ hors MSP		1,05 [0,77-1,43]
Charge de travail		
Volume d'activité	*	
Moins élevé (Réf.)	54,2	1
Intermédiaire	63,9	1,47 [1,06-2,03]
Plus élevé	60,0	1,35 [0,89-2,05]
Formation complémentaire sur les conduites addictives		
Non/refus (Réf.)	***	1
Oui		1,62 [1,24-2,12]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Rascott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées.

3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer connaître les valeurs des nouveaux repères de consommation d'alcool est plus élevée parmi les praticiens femmes comparativement aux praticiens hommes.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 5. Facteurs associés au fait d'avoir fait appel dans l'année à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé dans le domaine pour un ou plusieurs de leurs patients

	Recours dans l'année à un CSAPA ou un service hospitalier spécialisé					
	pour l'adressage		pour un conseil sur la prise en charge		pour adressage OU conseil sur la prise en charge	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins						
Sexe						
Homme (Réf.)	84,1		37,6		91,1	
Femme	86,0		32,4		90,3	
Âge	*					
< 45 ans (Réf.)	86,7	1	33,9		91,6	
45-59 ans	86,8	0,94 [0,58-1,51]	34,1		92,0	
60 ans ou plus	79,7	0,58 [0,35-0,98]	39,4		88,1	
Caractéristiques du lieu d'exercice						
Région			**		*	
Autre (Réf.)	85,1		35,9	1	90,8	1
Paca	81,5		28,3	0,79 [0,60-1,05]	88,3	0,76 [0,50-1,17]
Pays de la Loire	85,4		41,1	1,42 [1,08-1,86]	94,9	1,94 [1,07-3,53]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹						
1 ^{er} quartile (Réf.)	81,7		37,5		90,7	
2 ^e quartile	85,1		33,4		91,8	
3 ^e quartile	84,3		38,7		89,2	
4 ^e quartile	86,9		33,2		91,6	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²						
1 ^{er} quartile (Réf.)	81,6		33,3		88,0	
2 ^e quartile	87,6		34,1		92,0	
3 ^e quartile	82,8		34,7		90,2	
4 ^e quartile	85,6		35,9		92,2	
Modalités d'exercice	**				***	
Exercice seul (Réf.)	83,7	1	36,3		88,7	1
Exercice en groupe ³ dans une MSP	77,0	0,55 [0,32-0,93]	36,7		83,8	0,58 [0,30-1,15]
Exercice en groupe ³ hors MSP	87,5	1,16 [0,76-1,78]	34,1		94,2	1,93 [1,12-3,34]
Charge de travail						
Volume d'activité			**			
Moins élevé (Réf.)	82,0		32,4	1	88,1	
Intermédiaire	85,0		33,0	1,08 [0,77-1,51]	90,5	
Plus élevé	86,9		43,5	1,61 [1,06-2,45]	94,0	
Formation complémentaire sur les conduites addictives			**		*	
Non/refus (Réf.)	84,5		31,6	1	89,0	
Oui	85,2		39,6	1,48 [1,14-1,94]	92,7	

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes ; 2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées ; 3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer avoir fait appel dans l'année à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé pour l'adressage de patients est plus faible parmi les praticiens âgés de 60 ans ou plus comparativement à ceux âgés de moins de 45 ans.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 6. Facteurs associés au fait d'avoir fait appel dans l'année à une consultation de tabacologie pour un ou plusieurs de leurs patients

	Recours dans l'année à une consultation de tabacologie					
	pour l'adressage		pour un conseil sur la prise en charge		pour adressage OU conseil sur la prise en charge	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins						
Sexe	***		*		*	
Homme (Réf.)	51,2	1	25,2		60,3	1
Femme	62,1	1,65 [1,25-2,18]	18,9		68,1	1,49 [1,12-2,00]
Âge			**			
< 45 ans (Réf.)	58,5		16,9	1	66,1	
45-59 ans	53,9		22,0	1,22 [0,81-1,84]	61,4	
60 ans ou plus	55,7		29,1	1,85 [1,17-2,95]	64,3	
Caractéristiques du lieu d'exercice						
Région	*				*	
Autre (Réf.)	55,8	1	22,9		63,8	1
Paca	49,3	0,67 [0,51-0,87]	21,1		56,4	0,67 [0,51-0,87]
Pays de la Loire	59,6	1,14 [0,87-1,50]	22,5		67,0	1,11 [0,83-1,47]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹	**				*	
1 ^{er} quartile (Réf.)	46,1	1	21,9		55,7	1
2 ^e quartile	60,3	1,72 [1,19-2,49]	23,9		67,1	1,52 [1,04-2,23]
3 ^e quartile	52,6	1,19 [0,84-1,68]	19,9		61,4	1,13 [0,80-1,61]
4 ^e quartile	60,2	1,64 [1,17-2,32]	24,8		66,9	1,52 [1,07-2,16]
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²	*					
1 ^{er} quartile (Réf.)	58,3	1	20,0		63,1	
2 ^e quartile	55,9	0,89 [0,61-1,30]	18,2		63,6	
3 ^e quartile	60,9	1,04 [0,71-1,53]	23,3		67,0	
4 ^e quartile	49,0	0,66 [0,46-0,96]	27,0		61,2	
Modalités d'exercice	**				**	
Exercice seul (Réf.)	50,9		23,0		57,9	1
Exercice en groupe ³ dans une MSP	50,1		23,2		60,8	1,11 [0,76-1,63]
Exercice en groupe ³ hors MSP	60,6		22,3		68,5	1,39 [1,02-1,88]
Charge de travail			*			
Volume d'activité						
Moins élevé (Réf.)	53,3		21,2		60,0	1
Intermédiaire	56,7		20,2		65,0	1,41 [1,01-1,97]
Plus élevé	55,1		29,2		63,1	1,54 [1,02-2,31]
Formation complémentaire sur les conduites addictives						
Non/refus (Réf.)	52,9		20,6		60,6	
Oui	58,1		25,0		66,2	

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins ajustés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Rao-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes. 2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées. 3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer avoir fait appel dans l'année à une consultation de tabacologie pour l'adressage de patients est plus élevée parmi les praticiens femmes comparativement aux praticiens hommes.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 7. Facteurs associés au fait d'avoir fait appel au cours de l'année écoulée à une CJC pour un ou plusieurs de leurs patients

	Recours dans l'année à une CJC					
	pour l'adressage		pour un conseil sur la prise en charge		pour adressage OU conseil sur la prise en charge	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins						
Sexe						
Homme (Réf.)	21,9		11,7		26,9	
Femme	22,5		8,2		24,8	
Âge	**				**	
< 45 ans (Réf.)	15,2	1	7,5		18,2	1
45-59 ans	24,8	1,76 [1,14-2,72]	10,5		29,0	1,70 [1,13-2,56]
60 ans ou plus	23,5	1,87 [1,14-3,06]	12,5		27,7	1,72 [1,08-2,73]
Caractéristiques du lieu d'exercice						
Région						
Autre (Réf.)	22,5		10,4		26,5	
Paca	18,3		9,8		21,2	
Pays de la Loire	24,0		10,0		27,6	
APL 2017 du territoire de vie-santé¹						
1 ^{er} quartile (Réf.)	25,8		9,9		28,4	
2 ^e quartile	22,8		10,0		26,1	
3 ^e quartile	19,5		9,3		23,7	
4 ^e quartile	21,8		11,7		26,7	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²						
1 ^{er} quartile (Réf.)	19,9		10,8		23,9	
2 ^e quartile	23,9		8,7		27,8	
3 ^e quartile	20,7		9,6		24,5	
4 ^e quartile	24,0		11,2		28,2	
Modalités d'exercice	*				**	
Exercice seul (Réf.)	25,0	1	12,2		29,8	1
Exercice en groupe ³ dans une MSP	14,7	0,57 [0,34-0,96]	7,3		16,7	0,52 [0,32-0,85]
Exercice en groupe ³ hors MSP	21,0	0,90 [0,62-1,31]	8,7		24,3	0,84 [0,59-1,20]
Charge de travail						
Volume d'activité	**		*		**	
Moins élevé (Réf.)	15,2	1	9,8		20,3	1
Intermédiaire	22,6	1,81 [1,19-2,76]	8,2		25,1	1,43 [0,97-2,10]
Plus élevé	27,8	2,38 [1,42-3,98]	15,0		33,4	2,04 [1,27-3,27]
Formation complémentaire sur les conduites addictives	*		**		**	
Non/refus (Réf.)	19,3		7,7	1	22,4	1
Oui	25,1		13,0	1,79 [1,14-2,83]	29,9	1,38 [1,02-1,87]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Rascott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes. 2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées. 3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer avoir fait appel dans l'année à une CJC pour l'adressage de patients est plus faible parmi les praticiens exerçant en groupe dans une MSP comparativement aux praticiens exerçant seuls.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 8. Facteurs associés au fait d'envisager une prise en charge en liaison avec un professionnel/consultation/structure spécialisé(e) en tabacologie pour le sevrage tabagique d'une patiente (vs envisager une prise en charge seul)

	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins		
Sexe		
Homme (<i>Réf.</i>)	25,2	
Femme	28,2	
Âge		
< 45 ans (<i>Réf.</i>)	24,9	
45-59 ans	24,8	
60 ans ou plus	30,6	
Caractéristiques du lieu d'exercice		
Région		
Autre (<i>Réf.</i>)	26,7	
Paca	22,3	
Pays de la Loire	27,9	
APL 2017 du territoire de vie-santé¹		
1 ^{er} quartile (<i>Réf.</i>)	25,0	
2 ^e quartile	30,1	
3 ^e quartile	27,6	
4 ^e quartile	24,0	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²		
1 ^{er} quartile (<i>Réf.</i>)	22,5	
2 ^e quartile	24,2	
3 ^e quartile	31,7	
4 ^e quartile	27,3	
Modalités d'exercice		
Exercice seul (<i>Réf.</i>)	26,7	
Exercice en groupe ³ dans une MSP	36,3	
Exercice en groupe ³ hors MSP	23,8	
Charge de travail		
Volume d'activité	p=0,06	
Moins élevé (<i>Réf.</i>)	33,9	1
Intermédiaire	25,7	0,63 [0,37-1,07]
Plus élevé	20,8	0,46 [0,23-0,90]
Formation complémentaire sur les conduites addictives		
Non/refus (<i>Réf.</i>)	p=0,10	1
Oui	29,8	0,62 [0,40-0,95]
	23,2	
Cas de figure		
	**	1
Cas 1 : femme de 50 ans, BPCO, 25 cigarettes par jour (<i>Réf.</i>)	38,3	
Cas 2 : femme de 50 ans, BPCO, 5 cigarettes par jour	27,5	0,55 [0,31-0,96]
Cas 3 : femme de 25 ans, pilule contraceptive, 25 cigarettes par jour	24,2	0,46 [0,25-0,85]
Cas 4 : femme de 25 ans, pilule contraceptive, 5 cigarettes par jour	16,1	0,30 [0,16-0,56]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes. 2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées. 3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité d'envisager de prendre en charge le sevrage tabagique d'une patiente en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisée(e) en tabacologie est plus faible parmi les praticiens avec un niveau d'activité élevé comparativement aux praticiens ayant un niveau d'activité faible.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 9. Facteurs associés au fait d'envisager une prise en charge en liaison avec un professionnel/consultation/structure spécialisé(e) pour aider un patient à réduire sa consommation excessive d'alcool (vs envisager une prise en charge seul)

	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins		
Sexe	***	
Homme (Réf.)	48,7	1
Femme	67,8	2,74 [1,80-4,19]
Âge	*	
< 45 ans (Réf.)	57,7	
45-59 ans	59,5	
60 ans ou plus	47,1	
Caractéristiques du lieu d'exercice		
Région	**	
Autre (Réf.)	57,0	1
Paca	45,8	0,57 [0,38-0,86]
Pays de la Loire	51,2	0,72 [0,47-1,09]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹		
1 ^{er} quartile (Réf.)	50,7	
2 ^e quartile	53,4	
3 ^e quartile	56,6	
4 ^e quartile	59,4	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²		
1 ^{er} quartile (Réf.)	55,1	
2 ^e quartile	58,5	
3 ^e quartile	57,2	
4 ^e quartile	52,6	
Modalités d'exercice		
Exercice seul (Réf.)	50,7	
Exercice en groupe ³ dans une MSP	57,2	
Exercice en groupe ³ hors MSP	60,0	
Charge de travail		
Volume d'activité	*	
Moins élevé (Réf.)	55,8	1
Intermédiaire	59,7	1,78 [1,10-2,88]
Plus élevé	46,9	1,05 [0,58-1,88]
Formation complémentaire sur les conduites addictives		
Non/refus (Réf.)	57,3	
Oui	54,1	
Cas de figure	***	
Cas 1 : homme de 45 ans, avec signes de dépendance à l'alcool (Réf.)	67,2	1
Cas 2 : homme de 45 ans, sans signe de dépendance à l'alcool	37,5	0,21 [0,12-0,37]
Cas 3 : homme de 25 ans, avec signes de dépendance à l'alcool	64,3	0,90 [0,52-1,57]
Cas 4 : homme de 25 ans, sans signe de dépendance à l'alcool	52,2	0,41 [0,24-0,70]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes. 2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées. 3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité d'envisager de prendre en charge en liaison avec un professionnel ou une structure spécialisé(e) pour aider un patient à réduire sa consommation excessive d'alcool est plus élevée parmi les praticiens femmes comparativement aux praticiens hommes.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 10. Facteurs associés au fait d'initier la prescription de TSO ou uniquement de la renouveler

	Initier un TSO (buprénorphine) au moins une fois dans l'année		Renouveler uniquement un TSO (sans initier) au moins une fois dans l'année	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins				
Sexe	***	1		
Homme (Réf.)	27,8		42,7	
Femme	10,1	0,42 [0,28-0,61]	48,4	
Âge	***	1	***	1
< 45 ans (Réf.)	11,0		59,0	
45-59 ans	19,5	1,40 [0,86-2,27]	43,4	0,62 [0,45-0,86]
60 ans ou plus	31,9	2,18 [1,30-3,68]	35,7	0,47 [0,32-0,69]
Caractéristiques du lieu d'exercice				
Région			***	1
Autre (Réf.)	21,5		44,6	
Paca	18,3		40,6	0,87 [0,67-1,14]
Pays de la Loire	17,0		56,2	1,41 [1,07-1,86]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹				
1 ^{er} quartile (Réf.)	17,4	1	43,7	
2 ^e quartile	22,2	1,22 [0,76-1,96]	45,5	
3 ^e quartile	18,0	1,04 [0,66-1,64]	49,9	
4 ^e quartile	24,7	1,78 [1,15-2,75]	41,1	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²				
1 ^{er} quartile (Réf.)	17,0	1	39,0	1
2 ^e quartile	20,9	1,33 [0,81-2,19]	49,1	1,52 [1,04-2,21]
3 ^e quartile	17,9	1,00 [0,59-1,69]	48,6	1,53 [1,04-2,23]
4 ^e quartile	29,6	1,87 [1,16-3,02]	47,3	1,54 [1,07-2,23]
Modalités d'exercice				
Exercice seul (Réf.)	27,3	1	35,8	1
Exercice en groupe ³ dans une MSP	19,9	0,86 [0,54-1,37]	56,1	1,69 [1,16-2,48]
Exercice en groupe ³ hors MSP	15,4	0,65 [0,44-0,95]	49,9	1,63 [1,20-2,21]
Charge de travail				
Volume d'activité	***	1		
Moins élevé (Réf.)	15,8		47,2	
Intermédiaire	18,7	1,26 [0,80-1,97]	46,5	
Plus élevé	30,1	1,75 [1,07-2,85]	39,7	
Formation complémentaire sur les conduites addictives				
Non/refus (Réf.)	*			
Oui	18,3		44,2	
	23,7		45,6	

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentant au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées.

3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer initier la prescription de TSO est plus faible parmi les praticiens femmes comparativement aux praticiens hommes.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 11. Facteurs associés au fait d'informer systématiquement des risques de mésusage et de dépendance des traitements antalgiques opioïdes et au fait d'être souvent confronté à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de ces traitements

	Informier systématiquement des risques de mésusage et de dépendance		Être souvent confronté à des difficultés pour respecter les recommandations concernant la durée maximale	
	%	ORa [IC 95 %]	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins				
Sexe				
Homme (Réf.)	81,3		59,5	
Femme	79,6		54,7	
Âge	**			
< 45 ans (Réf.)	73,8	1	59,4	
45-59 ans	82,3	1,52 [1,04-2,22]	56,8	
60 ans ou plus	83,6	1,78 [1,13-2,81]	57,8	
Caractéristiques du lieu d'exercice				
Région			p=0,06	
Autre (Réf.)	80,8		57,2	1
Paca	82,2		63,3	1,35 [1,03-1,77]
Pays de la Loire	75,3		55,5	0,92 [0,70-1,21]
APL 2017 du territoire de vie-santé¹				
1 ^{er} quartile (Réf.)	78,8		54,9	
2 ^e quartile	77,8		59,2	
3 ^e quartile	81,6		55,2	
4 ^e quartile	82,9		60,2	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²				
1 ^{er} quartile (Réf.)	76,7		57,4	
2 ^e quartile	81,9		51,1	
3 ^e quartile	83,5		57,6	
4 ^e quartile	80,4		63,5	
Modalités d'exercice	*			
Exercice seul (Réf.)	83,9		56,8	
Exercice en groupe ³ dans une MSP	75,7		60,9	
Exercice en groupe ³ hors MSP	78,9		58,2	
Charge de travail				
Volume d'activité	*		**	
Moins élevé (Réf.)	76,7	1	57,1	
Intermédiaire	80,1	1,22 [0,84-1,75]	53,4	
Plus élevé	85,3	1,65 [1,02-2,65]	66,4	
Formation complémentaire sur les conduites addictives				
Non/refus (Réf.)	79,6		57,8	
Oui	81,8		57,5	

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentent au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes. 2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées. 3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer informer systématiquement les patients des risques de mésusage et de dépendance des traitements antalgiques opioïdes est plus élevée parmi les praticiens âgés de 45-59 ans et ceux âgés de 60 ans ou plus comparativement aux praticiens âgés de moins de 45 ans.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020.

Annexe 12. Facteurs associés au fait de participer au dispositif Mois sans tabac ou avoir l'intention d'y participer

	%	ORa [IC 95 %]
Caractéristiques sociodémographiques des médecins		
Sexe		
Homme (Réf.)	29,8	
Femme	29,8	
Âge		
< 45 ans (Réf.)	31,2	
45-59 ans	28,3	
60 ans ou plus	31,3	
Caractéristiques du lieu d'exercice		
Région		
Autre (Réf.)	29,6	
Paca	31,0	
Pays de la Loire	31,9	
APL 2017 du territoire de vie-santé¹		
1 ^{er} quartile (Réf.)	30,3	
2 ^e quartile	32,9	
3 ^e quartile	28,3	
4 ^e quartile	28,7	
Indice de défavorisation sociale de la commune d'exercice²		
1 ^{er} quartile (Réf.)	27,5	
2 ^e quartile	33,0	
3 ^e quartile	29,6	
4 ^e quartile	28,1	
Modalités d'exercice	***	
Exercice seul (Réf.)	29,2	1
Exercice en groupe ³ dans une MSP	56,2	3,64 [2,44-5,42]
Exercice en groupe ³ hors MSP	24,0	0,71 [0,51-1,01]
Charge de travail		
Volume d'activité		
Moins élevé (Réf.)	29,9	
Intermédiaire	30,5	
Plus élevé	28,3	
Formation complémentaire sur les conduites addictives	***	
Non/refus (Réf.)	23,0	1
Oui	36,8	2,19 [1,64-2,94]

Notes > Sont présentés la proportion (%) de médecins concernés selon différents facteurs listés en colonne 1, avec la significativité du test du Chi2 de Ra-Scott, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; les odds-ratio ajustés (ORa) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), obtenus à partir d'un modèle de régression logistique intégrant l'ensemble des facteurs listés en colonne 1. Seuls sont présentés les ORa des facteurs présentent au moins une modalité associée significativement au seuil de 5 % à la variable à expliquer, les ORa significatifs sont en gras.

1. L'indicateur APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins. Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur composite permettant de caractériser la situation socio-économique d'une commune (Fdep15, Insee, Inserm CépiDc). Le 1^{er} quartile regroupe 25 % des médecins interrogés exerçant dans les communes les plus favorisées et le 4^e quartile regroupe 25 % des médecins exerçant dans les communes les moins favorisées.

3. En groupe avec d'autres professionnels de santé.

Lecture > La probabilité de déclarer avoir participé (ou avoir l'intention de participer) au dispositif Mois sans tabac est nettement plus élevée parmi les praticiens exerçant en groupe dans une MSP comparativement aux praticiens exerçant seuls.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, décembre 2019-mars 2020

Les dossiers de la DREES

N° 80 • juillet 2021

Les médecins généralistes
face aux conduites addictives de leurs patients

Directeur de la publication

Fabrice LENGART

Responsable d'édition

Valérie BAUER-EUBRIET

ISSN

2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
