Minerva - Analyse - 19/09/2025

Réticence des médecins à intervenir dans le traitement des addictions

Référence
Campopiano von Klimo M, Nolan L, Corbin M, et al. Physician reluctance to intervene in addiction: a systematic review. JAMA Netw Open 2024;7:e2420837. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.20837

Analyse de
Lou Richelle, médecin généraliste, Département de Médecine Générale de l'ULB, Unité de recherche en soins primaires de l'ULB
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelles sont les raisons expliquant la réticence des médecins à intervenir cliniquement (comme le dépistage, le traitement la réduction des risques et les interventions de support au rétablissement) lors d'un usage de substances ou lors d'un trouble lié à l'usage de substances ?

Contexte

La consommation de substances ainsi que les troubles liés à l'usage de substances sont en constante augmentation en Belgique comme ailleurs (1,2). Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique. Il existe pourtant de nombreuses barrières à l'accès aux soins pour les personnes qui consomment des substances (2-4). Depuis des décennies, et principalement ces vingt dernières années, un nombre croissant d'études s'intéressent aux freins à la prise en charge des addictions en médecine. Ces études, notamment menées en Belgique (5,6), considèrent certains types de limites telles que les connaissances, les compétences, les stigmas mais aucune étude jusque-là n'avait abordé cette question de manière transversale en intégrant aussi bien l'alcool que les substances illicites (7). Ce sujet n'a pas encore été abordé par Minerva, ce qui justifie l'intérêt de traiter la question dans ce numéro.

Résumé

Méthodologie

Revue systématique.

Sources consultées

- PubMed, Embase, Scopus, *medRxiv* et SSRN Medical Research Network
- la littérature grise a également été consultée
- articles publiés du 1er janvier 1960 au 5 octobre 2021.

Etudes sélectionnées

- critères d'inclusion : trois critères d'inclusion devaient être présents pour retenir une étude ; celle-ci devait s'intéresser :
  - à des médecins, quel que soit leur niveau de pratique
  - à n'importe quelle intervention liée à l'usage de substances (réduction des risques, dépistage et diagnostic, prise en charge, support au rétablissement)
  - aux raisons invoquées par les médecins pour expliquer leur réticence à intervenir dans le champ des addictions
- critères d'exclusion :
  - études rédigées dans une autre langue que l'anglais, ainsi que les lettres, éditoriaux, revues narratives et commentaires

- au total, 283 études ont été incluses ; 97,3% ont été publiées en 2000 ou après, avec une tendance à la hausse dans le temps ; la plupart des études ont rapporté des résultats de recherche basés sur des enquêtes ; parmi les 4 catégories générales d'interventions en matière d'assuétudes, le traitement était le plus souvent abordé, suivi du dépistage et du diagnostic ; la réduction des risques et le soutien au rétablissement étaient les moins abordés ; certaines études ont abordé plus d'une intervention ; substances étudiées (du plus fréquent au moins fréquent): opioïdes (104 études), alcool (86 études), nicotine (30 études) ; plusieurs études traitaient de poly-consommations (44 études dont 38 incluant l'alcool).

Population étudiée

- médecins exerçant en soins primaires, en médecine interne, en psychiatrie, ou dans d'autres spécialités cliniques susceptibles d'être confrontées à des patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances (TUS)
- les études incluses portaient principalement sur des professionnels de santé exerçant aux États-Unis, au Canada, en Europe occidentale et en Australie
- les participants variaient selon les études : certains étaient des médecins actifs, d'autres, des médecins en formation ou encore des étudiants en médecine
- les études portant uniquement sur les infirmiers, les travailleurs sociaux ou les patients ont été exclues, sauf si elles incluaient également des médecins et analysaient leurs attitudes de façon distincte
- au total, 66 732 médecins ont été inclus.

Mesures des résultats

- critères de jugement primaires : raisons pour lesquelles les médecins étaient réticents à intervenir dans le cadre des addictions
  - la collecte des données a été systématisée à l'aide du 'Theoretical Domains Framework' (TDF) ; il s'agit d'un cadre théorique qui permet d'identifier les facteurs qui influencent les comportements et qui permet d'évaluer les obstacles au changement de comportement pour mieux orienter le développement d'interventions à ce niveau (8) ; l'équipe a conçu un modèle d'extraction des données comportant 10 catégories de raisons de réticence basé sur ce cadre théorique (*voir tableau*)

Tableau. 10 catégories de raisons de réticence	
1. Connaissances	6. Influences sociales
2. Environnement institutionnel	7. Emotions
3. Compétences	8. Relation médecin-patient
4. Capacité cognitive	9. Renforcement positif
5. Attentes par rapport aux bénéfices	10. Identité et rôle professionnels

  - des associations entre les raisons de réticence, les types de spécialité, d'interventions, de substances, les années et les combinaisons fréquentes de raisons ont été réalisées par des **analyses bivariées** et des **tableaux croisés**
  - l'évolution par raisons par année a été réalisée à l'aide de régressions
- critères de jugement secondaires:
  - une exploration limitée des facteurs facilitants l'intervention dans le cadre des addictions a été réalisée à l'aide d'une analyse thématique (étant donné qu'un nombre important d'études incluses s'y était intéressé).

Résultats

- critères de jugement primaires :
  - catégories d'interventions abordées (du plus fréquent au moins fréquent) : prise en charge, dépistage et diagnostic, réduction des risques, soutien au rétablissement
  - les tableaux croisés n'ont révélé aucune association statistiquement significative entre les variables explorées
  - la majorité des études ne rapportaient qu'une partie des catégories de raisons possibles :
    - environnement institutionnel : 173/213 études (81,2%) ; étaient principalement rapportés : le manque de personnel formé, un faible soutien de la direction, des contraintes réglementaires et de remboursement (ex. : ne pas inclure un patient avec addictions dans le cadre des programmes de santé mentale ou s'il ne rentre pas dans le cadre souhaité), le coût pour le patient, les ressources limitées
    - manque de compétences : 170/220 études (77,3%) ; étaient principalement rapportés : la difficulté à mener des interventions efficaces pour arriver à un changement de comportement surtout en termes de traitement pour les TUS autres que l'alcool et le tabac, le manque d'expérience supervisée, la maîtrise insuffisante des ressources (ex. : administration de naloxone)
    - capacité cognitive limitée : 136/185 études (73,5%) ; étaient principalement rapportés : le manque de temps, la priorisation d'autres pathologies, les interventions perçues comme trop chronophages ou complexes
    - manque de connaissances : 173/242 études (71,5%) ; étaient principalement rapportés : le manque de connaissance surtout en termes de prises en charge et de substances illicites, le manque de connaissances EBP au niveau somatique, des stratégies de réduction des risques et du dépistage des comportements à risque
    - influence sociale : 121/184 études (65,8%) ; cela implique les croyances concernant l'acceptation ou le soutien de la communauté ou du public envers l'intervention, y compris la volonté d'y consacrer ou d'y développer les ressources nécessaires
- critères de jugement secondaires :
  - facilitateurs : 110 études ont identifié au moins un facteur facilitant l'engagement des médecins dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances ; l'analyse thématique des facilitateurs a mis en évidence l'importance d'une formation adaptée notamment en termes de pharmacologie, des facteurs intrapersonnels (caractéristiques du médecin et motivation), des facteurs interpersonnels (relation avec le patient, caractéristiques du patient), soutien structurel (protocoles, ressources, collaboration, etc.), des réformes facilitant l'accès aux soins dans un paysage en évolution.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que « *Dans cette revue systématique s'intéressant aux raisons de la réticence des médecins à intervenir dans les addictions, les plus courantes étaient le manque de soutien institutionnel, de connaissances, de compétences et de capacité cognitive. Cibler ces raisons par le biais de l'éducation et de la formation, du développement de politiques, et de la mise en œuvre de programmes pourrait améliorer l'adoption, par les médecins, des pratiques fondées sur les données probantes (EBP) dans les prises en charge des troubles liés à l'usage de substances. Les futures études sur les raisons rapportées par les médecins de leur réticence à adopter l'EBP pourraient être améliorées grâce à l'utilisation d'un cadre théorique, à un meilleur respect des bonnes pratiques de développement et de rapport d'enquêtes, et au développement d'un instrument d'enquête validé, ce qui pourrait renforcer la qualité des résultats* ».

Financement de l'étude

Cette étude a été financée par le National Institute on Drug Abuse ; deux auteurs bénéficient du soutien du programme de recherche interne (Intramural Research Program) du National Institute on Drug Abuse et des National Institutes of Health.

Conflits d'intérêt des auteurs
Un auteur déclare posséder des actions dans les sociétés General Electric, 3M et Pfizer Inc. ; d'autres auteurs déclarent avoir reçu des subventions et/ou des contrats de la part de la fondation PhRMA en dehors des travaux soumis ou de la part de l'Université de Yale, de l'Université de l'Arizona, du Conseil national pour le bien-être mental (National Council of Mental Wellbeing), du Département des sciences comportementales de l'Université du Kentucky, et de JBS International, Inc. ; enfin, un auteur déclare avoir exercé des fonctions de consultant et reçu des soutiens lors de participation à des conférences ou des réunions.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
Cette revue systématique a été réalisée en se référant aux directives PRISMA. La méthode de sélection des articles est correctement décrite et plusieurs bases de données ont été consultées. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont bien reportés. 12 chercheurs sont intervenus pour assurer l'exclusion des études présélectionnées sur base du titre ou de l'abstract. Une équipe de 6 personnes a ensuite été mobilisée pour assurer 3 paires de 2 reviewers indépendants : cela peut présenter des avantages et des limites également. En cas de désaccord, un troisième chercheur est intervenu. Le protocole de l'étude a été enregistré dans PROSPERO. Un diagramme est disponible via les suppléments mais aucune liste des études exclues n'est présente, ce qui diminue la transparence et limite la reproductibilité. Les risques de biais n'ont pas été évalués de façon systématique : les auteurs l'expliquent par le fait que très peu d'études étaient expérimentales ou des RCTs. Cela constitue cependant une faiblesse méthodologique importante. Les critères de jugement primaires étaient clairement définis, et l'utilisation du cadre théorique TDF a apporté une structure conceptuelle pertinente à l'analyse. En revanche, les critères de jugement secondaires manquaient de clarté et ont dû être déduits par l'autrice de cette analyse. Des études incluses pouvaient manquer de données (ex : manque de recours à un cadre théorique ou de prise en compte de l'avis du public cible dans la conception des enquêtes ou de pretest des questionnaires), limitant leur validité interne. Les chercheurs se sont cependant accordés sur la manière la plus adéquate possible d'incorporer les données disponibles. Les méthodes d'agrégation des données permettant une analyse thématique sont basées sur des cadres théoriques et les méthodes statistiques sont bien documentées. La synthèse méthodique repose sur un grand nombre de données (283 études et un total de 66 732 médecins), ce qui permet une vision globale et relativement représentative de la littérature existante sur la réticence des médecins à intervenir dans la prise en charge des TUS. L'hétérogénéité des études incluses en termes de méthodologie, de population et de contexte, a pu impacter la cohérence et la comparabilité des résultats. Cette variabilité limite la possibilité de produire une estimation agrégée robuste de l'effet des interventions et compromet la comparabilité des résultats. Elle rend également l'interprétation des données plus subjective et dépendante du jugement des auteurs. L'absence d'analyse de sensibilité ou de sous-groupes limite la compréhension des sources d'hétérogénéité et la généralisation des résultats. Les auteurs n'ont pas pu réaliser de méta-analyses. Ils ont néanmoins utilisé les outils et méthodes statistiques adéquats pour obtenir des résultats. La significativité statistique a été considérée comme une valeur de p bilatérale inférieure à 0,05 sans correction apparente pour les comparaisons multiples, ce qui augmente le risque de faux positifs.
L'analyse thématique a été conduite de manière rigoureuse, mais les approches descriptives utilisées ne permettent pas de pondérer les résultats en fonction de la taille ou de la qualité des études incluses. Cela limite la robustesse des conclusions et peut introduire des biais d'interprétation. Les auteurs ne mentionnent pas avoir tenté d'identifier un biais de publication. Il faut également noter que la diversité et le manque d'uniformité en termes de cadre théorique ou de terminologie utilisés dans les études compliquent la standardisation des catégories. En effet, il n'existe pas d'outil validé pour mesurer de manière uniforme les raisons de réticence des médecins, de ce fait la qualité des données dépend fortement des instruments non standardisés utilisés dans les études originales. Cela rend les résultats plus vulnérables aux biais méthodologiques. La majorité des données reposaient sur des auto-déclarations des médecins, ce qui expose l'analyse à des biais de désirabilité sociale ou de mémoire.

Évaluation des résultats

Cette revue systématique s'intéressant aux raisons de la réticence des médecins à intervenir dans les addictions a mis en évidence que les plus courantes étaient le manque de soutien institutionnel, de connaissances, de compétences et de capacité cognitive. Les avis de plus de 66 000 médecins ont été analysés et, même si aucune mesure n'a été prise pour voir si un médecin répondait à plusieurs enquêtes, cet échantillon est impressionnant. Cependant, la majorité des enquêtes incluses se sont passées aux Etats-Unis, ce qui peut limiter la généralisabilité des résultats. L'un des points forts de l'étude réside dans l'identification et la catégorisation précise des facteurs de réticence : institutionnels, cognitifs, liés aux compétences ou aux connaissances. Cette classification opérationnelle améliore la compréhension des obstacles et facilite leur application dans la pratique clinique et dans l'élaboration de politiques de santé publique. Il convient cependant de noter que, bien que des données sur les facilitateurs aient été recueillies, la recherche initiale n'était pas spécifiquement orientée vers l'identification de ces éléments, puisque leur exploration était secondaire et non systématique, ce qui limite la portée des conclusions à ce sujet. Aucune analyse n'est disponible entre les praticiens habitués à ces prises en charge et ceux qui ne le sont pas. Bien que l'article souligne l'importance de l'éducation et de la formation pour lever les freins à l'intervention, il ne précise ni les formats pédagogiques recommandés, ni les modalités de reconnaissance institutionnelle. L'absence de référence à une approche interdisciplinaire constitue également une limite, alors que la prise en charge des addictions implique souvent une coordination entre professionnels médicaux et psychosociaux (9). Ces dimensions mériteraient d'être explorées dans de futures études, notamment pour adapter les dispositifs de formation aux contraintes pratiques des cliniciens et aux réalités du terrain. D'un point de vue santé publique, il est important de savoir si les efforts doivent être portés pour former des équipes spécialisées pratiquant sur des territoires définis ou si la formation doit être donnée à l'ensemble des médecins. Les résultats ne concernent que les médecins et ne peuvent être appliqués à d'autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des TUS. L'évolution du paysage thérapeutique au fil des années couvertes par la revue - notamment l'apparition de nouveaux médicaments et formulations, les contextes politiques - rend difficile toute comparaison dans le temps. Les réglementations des substances psychoactives ont également connu des transformations importantes, modifiant les produits disponibles, leurs modes d'usage et le contexte réglementaire dans lequel les cliniciens interviennent.

Que disent les guides de pratique clinique ?

En 2014, le KCE s'est penché sur l'accès aux soins pour les personnes présentant une consommation problématique d'alcool. Ce rapport identifiait déjà plusieurs barrières, notamment institutionnelles, professionnelles et sociétales, qu'on peut retrouver de manière plus étayée et structurée dans la revue systématique de Campopiano von Klimo et al. Le KCE soulignait qu'en Belgique, environ 10% des adultes consommaient de l'alcool de façon problématique, mais qu'un seul sur douze sollicite une aide professionnelle après un délai moyen de 18 ans. Ce constat résulte principalement d'un double phénomène : la banalisation sociale de l'alcool et la stigmatisation des TUS. Les prestataires de soins, en particulier les médecins généralistes, apparaissaient peu impliqués, souvent démunis ou découragés face à cette problématique, alors qu'ils occupent une position stratégique pour le repérage et l'accompagnement précoce. L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) (10) met à disposition des cliniciens, des patients et de leurs proches des guides relatifs aux TUS, chacun explorant une substance ou une catégoriede substances (alcool, opioïdes, stimulants, etc). L'European Union Drugs Agency (EUDA (11) met également à disposition des cliniciens et des politiciens des recommandations relatives à la prise en charge des TUS. Pour la Belgique, un document décrivant la stratégie globale interfédérale est disponible également (12). Des études plus récentes notamment sur l'usage de substances illicites, spécifiquement ancrées dans le contexte belge, seraient nécessaires pour explorer les freins à l'intervention et identifier des leviers adaptés à nos réalités locales.

Conclusion de Minerva

*C*ette revue systématique montre de nombreuses barrières à l'intervention des médecins dans le cadre des addictions. L'environnement institutionnel était la raison la plus souvent citée pour expliquer la non-intervention des médecins dans les addictions, suivi du manque de compétences, de capacité cognitive

et de connaissances. Cette revue systématique présente des limites méthodologiques et, même si elle a le mérite de proposer des pistes de solutions, elle est basée sur des études originales présentant de nombreuses limites également. La discussion aurait pu être également plus approfondie.

Références

1. Gisle L, Maertens A . Enquête de santé 2023-24: Usage des drogues. Sciensano. Numéro de rapport : D/2025/14.440/75. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
2. Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2025. Disponible sur: //www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html (cité le 26 aug 2025).
3. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, et al. Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ? - Synthèse. Health Services Research. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2015. KCE Reports 258Bs. D/2015/10.273/114.
4. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend 2013;131:23-35. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
5. Fraeyman J, Symons L, Van Royen P, et al. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. Eur J Gen Pract 2016;22:134-40. DOI: 10.3109/13814788.2015.1120286
6. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract 2014;15:119. DOI: 10.1186/1471-2296-15-119
7. Campopiano von Klimo M, Nolan L, Corbin M, et al. Physician reluctance to intervene in addiction: a systematic review. JAMA Netw Open 2024;7:e2420837. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.20837
8. Atkins L, Francis J, Islam R, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implement Sci 2017;12:77. DOI: 10.1186/s13012-017-0605-9
9. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, et al. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. PLoS One 2017;12:e0186315. DOI: 10.1371/journal.pone.0186315
10. American Society of Addiction Medicine. Clinical Practice Guideline Methodology. Disponible sur : https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/methodology
11. European Union Drugs Agency. Disponible sur : https://www.euda.europa.eu/index_en
12. Cellule Générale Politique Drogue. Stratégie interfédérale pour une politique globale et intégrée en matière de drogues 2024-2025. SPF Santé publique. URL : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/strategie_interfederale_fr.pdf