

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

Par

Benjamin CHALAN-LATOU

Le 14 Septembre 2017

**Connaissances et stratégies thérapeutiques dans la prise
en charge de la douleur aiguë des patients traités par
médicament de substitution aux opiacés**

Enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins généralistes et internes en médecine
générale en Midi Pyrénées

Directeur de thèse : Dr Julie Dupouy

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Vincent BOUNES

Assesseur

Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUCHEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique	P.U. Médecine générale	
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

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

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au président de jury

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Professeur des Universités, Médecin Généraliste

Faculté de Médecine Générale, Université Paul Sabatier

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissant de la formation que vous m'avez apportée tout au long de mon internat. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À tous les membres du Jury

Monsieur le Professeur Bounes,

*Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Chef du service du SAMU 31, Anesthésiste-Réanimateur,
Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier*

Je vous remercie d'avoir honoré ce travail de votre attention en participant à ce jury.
Et merci de l'énergie que vous employez à donner les meilleurs soins à nos patients.
Veuillez croire en ma profonde gratitude.

Madame Maryse LAPEYRE MESTRE

*Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier,
Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse*

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger à l'examen de mon travail.
Merci pour votre disponibilité et votre aide lors de l'élaboration de mon questionnaire.

Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Julie Dupouy

*Maître de Conférences des Universités, ancienne Chef de clinique des Hôpitaux,
Médecin Généraliste*

Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse

Tu as accepté la direction ma thèse, et ce ne fut pas de tout repos pour toi. Merci d'avoir su me guider et m'encourager tout au long du chemin semé d'embûches. Merci de ta rigueur, de ta disponibilité et de l'énergie que tu mets au service des autres. Reçois ici le témoignage de ma profonde gratitude.

TABLES DES MATIÈRES

TABLES DES MATIÈRES	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
I. INTRODUCTION	3
II. MATERIEL ET METHODE	8
III. RESULTATS	10
IV. DISCUSSION.....	19
V. CONCLUSION	24
VI. BIBLIOGRAPHIE	25
VII. ANNEXES	30
1. Annexe 1 : interrogatoire des patients.....	30
2. Annexe 2 : schémas thérapeutiques de prise en charge de la douleur recommandations d'après Mialou et Al (24)	31
3. Annexe 3 : questionnaire de l'étude	32

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIMG-MP : Association des Internes de Midi-Pyrénées
AINS : Anti inflammatoire Non Stéroïdien
DIU : Diplôme Inter Universitaire
DPC : Développement Professionnel Continu
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
FMC : Formation Médicale Continue
IMG : Internes de Médecine Générale
MSO : Médicaments Substitutifs
MG : Médecin Généraliste
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OPEMA : Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire
TENS : Neurostimulation Electrique Transcutanée

I. INTRODUCTION

L'addiction aux opiacés constitue aujourd'hui une entité nosologique clairement déterminée : il s'agit d'une maladie chronique à rechutes (1). Elle est associée à une morbi-mortalité, à un risque de précarité sociale et de démêlés judiciaires plus importants que la population normale (2). Deux millions de personnes sont atteintes de cette pathologie en Europe et aux Etats Unis. Au niveau mondial, 16 à 20 millions de personnes seraient concernées selon l'UNODC en 2009 (Union Nations Office on Drugs and Crime) (3).

En France, 280000 personnes sont considérées comme des « usagers problématiques de drogues ». L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies les définit comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou d'amphétamines. L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT) a établi qu'en 2014, 1,5 % des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne (1,2% en 2010). La consommation au cours de l'année concernait 0,2% des 18-64 ans. Cette consommation est considérée comme stable depuis 2010 (4).

Depuis 1995 et 1996 respectivement, les médicaments dits de substitution (MSO) que sont la méthadone et la buprénorphine apportent de nombreux bénéfices (qu'ils soient cliniques, sociaux...) aux patients atteints d'addiction aux opiacés (5). Environ 170000 personnes ont reçu en France un remboursement de MSO en 2012 avec une nette prédominance de la buprénorphine sur la méthadone (4). La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes μ (effet plafond, forte affinité et faible activité intrinsèque). Cette propriété agoniste des récepteurs opioïdes μ explique l'effet thérapeutique de substitution aux opiacés : lors du sevrage d'héroïne, la buprénorphine diminue rapidement les signes de sevrage puis, à doses efficaces, prévient, au long cours, la rechute en réduisant le *craving*. Elle a une durée d'action attendue de 24 heures. La buprénorphine est contre-indiquée en association avec la méthadone ou les analgésiques morphiniques de palier III (diminution de l'effet antalgique du morphinique par blocage compétitif des récepteurs, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage). La méthadone est un agoniste fort des récepteurs μ des peptides endogènes. La méthadone est disponible sous forme de sirop ou de gélule de dosages variables. La méthadone peut être initiée par un médecin travaillant dans un centre spécialisé ou dans un hôpital, qui peut ensuite passer le relais à un médecin généraliste exerçant en ville par le biais d'une ordonnance de délégation (6,7). La suboxone est une association de buprénorphine, et

de naloxone. Elle a l'AMM dans le traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opiacés. La naloxone a pour but d'empêcher le mésusage du produit par voie intraveineuse. Mais elle n'a cependant pas démontré d'avantage clinique par rapport à la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés injectés par intraveineuse (8).

Malgré le renfort de ces thérapeutiques, la prise en charge des patients ayant une addiction aux opiacés est considérée comme complexe, et les médecins ont du mal à appréhender leur rôle (9). En résultent d'importantes disparités de connaissances, de compétences, et d'implication des médecins vis-à-vis des problématiques d'addiction (9). Déjà en 2006 les travaux d'Alford énuméraient les idées reçues les plus fréquentes des soignants expliquant que les patients ayant une addiction aux opiacés soient sous traités. Les études Françaises réalisées sur le sujet, diagnostiquent systématiquement des lacunes dans les connaissances des praticiens, des idées reçues sur la douleur des patients souffrant d'addiction aux opiacés, et la nécessité d'améliorer la formation pour améliorer les soins donnés (10–14)

Si la prise en charge est plus délicate, la problématique douloureuse des patients ne doit pas être éludée. En 2000, Jamison et Al retrouvaient une prévalence de phénomènes douloureux chroniques de 61,3% dans une cohorte de 248 patients recevant de la méthadone. Or dans la population générale, la prévalence était de 22% sur un échantillon de 25916 patients en soins primaires (15,16). En 2003, parmi 390 patients traités par la méthadone, 37% présentaient des douleurs chroniques sévères (17).

Plusieurs causes peuvent expliquer cette prévalence importante des phénomènes douloureux chez les patients ayant une addiction aux opiacés : la polypathologie des usagers d'opiacés, l'hyperalgésie induite aux opiacés, la tolérance, le syndrome de facilitation de la douleur, les propriétés pharmacocinétiques des MSO, et la moins grande propension à consulter le médecin.

Les patients ayant une addiction aux opiacés sont bien souvent polypathologiques subissant des traumatismes liés à leurs conditions de vie précaires, des problèmes dentaires, une altération fréquente de l'état général. Ils sont aussi plus sujets aux troubles psychiatriques bien connus pour influencer sur le seuil de la douleur. Les patients douloureux ayant une addiction aux opiacés sont généralement plus âgés, présentent plus souvent une maladie chronique, et reçoivent un traitement de substitution depuis plus longtemps que ceux ne présentant pas de douleur (16,18).

Le mécanisme de l'hyperalgésie aux opiacés a été identifié comme une moindre tolérance à la douleur chez les patients exposés de manière chronique aux opiacés (patients

sous MSO ou patients sous analgésiques opiacés). Elle serait liée à l'activation de systèmes pronociceptifs en même temps que les systèmes antinociceptifs, lors de l'administration d'opiacés (19).

Le phénomène de tolérance est le fait de nécessiter des doses croissantes d'un médicament pour arriver aux effets initialement perçus, et se développe avec une utilisation continue des opiacés. De par leur nature pharmacologique, il existe une tolérance croisée entre les MSO et les analgésiques opiacés. Ceci explique que les patients recevant des MSO nécessitent bien souvent des doses plus fréquentes et importantes d'antalgiques opiacés pour avoir un bon contrôle de la douleur (19).

Décrit par Savage en 1995, le syndrome de facilitation est le fait que l'expérience douloureuse serait empirée par les conséquences de la maladie addictive (symptômes de manque, les perturbations du sommeil, les changements affectifs et l'excitation du système nerveux sympathique) (20).

D'autre part, les patients sous MSO ne bénéficient pas d'une analgésie durable du MSO. Leur durée d'action sur la douleur est de 4 à 8 heures, ce qui est plus court que la suppression du sevrage qu'ils permettent (environ 24 heures). Ces patients ne reçoivent de MSO que toutes les 24 heures ce qui signifie que le soulagement de la douleur même partiel n'est que de courte durée (14).

Enfin dans une étude sur l'évaluation et le traitement de la douleur, 40 % des patients dépendants aux opiacés ne consultaient pas face à l'apparition d'une douleur contre 28 % de la population générale (21).

Au plan national, ces quinze dernières années ont été marquées par d'importantes avancées dans la lutte contre la douleur par le biais de trois plans nationaux (1998-2000, 2002-2005, 2006-2010). La loi du 4 mars 2002 consacrait le soulagement de la douleur comme « droit fondamental de toute personne », et celle de 2004 érigeait la lutte contre la douleur en priorité de santé publique : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » (art. L. 1110-5) (22).

En France, les recommandations de l'Afssaps (23), sur la manière dont doit être prise en charge la douleur des patients ayant une addiction aux opiacés émanent de la publication de Mialou *et al.* paru en 2010 (24). Ces recommandations sont établies sur la base d'un protocole d'une équipe spécialisée en Addictologie. En s'appuyant sur l'EVA, les auteurs du tableau II en annexe donnent pour chaque niveau de douleurs la conduite à tenir. (19) (24)

Les auteurs recommandent :

- d'éviter les opioïdes faibles (faible affinité pour le Récepteur μ donc moins efficaces en matière de substitution). Donc proscription des paliers 2 qui peuvent perturber le MSO sans apporter un effet antalgique suffisant.
- de ne pas prescrire d'agonistes partiels (buprénorphine) ni d'antagonistes/antagonistes (nalbuphine) qui provoquent un syndrome de sevrage.
- de ne pas prescrire de formes injectables (sauf nefopam).
- de penser aux co-analgésiques (douleurs chroniques) : antidépresseurs (amitriptyline, duloxétine), anti épileptiques (gabapentine, prégabaline), corticoïdes, myorelaxants, antispasmodiques.
- des hospitalisations de courte durée pour équilibrer un traitement ou réaliser une rotation des opiacés.
- de penser aux approches non pharmacologiques : écoute, empathie, neurostimulation transcutanée(TENS) ; relaxation ; sophrologie ; kinésithérapie/massages ; hypnose, psychothérapie cognitivo-comportementale ; acupuncture.
- un seul prescripteur/un seul pharmacien.
- de programmer des consultations plus fréquentes pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la stratégie mise en œuvre (19) (24).

Les cabinets de médecine générale forment un réseau sanitaire dense et largement réparti sur le territoire Français. De par leur accessibilité, et leur rôle de premier recours, ils constituent des pôles attractifs pour les patients sous substitution aux opiacés. Ceux-ci ont reçu en moyenne 1,8 patient dépendant aux opiacés par mois en 2009, contre 1,6 par mois en 2003 selon l'OFDT (25). La moitié des médecins généralistes déclarait en 2009 avoir reçu au moins un patient dépendant aux opiacés par mois (49,2%). Ce chiffre apparaît en nette augmentation depuis 2003 (34%) témoignant d'une hausse des patients ayant une addiction aux opiacés en médecine de ville. En 2012, 170000 patients avaient reçu un traitement substitutif aux opiacés (4) : 150000 avaient eu une délivrance en officine de ville et 20000 en CSAPA.

L'objet de ce travail est donc d'explorer les connaissances et habitudes thérapeutiques des médecins généralistes et des internes en médecine générale en Midi Pyrénées, sur la douleur et sa prise en charge chez les patients traités par médicament de substitution aux opiacés. Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'explorer leurs besoins en formation afin de trouver les outils de formation qui les intéressent le plus.

II. MATERIEL ET METHODE

Nous avons conduit une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive, basée sur l'envoi d'un questionnaire à des médecins généralistes inclus dans des études préexistantes s'intéressant aux patients ayant une addiction et des internes de médecine générale de Midi Pyrénées.

Cette étude a été réalisée en Occitanie, région du Sud de la France peuplée de 5,6 millions d'habitants.

La population cible du questionnaire était de 74 médecins ayant été inclus dans l'étude ESUB-MG (Evaluation des consommations de SUBstances au cabinet médical pour la prise en charge des patients initiant un traitement par buprénorphine en Médecine Générale (26)) et dans l'étude OPEMA (Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire)(27). La population était donc constituée de médecins généralistes ayant une activité libérale en secteur 1, prenant en charge régulièrement des patients traités par buprénorphine ou buprénorphine/ naloxone (dans l'étude ESUB-MG, les MG inclus sont des MG repérés pour et déclarant suivre régulièrement des patients ayant une addiction aux opiacés) et de MG prenant en charge des patients ayant un abus ou une dépendance à une substance psychoactive (tels qu'inclus dans l'étude OPEMA). Ont également été interrogés les 461 internes de médecine générale (IMG) de la faculté de Toulouse adhérant à l'AIMG-MP qui est l'association des internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées.

Le questionnaire administré comportait 4 parties : une première permettant de préciser les caractéristiques des médecins étudiés, une deuxième partie évaluant leurs connaissances de la douleur chez les patients ayant une addiction aux opiacés, une troisième permettait de les confronter à des vignettes cliniques élaborées à partir des recommandations de prise en charge de la douleur. En effet, trois cas de consultation pour une douleur aiguë chez un patient sous MSO étaient présentés aux enquêtés, avec des niveaux d'intensité douloureuse différents à chaque cas. Ils devaient choisir parmi les approches thérapeutiques proposées pour répondre à cette douleur. Enfin la dernière partie explorait leurs besoins en formation et les différents supports auxquels ils souhaiteraient avoir accès pour se perfectionner. Toutes les questions étaient obligatoires. Le questionnaire est consultable en annexe 3.

Le questionnaire a été réalisé en ligne sur le logiciel LIMESURVEY Version 1.90+ Build 9406. Le questionnaire a été envoyé à un panel de 74 MG et 461 internes.

Il a été adressé à la population cible le 16 mai 2017 avec une relance à 15 jours et clôturé le 11 juin 2017.

Le recueil a été effectué par le biais de Limesurvey et les données exportées vers EXCEL.

Les données ont été traitées de manière anonyme et recueillies sur un tableau EXCEL puis analysées à l'aide de ce dernier. Les questionnaires rendus incomplets étaient exclus.

Concernant l'analyse statistique, les variables continues ont été décrites en moyenne, écart-type ou médiane, écart interquartile en cas de non-normalité. Les variables catégorielles ont été décrites en effectif et pourcentage.

Les données recueillies étant anonymes et le questionnaire s'intéressant aux pratiques des médecins, un avis du Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire selon le décret d'application de la loi Jardé (28).

III. RESULTATS

Sur 74 envois aux MG, 27 réponses ont été reçues et 25 (34%) ont été inclus. Sur 461 envois aux IMG, 71 réponses ont été reçues et 52 (11%) ont été inclus. Le tableau 1 décrit les caractéristiques sociodémographiques de la population de MG interrogée. Plus d'hommes ont été inclus que de femmes (64 versus 36%). La moyenne d'âge est de 52,2+/- 12,2.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des MG (n=25)

Sexe, n (%)	n=25
Homme	16 (64%)
Femme	9 (36%)
Âge	
Moy +/- écart-type	52,2 +/- 12,2
Médiane [Q1 ; Q3]	54 [42,5 ; 64]
Années d'installation	
Moy +/- écart-type	22,36 +/-12 ,05
Médiane [Q1 ; Q3]	24 [13 ; 33,5]
Exercice, n (%)	
Libéral	20 (80%)
Mixte (salarié et installé	5 (20%)
Mode d'exercice, n (%)	
Seul	4(16%)
Groupe monodisciplinaire	14 (56%)
Groupe pluridisciplinaire	7 (28%)
CSAPA	1 (4%)
CRARUD	0 (0%)
Lieu d'exercice, n (%)	
Métropole régionale	5 (20%)
Banlieue de métropole	1 (4%)
Ville moyenne	7 (28%)
(>10000Hab.)	7 (28%)
Ville (<10000 Hab.)	5 (20%)
Village en zone rurale	
Formation, n (%)	
FMC	19 (76%)
DIU d'addictologie	0 (0%)
Capacité d'addictologie	2 (8%)
DESC d'addictologie	0 (0%)
Adhérent d'un réseau	7 (28%)
Lecture de revues	12 (48%)
spécialisées	
Aucune formation	3 (12%)

Le tableau 2 décrit le nombre moyen de patients traités par MSO et suivis, par médecin.

Tableau 2 : population de patients sous MSO par médecin et médicaments prescrits

MSO prescrit par les médecins (n=25)	Total de l'effectif de patients	Par médecin	
		Moy +/- écart type	Médiane [Q1 ; Q3]
Méthadone	123	4,92 +/- 9,05	2 [1,5 ; 4,5]
Buprénorphine	165	6,6 +/- 8,47	3 [1 ; 9]
Buprénorphine + naloxone	5	0,2 +/- 0,49	0 [0 ; 0]
Médicaments prescrits à visée substitutive sans AMM :	Total de l'effectif de patients	Par médecin	
		Moy +/- écart type	Médiane [Q1 ; Q3]
Skenan	8	0,33 +/- 0,55	0 [0 ; 1]
Actiskenan	6	0,27 +/- 0,91	0 [0 ; 0]
Oxycodone	1	0,05 +/- 0,21	0 [0 ; 0]
Tramadol	4	0,18 +/- 0,49	0 [0 ; 0]
association codéinée	10	0,45 +/- 1,47	0 [0 ; 0]
Dicodin	1	0,05 +/- 0,21	0 [0 ; 0]

Le tableau 3 décrit les caractéristiques des internes. On note une plus grande proportion de femmes qui avaient répondu au questionnaire. Il y avait une majorité d'internes en dernière année d'internat. La plupart des IMG avaient effectué leur stage de praticien niveau 1. Dix internes (12,99%) avaient eu un enseignement sur l'addictologie pendant l'externat et l'internat.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des IMG questionnés

n=52

Sexe, n=52 (%)	
Homme	9 (17%)
Femme	43 (83%)
Âge	
Moy. +/- écart type	27,23+/-2,07
Médiane [Q1 ; Q3]	27 [26 ; 28]
Année d'internat, n (%)	
Première année	5 (9,62%)
Deuxième année	13 (25%)
Troisième année	34 (65,38%)
Stage chez le praticien niveau 1, n (%)	
Effectué	46 (88,46%)
Non effectué	6 (11,54%)
A reçu un enseignement d'addictologie, n (%)	
Durant l'externat	33 (63,4%)
Durant l'internat	20 (38,4%)
A effectué un stage d'addictologie, n (%)	
Durant l'externat	3 (5,7%)
Durant l'internat	4 (7,69%)

Tableau 4 : faculté de provenance des internes

Le tableau 4 énumère les différentes facultés de provenance des internes en médecine générale qui ont été interrogés.

Faculté de provenance	n=52
Angers	1
Besançon	1
Bordeaux	2
Brest	1
Caen	2
Clermont Ferrand	3
Cluj Napoca (hongrie)	1
Grenoble	1
Lille	1
Limoges	1
Lyon	1
Marseille	3
Nantes	1
Nice	1
Paris	4
Poitiers	5
Rennes	2
Strasbourg	1
Toulouse	20

Le tableau 5 décrit les pratiques d'interrogatoire des MG et IMG. Les IMG déclaraient à 77% utiliser des échelles d'évaluation de la douleur contre 60% des MG, mais les MG étaient 90% contre 67% des IMG à s'appuyer sur leur impression clinique.

Tableau 5 : pratiques d'interrogatoire des MG et des IMG

Recherche de douleurs au moment de l'interrogatoire	Population totale=77	Médecins=25	Internes=52
Très fréquemment	16 (21%)	6 (24%)	10 (19%)
Fréquemment	20 (26%)	4 (16%)	16 (31%)
Peu fréquemment	26 (34%)	10 (40%)	16 (31%)
Pas du tout	15 (19%)	5 (20%)	10 (19%)
Patients sous MSO interrogés rapportant des douleurs sur 3 consultations	n=77	Médecins=25	Internes=52
0	53 (69%)	18 (72%)	35 (67%)
1	11 (14%)	5 (20%)	6 (12%)
2	9 (12%)	1 (4%)	8 (15%)
3	4 (4%)	1 (4%)	3 (6%)
Population de médecins ≥ 1 patients sous MSO douloureux	Population totale n=24	Médecins n=7	Internes n=14
Recherche chez le dernier patient d'une automédication			
Oui	18 (75%)	6 (86%)	12 (71%)
Non	6 (25%)	1 (14%)	5 (29%)
Recherche chez le dernier patient d'un mésusage du MSO (snif, injection, augmentation)			
Oui	16 (67%)	6 (86%)	10 (59%)
Non	8 (33%)	1 (14%)	7 (41%)
Recherche chez le dernier patient d'une rechute			
Oui	15 (63%)	6 (86%)	9 (52%)
Non	9 (37%)	1 (14%)	8 (47%)
Recherche d'un fractionnement à visée antalgique du MSO			
Oui	12 (50%)	6 (86%)	6 (35%)
Non	12 (50%)	1 (14%)	11 (65%)
Utilisation d'échelles d'évaluation douleur	n=77	Médecins=25	Internes=52
Oui	55 (71%)	15 (60%)	40 (77%)
Non	22 (29%)	10 (40%)	12 (23%)
Type d'échelles utilisées	n=55	Médecins=15	Internes=40
EVA	21 (27%)	10 (67%)	11 (27%)
Échelle verbale simple	9 (12%)	3 (20%)	6 (15%)
Échelle numérique	42 (56%)	7 (47%)	35 (88%)
Questionnaire de Saint Antoine	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Questionnaire du DN4	17 (22%)	5 (33%)	12 (30%)
Raisons de non utilisation des échelles	n=22	Médecins=10	Internes=12
Les échelles ne sont pas fiables	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trop longues à expliquer pendant une consultation	3 (13%)	2 (20%)	1 (8%)
L'impression clinique est préférée	17 (77%)	9 (90%)	8 (67%)
Autres	7* (32%)	2 (20%)	5 (42%)

7* : Les autres raisons que j'ai choisi de ne pas citer ici, étaient que les médecins se référaient à leur sens clinique.

Les médecins ne savaient pas pour 64% que la fréquence des douleurs des patients sous MSO est plus importante que la population normale (tableau 6). Les IMG avaient mieux répondu que les MG (40% contre 28% de bonnes réponses). Les connaissances sur l'adaptation des doses étaient en proportion similaires chez les MG et IMG. 28% des médecins pensaient encore que l'utilisation des opiacés à visée antalgique était susceptible de renforcer l'addiction des patients. Sur ce sujet les IMG avaient répondu moins bien que les MG (36% de bonnes réponses contre 68% chez les MG).

Tableau 6 : Connaissances théoriques des MG et des IMG sur la douleur des patients sous MSO.

	n=77	Médecins=25	Internes=52
Fréquence de douleurs des patients sous MSO selon les médecins par rapport à la population générale			
Plus fréquentes	28 (36%)	7 (28%)	21 (40%)
Identiques	17 (22%)	8 (32%)	9 (18%)
Moins fréquentes	4 (6%)	3 (12%)	1 (2%)
Ne sait pas	28 (36%)	7 (28%)	21 (40%)
Importance des quantités de doses d'opiacés nécessaires à l'analgésie chez un patient sous MSO par rapport à la population générale selon les médecins			
Supérieures	50 (65%)	16 (64%)	34 (65%)
Inférieures	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Identiques	8 (10%)	4 (16%)	4 (8%)
Ne sait pas	19 (25%)	5 (20%)	14 (27%)
L'utilisation d'opiacés à visée antalgique renforce t'elle l'addiction selon les médecins			
Oui	22 (28%)	3 (12%)	19 (36%)
Non	36 (47%)	17 (68%)	19 (36%)
Ne sait pas	19 (25%)	5 (20%)	14 (28%)

Le tableau 7 décrit les différentes options thérapeutiques choisies par les MG et IMG face à différentes intensités douloureuses chez un patient substitué. Les IMG étaient plus nombreux (30% contre 16% des MG) à faire l'erreur de prescrire un palier 2 chez un patient sous MSO. Les IMG étaient plus nombreux (29%) que les MG (12%) à poursuivre la buprénorphine quand ils utilisaient un morphinique. Ils étaient aussi plus enclins à prendre avis auprès de spécialistes : 63% des IMG demandaient un avis spécialisé à un centre douleur dans les douleurs intenses contre 32% des MG.

Tableau 7 : Prescriptions à visée antalgique des MG et IMG chez un patient sous MSO avec une douleur aigue d'intensité, légère, modérée à intense et intense à sévère.

	Population totale n=77	Médecins=25	Internes n=52
Prescriptions des médecins pour un patient ayant une douleur légère sous buprénorphine			
Paracétamol	70 (91%)	23 (92%)	47 (90%)
AINS	56 (73%)	12 (48%)	44 (85%)
Néfopam PO	2 (3%)	1 (4%)	1 (2%)
Néfopam IV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Codéine tramadol	2 (3%)	0 (0%)	2 (4%)
Morphine Libération rapide	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Fractionnement /6H du MSO	2 (3%)	1 (4%)	1 (2%)
Autres	2 (3%)	2 (8%)	0 (0%)
Prescriptions des médecins pour un patient ayant une douleur modérée à intense sous buprénorphine			
Paracétamol	45 (58%)	16 (64%)	29 (56%)
Ains	40 (52%)	15 (60%)	25 (48%)
Néfopam PO	20 (26%)	5 (20%)	15 (29%)
Néfopam Iv	3 (5%)	0 (0%)	4 (8%)
Codéine ou tramadol	20 (26%)	4 (16%)	16 (30%)
Morphine à libération rapide	6 (8%)	3 (12%)	3 (6%)
Fractionnement buprénorphine/6h+ /- augmentation	20 (26%)	7 (28%)	13 (25%)
Prescription des médecins pour un patient avec une douleur intense à sévère sous buprénorphine			
Paracétamol/Ains	33 (43%)	12 (48%)	21 (40%)
Fractionnement buprénorphine/6h et augmentation	14 (18%)	7 (28%)	7 (13%)
Arrêt buprénorphine introduction morphine libération rapide et conversion en LP	13 (17%)	5 (20%)	8 (15%)
Poursuite buprénorphine et introduction morphine LP	18 (23%)	3 (12%)	15 (29%)
Avis centre douleur	41 (53%)	8 (32%)	33 (63%)
Avis centre d'addictologie	34 (44%)	10 (40%)	24 (46%)
Prescription des médecins pour un patient avec une douleur intense à sévère sous méthadone			
Paracétamol/Ains	33 (43%)	14 (56%)	19 (37%)
Fractionnement méthadone /6h, et augmentation	11 (14%)	4 (16%)	7 (13%)
Arrêt méthadone et introduction morphine libération rapide	6 (8%)	3 (12%)	3 (8%)
Fractionnement méthadone, augmentation dose et association temporaire d'interdoses morphine rapide	21 (27%)	9 (36%)	12 (23%)
Avis centre douleur	40 (52%)	7 (28%)	33 (63%)
Avis centre addictologie	41 (53%)	12 (48%)	29 (56%)

LP : Libération Prolongée

Au sujet de la Formation, 76 (98,7%) personnes sur 77 interrogés, estimaient avoir un besoin d'informations sur le sujet. Parmi les moyens d'information les plus amènes de répondre à leur besoin de formation, ces mêmes médecins pensaient pour 29 (37,6%) d'entre eux à une revue avec un article sur le sujet, 32 (41,6%) à la formation médicale continue ; 33 (42,8%) souhaiteraient un mail ou qu'un courrier rappelant les points essentiels de la gestion de la douleur chez les patients substitués, 51 (66,2%) que des recommandations synthétiques soient consultables sur internet, et enfin 60 (77,9%) pensaient à un site internet d'aide thérapeutique selon les modèles déjà existant pour la médecine générale tels Pédiadoc, Antibioclic, Gestaclic, Aporose et le Crat.

IV. DISCUSSION

Notre étude s'intéressait à décrire les connaissances et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous MSO par les MG et IMG en Midi-Pyrénées.

Dans notre étude, les connaissances des médecins et des internes sur les douleurs des patients sous MSO étaient parfois incomplètes : 64% ne connaissaient pas bien le fait que les patients sous MSO ont des douleurs plus fréquentes rapportées à la population générale. Ils savaient pour la majorité (65%) que les patients douloureux sous MSO nécessitaient des doses plus importantes d'opiacés que la population générale. Malgré tout encore un tiers ne savait pas répondre ou répondait que les patients nécessitaient des doses identiques. On peut penser que cela dénote une marge de progression en termes de connaissance. Notre étude suggérait qu'un quart des médecins interrogés pensait que l'utilisation des opiacés renforçait l'addiction des patients substitués. On peut donc imaginer qu'au moins un quart auront des réticences à prendre en charge la douleur avec des paliers forts. D'ailleurs, 25 à 36% des médecins ne se prononçaient pas concernant les connaissances théoriques sur la douleur. Ceci souligne un manque de connaissances sur ce sujet spécifique.

Nous avons pu ensuite mettre en évidence leurs stratégies de prise en charge en commençant par l'évaluation de la douleur. Seulement la moitié des médecins interrogés recherchait une douleur au cours d'un interrogatoire pour un renouvellement d'ordonnance. Jamison *et al.* montrait pourtant une prévalence de 61,3% de phénomènes douloureux chroniques, et Rosenblum *et al.* 37% de douleurs chroniques sévères chez les patients sous MSO (17,18). Quand une plainte douloureuse était exprimée, dans notre étude, 63 à 75% des médecins cherchaient à savoir s'il existait une automédication, un mésusage, une rechute et 50% recherchaient un fractionnement. Sur un échantillon de 70 patients, Lefevre Mohr *et al.* ont mis en évidence une prévalence de 47% de patients consultant pour motif douloureux et 75% de patients prenant un médicament à visée antalgique en automédication (13). L'automédication est donc fréquente dans cette population et doit être systématiquement recherchée. Le fait que le fractionnement était moins recherché que les trois autres éléments de l'interrogatoire tenait peut-être au fait qu'il soit peu connu : 59% de l'effectif de médecins chez Lefevre Mohr ne le connaissait pas (13). Dans notre étude, les pratiques des médecins interrogés sur la prise en charge des douleurs légères étaient conformes aux recommandations par l'utilisation importante de palier 1. Pour les douleurs modérées à intenses l'adhésion aux

recommandations était moins évidente. En effet, les médecins utilisaient à bon escient les paliers 1 et le néfopam (palier 2), mais on observait une utilisation contre indiquée de 26% de dérivés de la codéine et du tramadol. Il existe une compétition au niveau des récepteurs du palier 2 avec le MSO entraînant le risque de générer un syndrome de sevrage. Cette erreur en pratique est préjudiciable au patient. Enfin au niveau des douleurs sévères, les paliers 1 étaient souvent négligés alors qu'ils potentialisent les paliers 3. On peut l'expliquer par notre façon de dérouler les vignettes cliniques. Les médecins ont pu penser que les différents cas étaient liés car utilisant le même patient. Par conséquent ils ne proposaient peut-être pas un palier 1 à nouveau s'ils l'avaient déjà fait au cas précédent. Le fractionnement du MSO à visée antalgique restait marginal. Par ailleurs, 23% poursuivaient la buprénorphine quand ils introduisaient de la morphine à visée antalgique, ce qui n'est pas conseillé dans la mesure où elle entre en concurrence auprès des récepteurs μ diminuant l'efficacité analgésique de la morphine. Les médecins n'hésitaient pas à recourir à des centres spécialisés dans la douleur, ou dans l'addictologie pour prendre un avis.

Les IMG avaient une propension plus importante que les MG à prendre un avis auprès d'un autre spécialiste. Cela peut s'expliquer par leur moins grande expérience thérapeutique. Pour autant les IMG avaient pour deux items sur trois, de meilleures connaissances théoriques sur la douleur que les MG.

Nos résultats secondaires concernaient les besoins en formations des médecins généralistes et des internes en médecine générale. Notre étude montrait que les besoins étaient conséquents. Au terme du questionnaire pas moins de 98% des enquêtés estimaient avoir un besoin en information sur le sujet. Les moyens pédagogiques les plus intéressants pour les médecins, étaient les formats pédagogiques accessibles par internet. On peut aisément imaginer que cet attrait tient du fait qu'internet est un moyen de plus en plus usité avec des supports synthétiques référencés de plus en plus nombreux. Arrivaient ensuite à égalité les moyens plus traditionnels que sont les FMC, les revues et les courriels. Il semblerait donc intéressant de proposer un site internet, ou d'incorporer des rubriques pédagogiques pour diffuser plus largement les tableaux d'aide thérapeutique de Mialou *et al.* (24).

La force de notre étude est d'abord son originalité. À notre connaissance, c'est la première fois que des IMG font l'objet d'une recherche sur ce sujet. Un autre point positif est l'effectif supérieur à celui des précédentes études sur le sujet en médecine générale (11,13). C'est la première fois qu'un cas pratique est utilisé pour apprécier les prescriptions des MG en condition. Le taux habituel de réponse observé dans des études chez les MG de Midi

Pyrénées oscille en général en dessous des 10%. En prenant le parti de questionner des MG investis dans l'addictologie, nous avons obtenu un taux de 34% de réponses.

Dans les limites, on peut considérer le taux de réponse des IMG comme faible.

Dans notre méthodologie nous avons un biais de sélection qui était un choix de notre part ce qui empêche la généralisation de nos résultats à tous les médecins généralistes. Les médecins avaient été sélectionnés dans deux autres études : ESUB-MG, une étude suivant des médecins déclarant initier et prendre en charge des patients sous buprénorphine en médecine générale et OPEMA, des médecins prenant en charge des patients ayant un abus ou une dépendance à une substance psychoactive. Il y a un biais de mesure du fait que l'enquête est déclarative simple et non basée sur une étude de leurs prescriptions. L'insertion de vignettes cliniques avait été pensée pour s'affranchir du biais de déclaration. On peut aussi imaginer qu'il existe un biais de désirabilité pour certaines questions notamment dans la question sur les recherches d'automédication, de mésusage, de rechute et de fractionnement au cours d'un renouvellement. Enfin, face à une douleur aiguë sévère, la recherche d'une cause étiologique amène souvent le MG à adresser le patient à des filières d'urgence. Ceci expliquerait que les médecins soient peu familiers de ces prises en charge et plus enclins à demander l'avis d'autres spécialistes.

D'autres études ont exploré ce sujet. En 2006 Alford *et al.* suggéraient l'existence de plusieurs croyances chez les soignants qui affectaient et perturbaient le traitement de la douleur de leurs patients sous substitution. La première croyance était que l'utilisation d'opiacés pour l'analgésie provoquait un retour de l'addiction. Dans notre étude un quart des médecins pensait que l'addiction était renforcée par l'utilisation de palier forts ce qui est concordant. L'auteur soulignait qu'aucune étude n'avait rapporté que dans des cas de douleurs aiguës, l'analgésie par opiacés avait conduit à une récurrence. Il incriminait le stress associé à la douleur aiguë non soulagée, plutôt que l'analgésie appropriée. Il citait l'étude de 2004 de Karasz *et al.* qui montrait que la douleur chez les patients avait un rôle essentiel dans l'initiation et la poursuite de l'utilisation d'une drogue (14). La seconde idée préconçue était que l'effet des opiacés ajouté au MSO pouvait conduire à une détresse respiratoire. Cette hypothèse n'aurait pas été démontrée. En effet la tolérance aux effets respiratoires apparaîtrait rapidement et durablement. D'autre part la douleur aiguë agirait comme un antagoniste naturel à la détresse respiratoire des opiacés (14). La troisième idée préconçue était que les patients formulaient une plainte douloureuse afin d'obtenir des médicaments ou des drogues. L'auteur indiquait que la plupart des patients sous substitution recevaient des doses de

traitement qui bloquaient les effets euphorisants des antalgiques forts diminuant ainsi le risque d'abus (14).

L'étude Française réalisée dans 50 centres d'urgence par Bounes *et al.* (2012), avait permis d'explorer les croyances et conceptions de médecins urgentistes amenés à prendre en charge les patients sous MSO. Comme dans notre étude, elle mettait en évidence un manque de connaissances des particularités des patients sous MSO et de recommandations spécifiques pour prendre en charge la douleur aiguë au sein d'une population de médecins urgentistes. Dans leurs résultats, 18 à 26% des médecins n'avaient pas d'opinion sur la prescription d'opioïdes ce qui leur permettait de souligner la marge d'éducation à apporter (10). Dans notre étude, le pourcentage de médecins sans opinion sur les questions théoriques relatives à la douleur, s'étendait de manière similaire de 25 à 36% (tableau 6). L'étude de Pereira Le Corre réalisée sur cinquante MG de région Parisienne mettait en évidence le manque de connaissance, les idées reçues sur la douleur des patients ayant une addiction aux opiacés, et la réticence des médecins généralistes à leur prescrire des antalgiques de palier fort. Dans cette étude, les médecins avaient des sentiments forts d'aisance et de compétence face au patient ancien dépendant aux opiacés. Ce sentiment s'amenuisait face aux « toxicomanes » substitués et face à un toxicomane actif. Les sentiments d'empathie et d'intérêt pour les problématiques douloureuses des patients étaient forts quel que soit le profil de patients. Les médecins restaient méfiants systématiquement face à une plainte douloureuse d'un patient actif, substitué ou aux antécédents de dépendance (11). En 2014, Lefevre Mohr mettait en évidence que seulement la moitié des médecins généralistes de son étude se basaient sur des échelles validées pour apprécier la douleur de leur patient ce qui rejoint nos résultats. Seulement un médecin sur deux dans son effectif connaissait le principe de fractionnement du MSO à visée antalgique. Parmi la moitié des MG connaissant ce principe, 50% ne l'utilisaient pas. Ils le considéraient dangereux et à risque de ramener les patients dans des phases de craving. Pourtant il s'agissait d'une population de médecins rompus à ces prises en charge (13).

Ce travail a permis donc de montrer qu'il existe des lacunes dans les connaissances et pratiques dans le domaine spécialisé de la prise en charge de la douleur des patients substitués aux opiacés chez les MG et chez les IMG. Nous avons constaté un réel besoin en formation. Notre étude a permis d'explorer les moyens qui semblent les plus adéquats aux MG et IMG. Il semble que l'information validée et synthétisée accessible sur des sites à thème à destination des professionnels de Santé soit un moyen tout à fait pertinent et intéressant pour les

praticiens afin d'approfondir leurs compétences sur le sujet. Le travail réalisé sur le site Pédiadoc, par le DUMG au sein de la faculté de médecine Toulouse Rangueil, ou encore Antibioclic par l'université Paris Diderot VII sont des exemples de réussite de ces supports (29,30). C'est pourquoi il paraîtrait intéressant pour un futur travail de thèse de développer et d'évaluer un tel outil en complément de la formation initiale et de la formation continue. Par ailleurs, le nombre d'heures dévolues à la formation à ce sujet pourraient être augmentées. On pourrait proposer des thématiques sur le sujet en DPC pour les professionnels intéressés. On peut supposer par ces différents supports avoir un impact direct sur la qualité de la relation médecin et malade sous MSO. Et ainsi améliorer la qualité de vie des patients sous MSO voire tendre à diminuer la morbi-mortalité de cette population.

V. CONCLUSION

Dans l'addiction aux opiacés, les médicaments dits de substitution ont permis une amélioration du pronostic des patients atteints. Le médecin généraliste est l'interlocuteur de premier recours pour ces patients. Son rôle en termes de prévention et de suivi est primordial. Or cette population est plus que d'autres, exposée à une plus grande prévalence de phénomènes douloureux.

Notre étude réalisée auprès de MG ayant été recruté dans les études ESUB-MG et OPEMA et auprès des IMG de la faculté de Toulouse a montré que 64% des médecins ne connaissaient pas bien le fait que la douleur était plus prévalente chez les patients sous MSO. Concernant les connaissances théoriques sur la douleur des patients sous MSO, 25 à 36% des médecins généralistes répondants ne se prononçaient pas. Cependant 65% savaient que ces patients nécessitaient des doses d'opiacés plus importantes que les patients de la population générale pour une analgésie équivalente. Comparativement, les IMG avaient de meilleures connaissances théoriques que les MG pour deux items sur trois mais les MG avaient de meilleures connaissances thérapeutiques. En matière de thérapeutique, une proportion non négligeable de médecins avait recours aux associations de MSO avec des paliers 2 et aux associations de morphine avec la buprénorphine. Ces deux schémas sont sources d'interactions potentiellement préjudiciables pour les patients.

Dans notre étude, les besoins en formation apparaissaient comme étant importants pour ce sujet spécifique. Une formation spécifique sur ce thème pourrait être envisagée en formation initiale et continue. Enfin un site internet dédié à l'addictologie sur le modèle des sites tels PEDIADOC, ANTIBIOCLIC pourrait également permettre de diffuser ces connaissances de façon plus efficiente.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. nov 1990;85(11)pp:1403-1408.
2. Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. Observatoire Français des Dro. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/#consequ>
3. ATLAS on substance use(2010) : Resources for the prevention and treatment of substance use disorders- World Health Organization.9789241500616_eng.pdf [Internet]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44455/1/9789241500616_eng.pdf
4. Beck F. Drogues, chiffres clé 6eme édition [Internet]. 2015 Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
5. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD002207.
6. Drogues Info Service [Internet]. Drogues Info Service. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr>
7. Authier N, Bonnet Nicolas, Robinet, Stéphane et al. Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélule) : Questions-Réponses. Le FLYER, N45, déc 2011.
8. Avis de la commission de la Transparence du 18 mars 2015 sur la Suboxone [Internet]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT->

9. Laleu E. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de Médicaments de Substitution aux Opiacés. Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du bassin de santé de Villefranche de Rouergue. [Internet] [Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Faculté de médecine de Toulouse; 2013 Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/48/1/2013TOU31001.PDF>
10. Bounes V, Jouanjus E, Roussin A, Lapeyre-Mestre M. Acute pain management for patients under opioid maintenance... : European Journal of Emergency Medicine. Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med. févr 2014;21(1):73-6.
11. Pereira Le Corre J. Etat des lieux des représentations, des ressentis et des connaissances des médecins généralistes sur la douleur des patients toxicomanes aux opiacés. [Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Paris 7 diderot;
12. Lagarrigue A. Evaluation de la douleur et traitement antalgique chez les patients toxicomanes substitués incarcérés. [Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse; 2008.
13. Lefevre Mohr C. Quelle prise en soins du patient douloureux sous traitement de substitution aux opiacés? Analyse des comportements d'automédication des patients et des pratiques antalgiques des médecins [Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Faculté de médecine de Strasbourg; 2014
14. Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. Ann Intern Med. 17 janv 2006;144(2):127-34.
15. Courty P, Authier N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés. Presse Médicale. 14 déc 2012;41(12):1221-5.

16. Gureje O, Korff MV, Simon GE, Gater R. Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. JAMA. 8 juill 1998;280(2):147-51.

17. Rosenblum A, Joseph H, Fong C, Kipnis S, Cleland C, Portenoy RK. Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Chemically Dependent Patients in Methadone Maintenance and Residential Treatment Facilities. JAMA. 14 mai 2003;289(18):2370-8.

18. Robert N. Jamison, PhD, Janice Kauffman, RN, and Nathaniel P. Katz,. Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain MD Departments of Anesthesia (R.N.J., N.P.K.) and Psychiatry (R.N.J., J.K.), Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA [Internet]. Disponible sur: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(99\)00144-X/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(99)00144-X/pdf)

19. Victorri-vigneau C, Guillou M, Bronnec M, Gerardin M, Louvigné C, Vandermersch F. Prise en charge de la douleur aiguë chez le patient sous traitement de substitution – Acute pain management in patients with maintenance treatment - 15866.pdf [Internet].. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15866.pdf>

20. Savage S, Schofferman J. Pharmacological Therapies for Drug and Alcohol Addictions. Vol. Parmacological therapies of pain in drug and alcohol addiction. New York: Dekker: Miller N, Gold M; 1995. pp 370-409.

21. Vignas F. Douleur, souffrance et toxicomanie: évaluation et traitement de la douleur chez les patients sous substitution. Tours; 1999

22. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

23. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage (BHD) - Mise au point - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments/Addictologie/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodependance-majeure-aux-opiaces-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point>

24. Mialou marie, Kauffmann J, Richard B, Llorca PM, Courty P, Authier. Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés – Pain management - 16391.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16391.pdf>

25. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - 1343.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

26. Study protocol of the ESUB-MG cluster randomized trial: a pragmatic trial assessing the implementation of urine drug screening in general practice for buprenorphine maintained patients. BMC Fam Pract [Internet]. 1 mars 2016;17. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774159/>

27. OPEMA - Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire [Internet]. Disponible sur: <http://www.opema.org/>

28. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine | Legifrance [Internet].. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte>

29. Le suivi des enfants de 0 à 2 ans | Pediadoc [Internet]. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/>

30. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. Disponible sur:
<http://antibioclic.com/>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : interrogatoire des patients

Tableau I. Première étape : décrire la douleur et son contexte.

PRÉREQUIS : CROIRE LE PATIENT

- | |
|---|
| ❶ Décrire précisément la douleur (intensité avec EVA, caractéristiques, ancienneté, évolution...) |
| ❷ Éliminer un syndrome de manque en opiacés (sous-dosage en MSO ?) |
| ❸ Rechercher une étiologie à traiter (examen clinique minutieux ; prescrire des examens complémentaires si nécessaire) ± solliciter un avis de spécialiste (neurologue, rhumatologue, dentiste...) ou d'un Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD). |
| ❹ Évaluer psychologiquement le patient (éléments dépressifs, anxieux, psychotiques...) |
| ❺ Identifier les co-addictions actives et un mésusage de MSO ou d'antalgiques (héroïne, morphine, codéine...) |
| ❻ Rechercher les contre-indications à certains traitements (insuffisance hépatite, insuffisance rénale, gastrite, etc.) |

Annexe 2 : schémas thérapeutiques de prise en charge de la douleur recommandations d'après Mialou et Al (24)

Tableau II. Deuxième étape : stratégies pharmacologiques (15, 17-20).

DOULEUR AIGUË (DURÉE < 3 MOIS)	
EVA ≤ 3	Douleur légère
Stratégie 1	Paracétamol (3-4 g/jour) ou AINS (kétoprofène 50 mg x 3/jour)
Stratégie 2	Meopa (N ₂ O/O ₂ , 50/50) ou lidocaïne crème/patch en prévention de la douleur liée aux soins
EVA = 4-6	Douleur modérée
Stratégie 1	Néfopam (60 à 120 mg/j) per os ± paracétamol ou AINS
Stratégie 2	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine (4 prises/jour) ± augmenter la dose totale
Stratégie 3	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant à chaque prise paracétamol (/6 h) ou AINS (/12 h) ou néfopam (/6 h)
EVA ≥ 7	Douleur sévère
Stratégie 1 (méthadone)	Augmenter progressivement et fractionner (/6 h) la dose de méthadone
Stratégie 2 (méthadone)	Idem + associer des interdoses de morphine (10 mg) ou fentanyl (100 µg) à libération immédiate sur une courte durée
Stratégie 3 (buprénorphine)	Arrêter la buprénorphine/initier de la morphine à libération immédiate (/4 h) pour titration, à convertir rapidement en forme libération prolongée (/12 h)
Douleur chronique (durée > 3 à 6 mois)	
EVA ≤ 3	Douleur légère
Stratégie 1	paracétamol (3-4 g/jour) ou AINS (kétoprofène 50 mg x 3/jour)
EVA = 4-6	Douleur modérée
Stratégie 1	Néfopam (60 à 120 mg/j) per os ± paracétamol ou AINS
Stratégie 2 (méthadone)	Fractionner la dose de méthadone (4 prises/jour) ± augmenter la dose totale
Stratégie 3	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant paracétamol (/6 h) ou AINS (/12 h) ou néfopam (/6 h)
EVA ≥ 7	Douleur sévère
Stratégie 1 (méthadone)	Augmenter progressivement et fractionner (/6 h) la dose de méthadone
Stratégie 2 (méthadone)	Idem + interdoses de morphine (10 mg) à libération immédiate à convertir rapidement en morphine à libération prolongée (/12 h) ou fentanyl patch (/72 h)
Stratégie 3 (buprénorphine)	Arrêter la buprénorphine et initier de la morphine à libération immédiate (titration) à convertir en forme de libération prolongée ou fentanyl patch (/72 h) comme traitement de fond
Stratégie 4	Si tolérance à l'effet analgésique de la morphine, possibilité de rotation des opioïdes avec forme de libération prolongée (hydromorphone/oxycodone) en tenant compte des coefficients de conversion équivalents (voir tableau IV)

Annexe 3 : questionnaire

Connaissances et stratégies thérapeutiques de prise en charge de la douleur des patients traités par un médicament de substitution aux opiacés par les médecins de l'étude ESUB MG

Cher confrère, Chère consœur,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse de médecine générale (faculté de médecine de Toulouse) dirigée par le Dr Julie DUPOUY.

Le médecin généraliste est souvent en première ligne pour répondre à la douleur des patients sous médicament de substitution aux opiacés.

L'objectif de mon travail est donc d'évaluer les connaissances et stratégies thérapeutiques de prise en charge de la douleur des patients traités par médicament de substitution aux opiacés.

Je vous soumetts donc ce questionnaire de 26 questions qui vous prendra environ 5 minutes à remplir.

Je vous remercie par avance de votre contribution.

Recevez cher confrère, chère consœur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Il y a 26 questions dans ce questionnaire.

PRESENTATION

Question 1. Je suis : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ un homme
- ☐ une femme

Question 2. Je suis : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ un médecin installé
- ☐ un médecin en exercice mixte (installé en libéral et salarié)

Question 3. Quel est votre âge ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Question 4. J'exerce : *

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ seul
- ☐ dans un groupe médical monodisciplinaire
- ☐ dans un groupe médical pluridisciplinaire
- ☐ dans un CSAPA
- ☐ dans un CAARUD
- ☐ Autre:

Question 5. Depuis combien d'années êtes-vous installé ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Question 6. Je suis installé/ Je travaille : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ au centre ville de Toulouse
- ☐ dans la banlieue de Toulouse
- ☐ dans une ville moyenne (Cahors, Montauban, Foix, Castres...)
- ☐ en périphérie d'une ville moyenne
- ☐ dans un village en zone rurale

Question 7. J'ai une compétence en addictologie *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 8. Si oui laquelle ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Oui' à la question 7 (Question 7. J'ai une compétence en addictologie)

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ formation médicale continue
- ☐ DIU d'addictologie
- ☐ capacité d'addictologie
- ☐ DESC d'addictologie
- ☐ adhésion à un réseau d'addictologie
- ☐ Autre:

Question 9. Combien avez-vous de patients sous Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) ? *

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- ☐ sous méthadone?
- ☐ sous buprénorphine de haut dosage SUBUTEX° ?
- ☐ sous suboxone ?

Question 10. Combien avez-vous de patients prenant des médicaments n'ayant pas l'indication AMM pour une substitution (skenan°, Diconin°...) ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

CONNAISSANCES THEORIQUES : DOULEUR DES PATIENTS SUBSTITUES

Question 11. Sur vos trois dernières consultations de patients traités par médicament de substitution, combien rapportaient spontanément des douleurs ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3

Question 12. Avez-vous recherché ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était supérieure ou égale à '1' à la question 11 (Question 11. Sur vos trois dernières consultations de patients traités par médicament de substitution, combien rapportaient spontanément des douleurs ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

OUI ou NON

- ☐ un mésusage du médicament de substitution aux opiacés MSO (snif, injection, augmentation de posologie)
- ☐ un fractionnement du MSO à visée antalgique ?
- ☐ une automédication (utilisation d'un autre médicament)?
- ☐ une rechute (reprise de l'héroïne ou d'autres produits)?

Question 13. Recherchez-vous des douleurs au moment de l'interrogatoire pour un renouvellement de médicaments de substitution aux opiacés ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ très fréquemment
- ☐ fréquemment
- ☐ peu fréquemment
- ☐ pas du tout

Question 14. Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la douleur ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 15. Si vous n'utilisez pas d'échelles merci de préciser pourquoi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Non' à la question 14 (Question 14. Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la douleur ?)

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ vous n'en connaissez pas
- ☐ les échelles ne sont pas fiables
- ☐ trop longues à expliquer et à réaliser le temps d'une consultation
- ☐ vous préférez vous appuyer sur votre impression clinique
- ☐ Autre:

Plusieurs réponses sont possibles.

Question 16. Si vous utilisez des échelles d'évaluation de la douleur, précisez lesquelles ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Oui' à la question '14 [14]' (Question 14. Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la douleur ?)

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ échelle verbale simple (0 à 5)
- ☐ échelle numérique (0 à 10)
- ☐ échelle visuelle analogique (EVA)
- ☐ questionnaire de Saint Antoine
- ☐ questionnaire du DN4

Plusieurs choix possibles.

Question 17. Selon vous les douleurs des patients prenant un médicament de substitution aux opiacés sont-elles ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ plus fréquentes que dans la population générale
- ☐ identiques en fréquence à la population générale
- ☐ moins fréquentes que dans la population générale
- ☐ ne sais pas

Question 18. Selon vous, la gestion de la douleur chez un patient prenant un médicament de substitution aux opiacés nécessite des doses d'opiacés : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ supérieures à la population générale à intensité douloureuse identique
- ☐ inférieures à la population générale à intensité douloureuse identique
- ☐ identiques à la population générale à intensité douloureuse identique
- ☐ ne sais pas

Question 19. Selon vous, l'utilisation d'opiacés pour la gestion de la douleur va-t-elle entraîner un renforcement de l'addiction ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

PRATIQUES DOULEURS AIGUES ET CHRONIQUES

Question 20. Monsieur X est un ancien usager d'héroïne âgé de 40 ans que vous suivez depuis 10 ans. Il ne prend aucun autre traitement que sa buprénorphine SUBUTEX 8mg (1 cp par jour) avec lequel il est stabilisé. Il n'a pas d'antécédent particulier, pas d'allergie. Ce jour, il vient à votre consultation pour une lombalgie aiguë commune. Il auto-évalue sa douleur à 3/10. Que lui prescrivez-vous ? *

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ paracétamol
- ☐ AINS
- ☐ néfopam ACUPAN per os
- ☐ néfopam ACUPAN IV
- ☐ codéine ou tramadol
- ☐ morphine à libération rapide
- ☐ fractionnement de son traitement de substitution avec une prise toutes les 6 heures au lieu d'une par 24h
- ☐ Autre:

Plusieurs choix possibles.

Question 21. Monsieur X revient un jour après car sa douleur a empiré malgré le traitement initial avec une EVA qu'il évalue entre 4 et 6 en moyenne. Il est toujours sous buprénorphine 8 mg. Que lui prescrivez-vous ? *

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ paracétamol
- ☐ AINS
- ☐ nefopam ACUPAN per os
- ☐ nefopam ACUPAN IV
- ☐ codéine ou tramadol
- ☐ morphine à libération rapide
- ☐ fractionnement de son traitement de substitution (une prise toutes les 6 h) +/-augmentation de la dose totale

Plusieurs choix possibles.

Question 22. Si monsieur X lors de la première consultation avait une douleur évaluée à 9 sur 10. Que lui prescrivez-vous ? *

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ paracétamol/AINS
- ☐ fractionnement du buprénorphine Subutex° en 4 prises par jour et augmentation de la posologie
- ☐ arrêt de la buprénorphine Subutex° et introduction de morphine à libération rapide puis conversion en morphine à libération prolongée
- ☐ poursuite de la buprénorphine Subutex° et introduction de morphine à libération prolongée
- ☐ vous prenez avis auprès d'un centre de la douleur

Plusieurs choix possibles.

Question 23. S'il était sous méthadone 60 mg avec sa douleur à 9/10 ? Que lui prescrivez-vous ? *

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ paracétamol/AINS
- ☐ fractionnement de la méthadone en 4 prises par jour et augmentation de la dose totale de méthadone
- ☐ arrêt de la méthadone et prescription de morphine à libération rapide
- ☐ fractionnement de la méthadone et augmentation de la dose totale de méthadone, avec association temporaire d'interdoses de morphine à libération rapide
- ☐ vous prenez avis auprès d'un centre de la douleur

Plusieurs choix possibles.

BESOIN EN FORMATION/MODALITES DE FORMATION A DEVELOPPER

Question 24. Savez-vous s'il existe des recommandations sur la prise en charge des douleurs chez les patients sous MSO ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 25. Pensez-vous avoir besoin d'informations sur le sujet ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 26. Quels moyens pédagogiques vous semblent les plus compatibles avec votre besoin en formation et le temps dont vous disposez ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Oui' à la question '25 [25]' (Question 25. Pensez-vous avoir besoin d'informations sur le sujet ?)

Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ revue avec article sur le sujet
- ☐ formation médicale continue
- ☐ informations par mail ou courrier rappelant les points essentiels
- ☐ recommandations synthétiques de la prise en charge consultable sur un site internet
- ☐ site internet pédagogique d'aide thérapeutique sur le modèle d'un PEDIADOC,
- ☐ ANTIBIOCLIC, GESTACLIC, APOROSE, CRAT
- ☐ Autre :

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Les résultats de l'étude pourront vous être envoyés si vous le souhaitez. Pour ce faire, merci d'en faire la demande par mail à l'adresse suivante : benjamin.chalan@hotmail.com

AUTEUR : Benjamin CHALAN LATOU

TITRE : Connaissances et stratégies thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur aiguë des patients traités par médicament de substitution aux opiacés : Enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins généralistes et internes en médecine générale en Midi-Pyrénées.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Julie DUPOUY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 14 septembre 2017

Résumé :

Introduction : L'addiction aux opiacés est une maladie chronique à rechutes associée à une morbi-mortalité importante. Les médecins généralistes (MG) ont un rôle central dans la prise en charge des douleurs qui sont plus fréquentes au sein de cette population. L'objectif de notre étude était d'explorer les connaissances et habitudes thérapeutiques de MG et internes en médecine générale (IMG) en Midi-Pyrénées sur la prise en charge de la douleur aiguë des patients sous Médicaments Substitutifs aux Opiacés (MSO).

Méthode : Étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive avec envoi de questionnaire par mail aux MG des études OPEMA et ESUB-MG ainsi qu'aux IMG inscrits à l'AIMG (Association des IMG de Midi-Pyrénées) du 16/05/2017 au 11/06/2017.

Résultats : 77 questionnaires complets ont été étudiés (n = 25 médecins et n = 52 IMG) : 64% des médecins ne savaient pas que la douleur était plus prévalente chez les patients sous MSO, 65% savaient que ces patients nécessitaient des doses d'opiacés plus importantes que les patients de la population générale pour une analgésie équivalente. Les IMG avaient de meilleures connaissances théoriques que les MG mais les MG avaient de meilleures connaissances thérapeutiques. Parmi les médecins, 26% avait recours aux associations de MSO avec des paliers 2 et 23% aux associations de morphine avec la buprénorphine. Ces deux schémas sont sources d'interactions potentiellement préjudiciables pour les patients.

Discussion : Il apparaît primordial de diffuser les recommandations de prise en charge de la douleur des patients sous MSO, afin de perfectionner les connaissances des MG et IMG.

Abstract :

Introduction : Opioid use disorder is a chronic relapsing disease associated with higher morbimortality. Managing pain in this population, particularly exposed to it, is one of the main goals of General Practitioners (GPs). The aim of our study was to explore the knowledge and therapeutic habits of GPs and general practice residents (GPR) in Midi-Pyrénées on the management of acute pain in patients under Opioid Maintenance Treatment (OMT).

Method : Epidemiological descriptive cross-sectional study using an online survey addressed to GPs of the OPEMA and ESUB-MG studies as well as the GPR enrolled at the AIMG (Association des IMG de Midi-Pyrénées) from 16/05/2017 to 11/06/01 / 2017.

Results : 77 fulfilled surveys were studied (n = 52) : 64% of GPs did not know that pain was more prevalent in OMT patients, 65% knew that these patients required higher doses of opiates than patients in the general population for equivalent analgesia. GPR had better theoretical knowledge than GPs but GPs had better therapeutic knowledge. Among GPs, 26% used OMT associated with levels 2 and 23% used morphine with buprenorphine. Both of these patterns are sources of potentially harmful interactions for patients.

Discussion : It is therefore essential to disseminate recommendations for the management of acute pain in patients treated by OMT, in order to improve the knowledge of GPs and GPR.

Keywords : pain management, opiates' addiction, general medicine

Mots-Clés : addiction aux opiacés, médicaments substitutifs, douleur, médecine générale

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
