

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Maxime LECOMPTE

Le 03 février 2020

**CONNAISSANCE DES PATIENTS CONCERNANT LE RISQUE DE
DÉPENDANCE AUX MÉDICAMENTS ANTALGIQUES OPIOÏDES :
ÉTUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE DANS LES STRUCTURES
DOULEUR CHRONIQUE D'OCCITANIE**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Julie DUPOUY

JURY

| | |
|--|-----------|
| Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT | Président |
| Madame le Docteur Nathalie CANTAGREL | Assesseur |
| Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE | Assesseur |
| Madame le Docteur Julie DUPOUY | Assesseur |
| Monsieur le Docteur Jérôme SAVIGNAC | Assesseur |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

| | |
|--------------------------------|--|
| M. ADOUE Daniel (C.E) | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion |
| Mme BEYNE-RAUZY Odile | Médecine Interne |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie |
| M. BLANCHER Antoine | Immunologie (option Biologique) |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT David | Neurologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. BUREAU Christophe | Hépatogastro-entérologie |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Génétique |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN Marcel (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie |
| M. GAME Xavier | Urologie |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. LANG Thierry (C.E) | Biostatistiques et Informatique Médicale |
| M. LANGIN Dominique (C.E) | Nutrition |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine Interne |
| M. LAUWERS Frédéric | Chirurgie maxillo-faciale |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie |
| M. MALAUDAUD Bernard | Urologie |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU Bruno | Maladies Infectieuses |
| M. MAZIERES Julien | Pneumologie |
| M. MOLINIER Laurent | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie |
| Mme MOYAL Elisabeth | Cancérologie |
| Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) | Gériatrie |
| M. OSWALD Eric (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique |
| M. PARIENTE Jérémie | Neurologie |
| M. PARINAUD Jean (C.E) | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. |
| M. PAUL Carle | Dermatologie |
| M. PAYOUX Pierre | Biophysique |
| M. PAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie |
| M. PERON Jean-Marie | Hépatogastro-entérologie |
| M. PERRET Bertrand (C.E) | Biochimie |
| M. RASCOL Olivier (C.E) | Pharmacologie |
| M. RECHER Christian(C.E) | Hématologie |
| M. SALES DE GAUZY Jérôme | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépatogastro-entérologie |

| | |
|------------------------------|--|
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M. BONNEVILLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. MARTIN-BONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. PAGES Jean-Christophe | Biologie cellulaire |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie |
| Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| Mme TREMOLLIÈRES Florence | Biologie du développement |
| Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

| | |
|-----------------------------------|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie |
| M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépat-Gastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie |
| 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 |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) | Thérapeutique |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention |
| M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie |
| M. HUYGHE Eric | Urologie |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophthalmologie |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie |
| Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ Patrick (C.E) | Nutrition |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie |
| M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. SAILLER Laurent | Médecine Interne |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie |
| M. SENARD Jean-Michel (C.E) | 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. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. CHAPUT Benoît | Chirurgie plastique et des brûlés |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| Mme FARUCH BILFELD Marie | Radiologie et imagerie médicale |
| M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| Mme LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. SOLER Vincent | Ophthalmologie |
| Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. YSEBAERT Loïc | Hématologie |

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

| | |
|-----------------------------|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion |
| M. BIETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| M. CAVAINAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDJ 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. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme PERROT Aurore | Hématologie |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme TRUDEL Stéphanie | Biochimie |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| M. VIDAL Fabien | Gynécologie obstétrique |

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

| | |
|------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLÓMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme CORRE Jill | Hématologie |
| M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| M. DEGBOE Yannick | Rhumatologie |
| 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 FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie |
| Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. LEPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ François | Hématologie |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie d'adultes |

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

A Madame le Professeur Marie-Eve Rougé Bugat,

Je vous suis très reconnaissant de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci d'œuvrer pour favoriser nos conditions d'apprentissage et pour votre implication dans la formation des internes. Je tiens à vous présenter ma sincère gratitude et mon respect.

A Madame le Docteur Nathalie Cantagrel,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Pour votre implication dans notre étude et votre disponibilité veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Maryse Lapeyre,

Je vous prie de recevoir mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Pour votre aide dans l'élaboration de notre sujet de recherche veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

A Madame le Docteur Julie Dupouy,

Je te remercie d'honorer ce jury et d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Je te remercie également pour ta disponibilité, ton implication, tes précieux conseils et ton expertise qui ont permis de mener à terme ce travail. Je salue la confiance que tu m'as accordée et j'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

A Monsieur le Docteur Jérôme Savignac,

Ayant été mon Maître de stage lors de mon internat, il était légitime que tu sois dans ce jury aujourd'hui. Merci d'avoir accepté d'y participer. Tu m'as permis d'appréhender de la meilleure façon la médecine générale. Je n'aurais pu espérer mieux comme expérience.

A mes amis angevins

Ngugu et Richard, l'externat n'aurait pas été le même sans vous. Grâce à ces moments de golf, d'haxball, de billard. Ces soirées au Kent parfois... et au Gainzbar souvent ! Merci d'avoir partagé mon quotidien pendant toutes ces années, je n'aurais pu rêver meilleure compagnie. Même si la distance est grande aujourd'hui vous restez proche. Jas.

Yasmin, Adeline, on s'est accompagnés tous les jours du début de nos études à la...fin ? Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous.

Papi, Thomas, Mehdi, vous qui nous avez supportés dans cet univers de médecin, merci pour les moments partagés avec vous.

A tous les autres copains et la bande des pharmaciens.

A mes co-internes de Midi-Pyrénées

Marine, Margaux, Laurine, Elodie, quel premier semestre ! Merci saint-gigi.

Sarah, Tibor, Arnaud : la coloc parfaite du T6. Merci, sans vous les urgences n'auraient pas eu le même goût.

Auch épisode 1 : merci à Louis, Garance, Gabrielle, David et Guillaume pour cette belle coloc. Je vous assure, je travaille parfois !

Auch épisode 2 : merci à Alice, Jade, Sarah, à nos belles tenues de pompiers et vive l'AMAP.

Merci à l'équipe médicale et paramédicale de m'avoir permis de vivre mon stage de CHU un peu mieux.

Merci à Jérôme et Patrice pour mon stage de SASPAS qui m'a beaucoup apporté !

Aux amitiés nouées pendant mon internat

La coloc de l'amour, pour tous les moments vécus avec vous et le soutien sans faille que vous m'avez apporté au cours des années. Ne changez rien vous êtes parfaits. Marine tu as souvent eu les mots justes et Tibor les mots pour rire.

Margaux, ta rencontre au premier jour de l'internat a tout changé, nous deux qui débarquions du nord sans savoir ce qui nous attendait. Pour tous ces moments partagés et ceux à venir, ces soirées, cette amitié, je te remercie. On ne pourra pas dire qu'on n'en a pas profité.

Alice, Jade, merci de m'avoir accompagné au cours de cet internat. Je ne me lasse pas de nos échanges, votre sourire et votre joie de vivre.

Laurine, toujours des bons moments passés en ta compagnie, tu as su rester disponible malgré tes obligations.

Louis, merci à toi qui m'as été d'un grand soutien dans l'écriture de cette thèse entre deux parties !

Merci à Quentin, Elodie et toutes les autres personnes que j'ai rencontrées et qui m'ont épaulé.

A tous mes collègues et amis de Bellevue, qui me font vivre le travail de façon plus légère.

A ma famille,

A mes parents, merci d'avoir cru en moi, même dans les moments difficiles. Merci pour votre soutien et votre bienveillance surtout lors de la première année. Malgré la distance aujourd'hui les liens restent les mêmes.

A Pauline, ma sœur,

Je te remercie pour ton soutien, toi qui es certainement celle qui me comprend le mieux. Qui aurait cru qu'on serait tous les deux docteurs ?! (Pas moi). J'ai une grande chance de t'avoir, toi qui restes à mes côtés, vaillante et disponible.

A tous les autres membres de ma famille que je n'oublie pas.

A Sarah,

Mon amie, ma confidente, ma conscience, ma complice parfois. A nos envies différentes et nos objectifs communs. Merci d'essayer de me rendre moins obtus et de me pousser à donner le meilleur de moi-même. Je t'aime.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations | 8 |
| Liste des figures et des tableaux..... | 9 |
| I) Contexte | 10 |
| A) Définitions | 10 |
| 1) Douleur chronique | 10 |
| 2) Parcours de soin du patient douloureux chronique..... | 10 |
| 3) Médicaments antalgiques opioïdes | 11 |
| 4) Système opioïde et dépendance | 11 |
| 5) Complications addictologiques..... | 12 |
| B) Données épidémiologiques..... | 13 |
| 1) Aux Etats-Unis | 13 |
| 2) En Europe | 14 |
| 3) En France..... | 14 |
| C) Recommandations et dispositifs disponibles..... | 15 |
| 1) Recommandations | 15 |
| 2) Particularité de la situation en France..... | 16 |
| 3) Le plan santé..... | 16 |
| 4) En pratique pour les patients et la population générale | 16 |
| 5) Pour les professionnels de santé | 17 |
| D) Connaissances et représentations sur les risques de dépendance par les différents | |

| | |
|--|----|
| acteurs impliqués | 17 |
| 1) Les représentations chez les médecins et le personnel paramédical | 17 |
| 2) Les représentations dans la population générale | 18 |
| 3) Les représentations chez les patients | 19 |
| 4) Question de recherche | 20 |
| II) Matériels et méthodes..... | 22 |
| A) Objectif..... | 22 |
| B) Population étudiée | 22 |
| C) Critères d'inclusion..... | 22 |
| D) Critères de non-inclusion..... | 22 |
| E) Type d'étude | 22 |
| F) Contenu du questionnaire..... | 23 |
| G) Méthode de recueil des données | 24 |
| H) Saisie et analyse des données | 25 |
| III) Résultats | 26 |
| A) Inclusion | 26 |
| B) Description de la population..... | 26 |
| 1) Critères épidémiologiques | 26 |
| 2) Prise en charge de la douleur | 28 |
| C) Connaissances des patients..... | 29 |
| 1) Critère de jugement principal | 29 |
| 2) Les sources d'information | 29 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3) | Chez les patients en cours de traitement..... | 30 |
| a- | Information initiale | 30 |
| b- | Mésusage..... | 30 |
| c- | Variables associées à la connaissance du risque d'addiction | 31 |
| IV) | Discussion | 32 |
| A) | Principaux résultats de l'étude..... | 32 |
| B) | Limites de l'étude | 33 |
| C) | Forces de l'étude..... | 34 |
| D) | Perspectives d'avenir | 35 |
| 1) | Renforcer la coordination des soins et l'éducation des patients | 35 |
| a- | Renforcer l'éducation thérapeutique des patients | 35 |
| b- | Limites de la coordination des soins ville-hôpital | 35 |
| c- | Revaloriser le rôle du pharmacien | 36 |
| 2) | Améliorer la formation des professionnels de santé..... | 36 |
| 3) | Enjeux pour le futur | 37 |
| a- | Développer la communication | 37 |
| b- | Maintenir une pharmaco vigilance..... | 37 |
| V) | Conclusion..... | 39 |
| | Bibliographie..... | 40 |
| | Annexes..... | 45 |

Liste des abréviations

AMA : American Médical Association

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

ATC : Anatomical Therapeutic Chemical

CETD : Centre Régional d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLUD : Comités de Lutte contre la Douleur

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DCC : Douleurs Chroniques Cancéreuses

DCNC : Douleurs Chroniques Non Cancéreuses

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ETP : Programme d'Education Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OFMA : Observatoire Français des Médicaments Antalgiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POMI : Prescription Opioid Misuse Index

SDC : Structure de Douleur Chronique

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

SFMG : Société Française de Médecine Générale

UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique

Liste des figures et des tableaux

Figures :

Figure 1 : taux de mortalité annuelle aux Etats-Unis par type d'opioïdes

Figure 2 : consommation des principaux opioïdes en France selon l'ANSM

Figure 3 : flow-chart

Figure 4 : catégories socio-professionnelles

Figure 5 : étiologie de la douleur

Figure 6 : sources d'informations des patients

Tableaux :

Tableau 1 : Prise en charge de la douleur

Tableau 2 : Information des patients en cours de traitement

Tableau 3 : Connaissance des risques en fonction de l'information initiale et du mésusage

I) Contexte

A) Définitions

1) Douleur chronique

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (1). Une douleur est définie comme étant chronique lorsqu'elle est persistante ou récurrente et qu'elle évolue depuis plus de trois à six mois selon les études. Trois types de douleur chronique sont à distinguer en fonction des mécanismes à l'origine de cette dernière : la douleur par excès de nociception, la douleur neuropathique, la douleur dysfonctionnelle.

Depuis une dizaine d'années la conception de la douleur chronique a évolué pour aboutir à la notion de « syndrome douloureux chronique ». L'American Medical Association (AMA) le définit en 2008 comme « une douleur persistante ou récurrente, durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale ou est associée à un processus pathologique intermittent ou chronique. Cette douleur répond mal au traitement médical et/ou invasif approprié et elle est accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel » (2). En mai 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté une nouvelle édition de la Classification Internationale des Maladies, la CIM-11, qui entrera en vigueur en 2022. Cette nouvelle classification proposera deux catégories pour la douleur chronique : les douleurs primaires (considérées comme une maladie en soi) et les douleurs secondaires (symptôme d'une maladie sous-jacente).

2) Parcours de soin du patient douloureux chronique

Les établissements de santé ont mis en place des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) ayant pour mission d'aider à la mise en place d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur. A l'échelle de l'Occitanie, des réseaux inter-CLUD se sont créés afin d'harmoniser les pratiques professionnelles au sein de la région. Cependant, les CLUD n'ont pas pour mission de prendre en charge la douleur en premier recours. L'identification et l'évaluation de la douleur chronique doit se faire en soins premiers par le médecin généraliste. Après ce bilan initial, le patient peut être orienté vers une structure spécialisée si sa situation clinique le nécessite. Ces Structures de Douleur Chronique (SDC), comme le Centre

Régional d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), permettent une prise en charge pluridisciplinaire (intervention d'algologues, d'anesthésistes, d'addictologues, de psychologues, etc.). Les indications d'orientation en SDC d'après la HAS en 2008 sont les suivantes (2) :

- un avis diagnostique complémentaire ;
- un avis thérapeutique complémentaire ;
- une mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient facilitée par la structure spécialisée de la douleur chronique.

Après l'évaluation par la structure spécialisée, le patient est soit réadressé vers son médecin traitant, soit suivi dans la structure (situation ou traitements difficiles, etc.), soit orienté vers une autre structure plus adaptée à sa situation clinique. Il y a 273 SDC en France dont 30 en Occitanie (3). La prise en charge de la douleur allie des mesures non médicamenteuses associées à une prescription d'antalgiques.

3) Médicaments antalgiques opioïdes

Depuis une vingtaine d'années, la prescription des antalgiques à base d'opioïdes, réservée auparavant au traitement des douleurs chroniques cancéreuses (DCC), a augmenté et s'est étendue au traitement des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) (4). Nous appelons opioïde toute substance ayant une affinité pour les récepteurs opioïdes. Les opiacés sont des opioïdes naturels comme la morphine et la codéine. La plupart des autres opioïdes exogènes sont des opioïdes de synthèse. Les médicaments opioïdes utilisés comme antalgique font partie des paliers II (opioïdes faibles) et III (opioïdes forts) de la classification des antalgiques par l'OMS (5). Ils rentrent également dans la classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) N02A des médicaments psychotropes et stupéfiants ayant un potentiel de mésusage, d'abus ou de pharmacodépendance.

4) Système opioïde et dépendance

Les médicaments opioïdes exercent leurs effets analgésiques principalement en se liant aux récepteurs mu-opioïdes. Ces récepteurs sont fortement concentrés dans les régions du cerveau qui régulent la perception de la douleur (thalamus, cortex cingulaire, insula) et les réponses émotionnelles induites par la douleur (amygdale). Ils sont présents également dans les régions de récompense du cerveau (région de l'aire tegmentale ventrale et noyau accumbens) qui sous-

tendent la perception du plaisir et du bien-être. Ce qui explique que les médicaments opioïdes peuvent produire à la fois une analgésie et une euphorie (6) (Annexe 1).

Les opioïdes exogènes (comme la morphine) vont se fixer sur les mêmes récepteurs que les opioïdes endogènes et mimer leur action. L'administration répétée d'opioïdes conduit à l'apparition d'une dépendance physique, caractérisée par une tolérance et un syndrome de sevrage à l'arrêt (7).

5) Complications addictologiques

L'usage prolongé de ces médicaments opioïdes dans le traitement de la douleur peut aboutir à plusieurs types de complications addictologiques, désignées sous les termes de « mésusage », « abus », « addiction » et « dépendance » (8).

Le mésusage est une utilisation non-conforme aux recommandations de bon usage d'un médicament selon l'OMS.

L'abus est défini par le Code de la Santé Publique comme « une utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs substances psychoactives ayant des conséquences préjudiciables à la santé physique ou mentale » (9).

L'OMS définit **l'addiction** comme "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements". L'installation d'une addiction implique au moins trois mécanismes :

- une augmentation de la motivation à consommer la drogue (recherche de plaisir),
- un état émotionnel négatif (recherche d'un soulagement),
- une diminution de la capacité à se contrôler (perte de contrôle de la consommation).

La dépendance était définie comme « la tolérance ou le sentiment de manque que le patient éprouve quand il n'a plus accès au produit » par les versions III et IV du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), respectivement en 1987 et 1994. Depuis, de nombreuses disciplines se sont intéressées à la dépendance aux médicaments sans qu'apparaisse réellement une définition consensuelle (10). Le DSM-5, paru en 2013, combine maintenant les diagnostics d'abus, de dépendance et d'addiction en un seul diagnostic de « trouble d'utilisation de substance » (11) (Annexe 2). La CIM 10 quant à elle définit en 2008 deux diagnostics (12) : l'utilisation nocive pour la santé et la dépendance (que l'on peut rapprocher du trouble d'utilisation de substance). Les critères de la dépendance (CIM 10) et du trouble de l'usage (DSM-5)

sont quasiment superposables. Ainsi, l'addiction à un médicament antalgique sous-entend un mésusage, l'inverse n'étant pas toujours vrai.

La dépendance physique, également appelée dépendance pharmacologique ne relève pas d'un diagnostic d'addiction au sens de trouble de l'usage (11), c'est une adaptation de l'organisme à une consommation prolongée. A l'inverse, la dépendance psychique ou syndrome de dépendance est caractérisée par la perte de contrôle de l'usage d'un produit (13). Les bases neurophysiologiques de ces deux mécanismes sont différentes (14).

B) Données épidémiologiques

1) Aux Etats-Unis

Le rapport de Portenoy en 1986 (15) a conclu à l'efficacité des opioïdes dans les DCNC et à l'apparente innocuité de ces antalgiques. L'augmentation considérable de la prescription de ces médicaments qui a suivi est en lien avec l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la DCNC et un marketing agressif des firmes pharmaceutiques (16). Plusieurs publications aux Etats-Unis ont ensuite fait état du risque d'addiction et de mésusage des opioïdes. Les premiers signes de cette dérive ont été identifiés à partir de 1997 (17). Les systèmes de pharmacovigilance ont mis en avant en 2005 une augmentation de la consommation de l'ensemble des opioïdes, avec en chef de file l'oxycontin et l'hydrocodone (18). Cette publication signalait déjà que des mesures devaient être prises pour réduire l'abus de ces médicaments. En 2010, 75 % de tous les décès par overdose de médicaments impliquaient ces médicaments. En effet, les opioïdes sur prescription médicale étaient impliqués dans 16 651 décès, soit quatre fois plus qu'en 1999 et dix fois plus qu'en 1990 (19). Ces chiffres continuent d'augmenter (cf. figure 1). En 2017, le centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) notait même une diminution de l'espérance de vie aux Etats-Unis en lien principalement avec les overdoses (20).

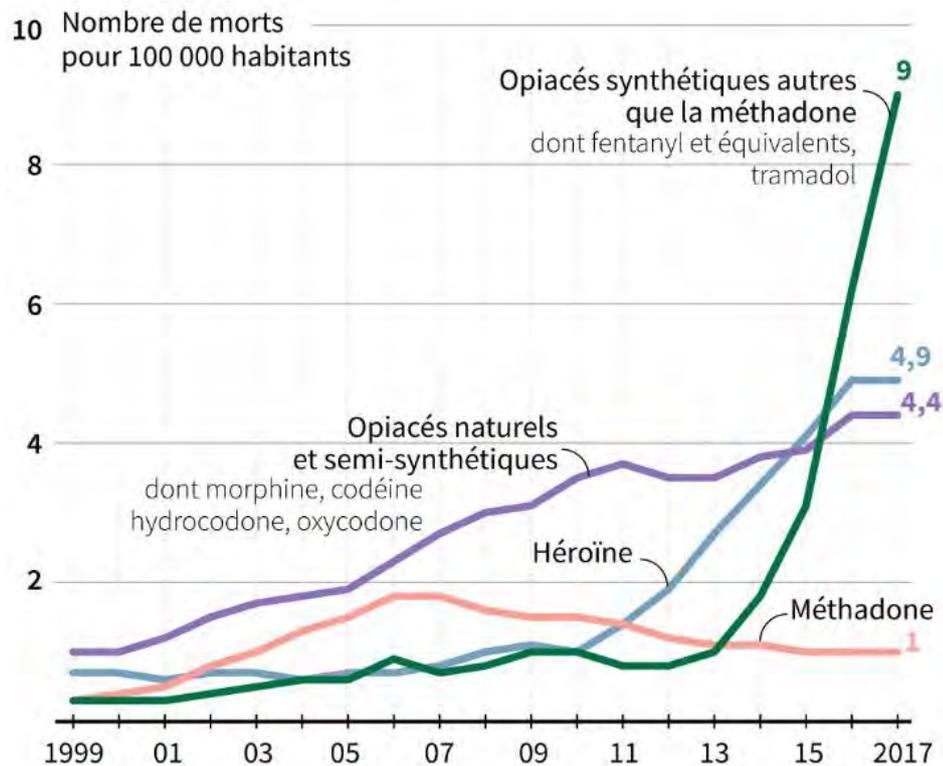


Figure 1 : taux de mortalité annuelle aux Etats-Unis par type d'opioïdes

Source : CDC National Center for Health Statistics

2) En Europe

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2011 sur 45 articles concernant l'épidémiologie de la DCNC (21), estimait la prévalence de la DCNC à 19% dans la population Européenne sur une période d'un mois.

Les patients douloureux chroniques représentent une population particulièrement exposée aux risques d'usage détourné des médicaments opioïdes depuis que l'usage de ces médicaments s'est étendu (22). Plusieurs études de cohortes ont été menées sur des populations de patients consommateurs d'opioïdes et rapportent un taux d'addiction variable, de 0% (23) à 2,8% (24-26) et un taux de mésusage variable allant de 0 % à plus de 50 % selon les études (16,27,28). Dans ces études, l'hétérogénéité des échantillons et des critères diagnostiques peuvent expliquer ces écarts.

3) En France

La crise nord-américaine a poussé à la vigilance en France, où il existe également une augmentation de la fréquence de la consommation d'opioïdes, sans commune mesure pour autant, associée à un risque accru de complication (29).

Entre 2004 et 2015, la prévalence de l'usage des antalgiques opioïdes faibles a diminué de 12 %, alors que celle des antalgiques opioïdes forts a augmenté de 120 % (30). Depuis le retrait en France et en Europe du dextropropoxyphène en mars 2011, le schéma de consommation d'opioïdes en Europe se caractérise aujourd'hui par une augmentation de l'utilisation du fentanyl, de l'oxycodone et du tramadol (31). En 2017, 17,3% des Français, soit environ 12 millions de personnes, ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques opioïdes (32).

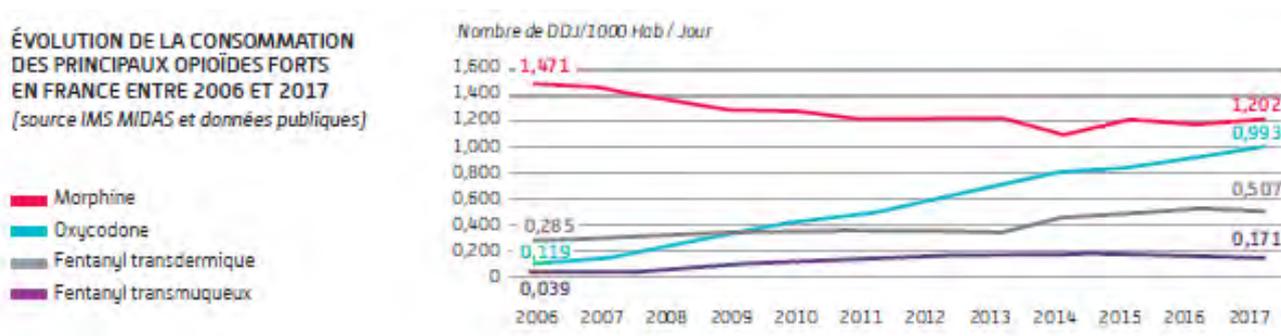


Figure 2 : consommation des principaux opioïdes en France selon l'ANSM

C) Recommandations et dispositifs disponibles

1) Recommandations

Le National Opioid Use Guideline Group au Canada a édité des recommandations de bon usage de ces médicaments. Elles sont parues en 2011 puis ont été revues en 2017 (33). L'objectif était de fournir aux patients et aux médecins une information sur les indications des traitements opioïdes et les conditions d'initiation optimales afin de prévenir les effets secondaires courants et de détailler la prise en charge en cas d'apparition d'une dépendance à ces médicaments.

En France, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) a émis, en 2016, des recommandations ayant pour but d'améliorer l'efficacité et la sécurité de la prise en charge de nos patients avec une prescription responsable (34).

Aux États-Unis les recommandations de bonnes pratiques reposent sur le texte du CDC (35) paru en 2016.

2) Particularité de la situation en France

Actuellement, la situation française est moins problématique que celle des Etats-Unis pour plusieurs raisons. D'une part la restriction de l'accès aux opioïdes forts avec des règles de prescription et de délivrance : ordonnance sécurisée, traçabilité par les pharmaciens, prescription limitée dans le temps à 28 jours. D'autre part l'autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine, sans restriction d'accès, et de la méthadone depuis 1996 et 1995 respectivement, ont permis un accès à la prise en charge de l'addiction aux opioïdes.

3) Le plan santé

La douleur chronique est un problème de santé publique considérable en France du fait de son retentissement physique, psychique et social et a été l'objet de plusieurs plans santé depuis 20 ans (36). Dans le cadre du dernier plan, 4 priorités ont été définies (37) :

- la structuration de la filière de soins,
- l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants, des polyhandicapés, des personnes âgées et en fin de vie,
- la formation initiale et continue des professionnels de santé,
- une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.

Un nouveau plan santé devrait voir le jour en France en 2022.

4) En pratique pour les patients et la population générale

Le réseau inter-CLUD et les SDC ont mis en place, depuis plus d'un an, des ateliers d'éducation thérapeutique coordonnés par l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEP) conçus par un groupe de travail mixte, composé de médecins, infirmiers, ergothérapeutes et psychologues. Certains ateliers permettent aux patients « d'accompagner la douleur » (Kit-KAD), d'autres proposent de façon spécifique un guide pour « aider à gérer la douleur par traitement morphinique ». L'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) a mis en place, en 2018, un document d'information destiné aux patients, intitulé « je prends des médicaments antidouleurs à bon escient » (38). Ces mesures contribuent à l'information et à l'éducation des patients, afin de permettre une meilleure utilisation des traitements antalgiques et notamment des opioïdes.

La majeure partie de la communication grand public réalisée autour de ces médicaments se fait par le biais des médias : internet, journaux, reportages de télévision. Les informations issues de ces sources sont inégales et représentent parfois plus une source d'inquiétude et de peur qu'un moyen d'information objectif (39).

5) Pour les professionnels de santé

La formation initiale constitue la principale source de formation des professionnels de santé. Il existe également une formation continue et certains diplômes inter-universitaires dans le domaine.

Lors de la journée d'échange partenarial de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) du 11 mai 2017 (32), la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé sur la prescription et la délivrance des antalgiques opioïdes a été soulignée. Les Agences Régionales de Santé (ARS), les CLUD et inter-CLUD peuvent permettre de relayer les recommandations des sociétés savantes. Idéalement, il faudrait permettre d'accéder aux recommandations via les logiciels d'aide à la prescription et mettre en place des interfaces mutualisées avec les médecins généralistes, les structures de douleur chronique ou encore les médecins addictologues.

D) Connaissances et représentations sur les risques de dépendance par les différents acteurs impliqués

1) Les représentations chez les médecins et le personnel paramédical

Les représentations et les freins des médecins généralistes à la prescription des opioïdes forts ont déjà été étudiés chez les médecins généralistes (MG), notamment dans des travaux de thèse (40,41). Ces travaux montraient que 15% des MG interrogés évoquaient spontanément la dépendance aux opioïdes comme risque d'effet secondaire. Pour aller plus loin, dans une étude de 2014 interrogeant les MG (42), les médecins estimaient que 15 % des patients souffrant de DCNC étaient à risque de développer une dépendance contre 10 % des patients souffrant de DCC. Dans une revue de littérature, l'avis des MG était corroboré par une prévalence de la

dépendance sensiblement plus importante chez les patients souffrant de DCNC par rapport aux DCC (26).

Dans une étude de 2010 menée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (43) à partir d'un questionnaire en ligne, les médecins estimaient que les patients émettaient deux réticences principales concernant la prescription d'antalgiques opioïdes forts : la peur des effets secondaires dans 74% des cas (sommolence, dépression respiratoire, nausées ...) et les représentations socio-culturelles dans 70% des cas (patient drogué, gravité de la maladie, irréversibilité, fin de vie, soins palliatifs...). Les MG avaient également peur des effets secondaires et l'évoquaient dans 69% des cas, constituant un frein important. Les freins à la prescription d'opioïdes les plus fréquemment évoqués étaient le manque de formation et le fait de ne pas se sentir à l'aise avec cette prescription. D'ailleurs, d'après une autre étude, 74% des MG estimaient avoir manqué de formation médicale pendant leurs études dans ce domaine (44).

Il existe aussi des données concernant les paramédicaux et en particulier les infirmiers (45,46), souvent centraux dans la prise en charge des patients douloureux. Cette population semblait, d'après ces travaux, émettre des réserves quant à la prescription et la délivrance des opioïdes forts.

Nous remarquons ainsi que les corps médical et paramédical font preuve de prudence par rapport à ces antalgiques, parfois par manque de connaissance concernant les bonnes conditions de prescription et recommandations (47), parfois par peur des effets indésirables et notamment de dépendance qui semble influencer la décision thérapeutique des praticiens.

2) Les représentations dans la population générale

L'opium est utilisé depuis des millénaires par de nombreuses civilisations comme les Grecs, les Romains, les Sumériens entre autres. Les représentations de la morphine au sein de la société actuelle ont été façonnées par ce contexte historique. Par ailleurs, le vécu de chacun influence nettement la représentation des antalgiques opioïdes dans l'imaginaire collectif. Le partage des expériences des uns crée des représentations chez les autres. La plupart des articles issus de revues « grand public » font le lien direct entre la morphine et les notions de dépendance et de drogue. Les représentations sociales sont un « savoir de sens commun » (48) par opposition au savoir scientifique ; elles déforment la réalité scientifique des faits. Les représentations sociales, si elles sont fausses, sont un obstacle à l'utilisation correcte d'un médicament. Au contraire, lorsqu'elles sont justes, elles en facilitent la bonne utilisation.

L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) a mis en place depuis 1999 l'enquête téléphonique EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) dans la population générale (49). Dans cette enquête, en 2013, la morphine arrive en dixième position des drogues les plus couramment citées spontanément (5%). Une étude italienne (50), réalisée entre octobre 2001 et janvier 2002, a analysé les mythes entourant la morphine à l'aide d'entretiens structurés d'un échantillon représentatif de la population générale (382 personnes). Les principaux mythes rapportés par la population autour de l'utilisation des morphiniques étaient : sommeil et étourdissement (78%), maladie très grave (78%), délire (40%) et dépendance (36%). Les principales idées associées à la morphine étaient : drogue (40%), douleur (30%), analgésique (30%) et mort (18%). L'étude évoquée ci-dessus, relativement ancienne, est la seule ayant traité de ce sujet à notre connaissance. En ce sens, un travail de thèse est actuellement en cours pour évaluer la perception du risque de dépendance aux antalgiques opioïdes par la population générale (thèse de Mme Justine Lavergne).

3) Les représentations chez les patients

Concernant les représentations des patients, des travaux existent mais les patients interrogés n'ont pas toujours reçu d'opioïdes forts. Dans les études retrouvées, les patients étaient issus soit de la population générale (50) soit d'une SDC (51) soit de structures de soins palliatifs (52,53) soit de salles d'attentes de consultation de médecine générale (54).

Les études publiées concernant la population générale et les structures de soin sont anciennes (parues en 2002). L'étude portant sur la SDC (51) observait que la moitié des patients interrogés associait la morphine aux dangers potentiels de la drogue, à la dépendance et aux abus. Cependant, cet échantillon comptait 60 patients, présentant des DCC et DCNC et seule la moitié consommait des morphiniques.

C. Barres et A. Dupont se sont intéressés dans leurs thèses aux représentations des traitements par opioïdes forts des patients (55) et des infirmiers (56). Leurs résultats sont venus renforcer les propos de l'étude précédente. En effet, ces deux thèses qualitatives constataient que les patients sous opioïdes forts avaient comme représentation immédiate de la morphine : « drogue », « addiction » et « dangerosité ». Un autre travail de thèse notait également la dépendance comme étant la représentation négative la plus citée par des patients issus d'une salle d'attente de médecine générale (environ 60% de patients) (54).

Un étude polonaise de 2018 (53), concernant des patients en soins palliatifs atteints de DCC ou DCNC, remarquait que 43% de patients redoutaient l'introduction d'un traitement par opioïde fort, pour les mêmes raisons que dans l'étude précédente. Une étude turque (57) sur les freins et limites de l'utilisation de la morphine dans les DCC montrait que la moitié des patients ne souhaitait pas prendre de morphine et 36,8 % d'entre eux indiquaient que leur décision était fondée sur la peur de la dépendance.

D'autre part, les représentations véhiculées par les patients pouvaient être également positives. Le « soulagement des douleurs » était cité et présent dans les représentations, comme le montre une autre étude qualitative (54).

Nous retrouvons donc une hétérogénéité dans les représentations véhiculées sur les opioïdes que ce soit chez les professionnels de santé ou les patients. Pour aller plus loin, un travail de thèse a cherché à évaluer la concordance entre le diagnostic de pharmacodépendance réalisé par le médecin et la perception de la dépendance du patient (58). G. Roche a retrouvé dans sa thèse un diagnostic de pharmaco dépendance concordant entre médecin et patient dans 75% des cas.

4) Question de recherche

La prise au long cours d'antalgiques opioïdes dans le traitement des DCNC expose les patients au risque de développer une dépendance, un mésusage du médicament ou encore une perte de contrôle de la consommation. Comme nous l'avons vu dans les études publiées, les taux de prévalence du mésusage et de l'addiction sont très variables, les échantillons et les critères diagnostiques hétérogènes. A notre connaissance, seulement deux études se sont intéressées aux représentations des patients suivis en SDC concernant les opioïdes. La première étude (51), qualitative, est ancienne et l'échantillon est petit. La deuxième (58) interrogeait directement les patients : à la question « Ce(s) médicament(s) peuvent parfois générer des problèmes de dépendance au médicament, avez-vous eu ce type d'effet indésirable ? », 25% des patients répondaient « oui ».

Par ailleurs, de nombreux Programmes d'Education Thérapeutique (ETP) se développent et font preuve d'une efficacité dans l'amélioration des connaissances des patients notamment dans la prise en charge de la douleur chronique (Kit-KAD dans les CHU) mais également dans d'autres pathologies. En effet, une synthèse de 9 méta-analyses réalisée par une équipe suisse (59) sur une dizaine de maladies (asthme, diabète, HTA, obésité, etc.) a montré que dans

58% des cas il y avait amélioration significative des connaissances des patients et de leur prise en charge grâce à l'ETP (diminution du temps d'hospitalisation, diminution de la prescription médicamenteuse). Un autre travail intéressant concernant l'ETP (60), sous forme de revue de littérature, a montré que les connaissances des patients présentant des lombalgies chroniques étaient améliorées. Ils ont, en plus, observé une diminution du retentissement de la douleur et du handicap chez ces patients.

Poursuivre le travail d'amélioration de ces ETP paraît donc nécessaire. En ce sens, réaliser un état des lieux des connaissances des patients sur les risques addictifs liés aux opioïdes pourrait nous permettre de savoir quelles informations nécessitent d'être renforcées dans ces programmes.

Nous avons donc choisi d'étudier les connaissances des patients suivis en SDC concernant les opioïdes et leurs complications addictologiques que sont la dépendance (psychique et/ou physique) et le mésusage.

II) Matériels et méthodes

A) Objectif

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances des patients douloureux chroniques suivis en SDC concernant les médicaments antalgiques opioïdes.

Les objectifs secondaires étaient :

- évaluer les connaissances des patients douloureux chroniques suivis en SDC en cours de traitement par antalgiques opioïdes,

- évaluer le taux de mésusage au sein de cette population,

- évaluer une association entre le mésusage de médicaments antalgiques opioïdes et le degré d'information chez ces patients.

B) Population étudiée

Il s'agissait de patients douloureux chroniques suivis dans les structures de douleur chronique (SDC) de Midi-Pyrénées.

C) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être majeur, avoir une douleur chronique non cancéreuse de plus de trois mois et être suivi dans une SDC.

D) Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient les suivants : être mineur, être dans l'incapacité intellectuelle de répondre au questionnaire ou mal comprendre le français, refuser de participer, présenter une DCC ou consulter dans une SDC pour la première fois.

E) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude multicentrique descriptive, observationnelle et transversale. Le recueil des données a été effectué au moyen d'un questionnaire auto-administré. Une notice d'information concernant l'étude était à la disposition des patients (Annexe 3). Notre questionnaire comprenait des variables qualitatives et des variables quantitatives. L'analyse de ces variables a été menée avec des tests quantitatifs.

F) Contenu du questionnaire

Le questionnaire comportait cinq parties et se composait de vingt et une questions (Annexe 4). Les propositions de réponses étaient à choix multiples ou dichotomiques (oui ou non). Pour plus de clarté pour les patients, nous y avons vulgarisé les termes médicaux de dépendance physique et psychique.

La première partie du questionnaire portait sur la situation sociodémographique du patient (questions 1 à 3), le siège de la douleur (questions 4, choix multiple) et l'ancienneté de la douleur et du suivi (questions 5 et 6). Dans la question 7, le patient pouvait lister les traitements antalgiques opioïdes qu'il avait déjà reçus.

La deuxième partie du questionnaire (questions 8 et 9) portait sur la connaissance du patient concernant le risque de dépendance aux antalgiques opioïdes. Ces questions étaient fermées : « Pensez-vous qu'il existe un risque de dépendance physique à ces antidouleurs ? » ; « Pensez-vous qu'il existe un risque de dépendance psychique à ces antidouleurs ? ». Nous y avons défini la dépendance physique comme un besoin d'augmenter les doses, une apparition de symptômes de sevrage à l'arrêt du médicament ; la dépendance psychique comme une consommation incontrôlée de ces médicaments. Cela nous a permis de définir notre critère de jugement principal. Nous avons considéré que le patient avait une connaissance des risques de dépendance s'il avait correctement répondu aux 2 questions.

La troisième partie portait sur les sources d'informations (questions 10 et 11).

Les quatrième et cinquième parties concernaient uniquement les patients qui avaient un ou plusieurs traitements par médicaments opioïdes en cours au moment de l'étude. La quatrième partie interrogeait les patients sur l'information reçue à l'initiation du traitement (questions 11 et 12), la réévaluation précoce de la balance bénéfice/risque à un mois du début du traitement (question 13). La question 14 interrogeait les patients sur leur préoccupation par rapport à ce risque de dépendance. La cinquième et dernière partie (questions 15 à 20) portait sur la recherche d'un éventuel mésusage sous-jacent. Les questions étaient issues de la POMI (Prescription Opioid Misuse Index) (Annexe 5). En effet, ce questionnaire paraît être sensible et spécifique pour identifier les patients qui abusent des médicaments opioïdes (61). Il a été validé dans le mésusage d'oxycodone aux USA mais pas encore en France. Il semble être un outil pertinent pour un dépistage rapide d'un mésusage en cours de traitement (6 questions et de cotation simple). Son format court en fait potentiellement un outil particulièrement adapté à un

usage en soins primaires. Un autre outil de repérage est disponible, proposé par la SFETD, le COMM : le Current Opioid Misuse Measure. Ce questionnaire ne nous a pas semblé adapté à notre étude car la passation est plus longue (10 minutes, 17 items), notre questionnaire comprenant déjà 15 questions.

G) Méthode de recueil des données

Le projet de cette thèse a été présenté aux structures de douleur chronique d'Occitanie le 21/03/19 en télémédecine par le Dr Cantagrel. Les SDC de Midi-Pyrénées ont été contactées par téléphone après la réunion. Les centres qui n'ont pas pu être joints après 3 appels ont été exclus. 12 centres sur 18 ont pu être contactés. Les médecins des centres ayant répondu par téléphone ont ensuite été contactés par mail pour confirmer l'inclusion. Sept centres ont répondu au mail et ont accepté de participer à l'étude : le CETD de Toulouse, la clinique Pasteur, la clinique Croix du sud, le CH de Montauban, le CH de Tarbes, le CH du val d'Ariège et le CH de Rodez.

Le 28/05/19 ces centres ont reçu par mail un rappel de la méthodologie de l'étude et la lettre d'information destinée au patient. L'étude a débuté le 15 juin 2019, l'inclusion des patients a été réalisée jusqu'au 30 septembre 2019. Nous avons effectué une relance des SDC par mail mi-juillet et mi-août 2019. Les médecins avaient comme consigne d'inclure les patients éligibles de manière prospective. Lorsque les patients venaient à leur consultation, les secrétaires distribuaient les questionnaires à l'admission. L'ensemble du questionnaire était auto-administré par le patient. Le patient était informé du caractère anonyme et confidentiel du recueil de données par la lettre d'information ; il y était également rappelé que le patient pouvait s'opposer à l'étude. L'en-tête du questionnaire stipulait que cette recherche était effectuée dans le cadre d'un travail de thèse.

Nous avons obtenu pour notre étude l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) Ouest 3 (numéro d'enregistrement : 2019-A00885-52) (Annexe 6) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (Demande d'autorisation n°919214, Décision DR-2019-223) (Annexe 7).

H) Saisie et analyse des données

Le questionnaire a été conçu puis imprimé au format papier. Les questionnaires ont été analysés et les données recueillies ont été rassemblées dans un fichier Excel unique afin d'en faciliter le traitement et l'analyse.

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse descriptive des variables. Les variables catégorielles ont été décrites en pourcentage et effectif ; c'est le cas des données sociodémographiques par exemple. Les variables continues étaient décrites en moyenne et écart-type si normales. Elles étaient également exprimées en médiane et écart inter quartile lorsqu'il y avait des valeurs aberrantes ; c'est le cas par exemple de l'ancienneté de la douleur et du suivi en SDC.

Le critère de jugement principal était défini comme la connaissance du risque d'addiction aux médicaments antalgiques opioïdes, variable binaire oui/non. Il fallait avoir répondu correctement aux deux questions pour être classé comme ayant une connaissance des risques.

Une analyse des variables qualitatives a été réalisée par un test du Chi2 pour évaluer l'association des variables explicatives avec le critère de jugement principal.

Nous avons réalisé une régression linéaire pour calculer le coefficient de corrélation entre la « connaissance du risque d'addiction » et l'information reçue par le médecin (oui/non). Nous avons également calculé le coefficient de corrélation entre la « connaissance du risque d'addiction » et mésusage. Le seuil de significativité était défini à $p = 0,05$.

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel RStudio.

III) Résultats

A) Inclusion

Au total, 111 patients ont répondu au questionnaire et 108 patients ont été inclus. Parmi eux, 83 avaient été traités par opioïdes durant le dernier mois.

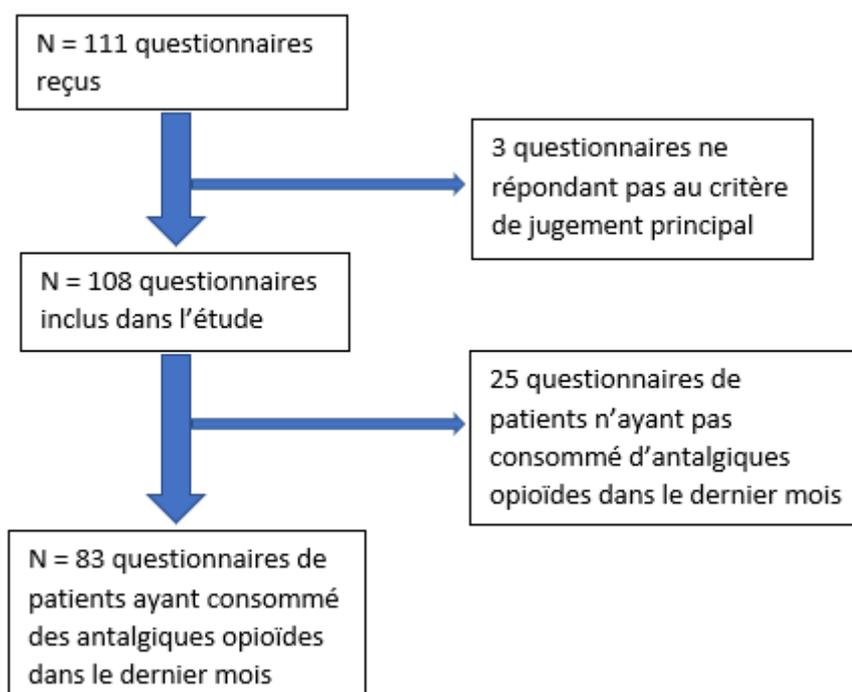


Figure 3 : flow-chart

B) Description de la population

1) Critères épidémiologiques

La population de l'étude était composée en majorité de femmes (76 %, n=82), la moyenne d'âge était de 52,5 ans, avec un écart type de 13,3. La médiane était à 52,0, le premier quartile à 44,0, le troisième quartile à 59,3.

Concernant la catégorie socio-professionnelle des patients interrogés, les sans-emploi et les employés étaient les plus représentés (respectivement 31,5% et 21,3%). A l'inverse, les étudiants étaient 0,9% et il n'y avait pas d'artisans.

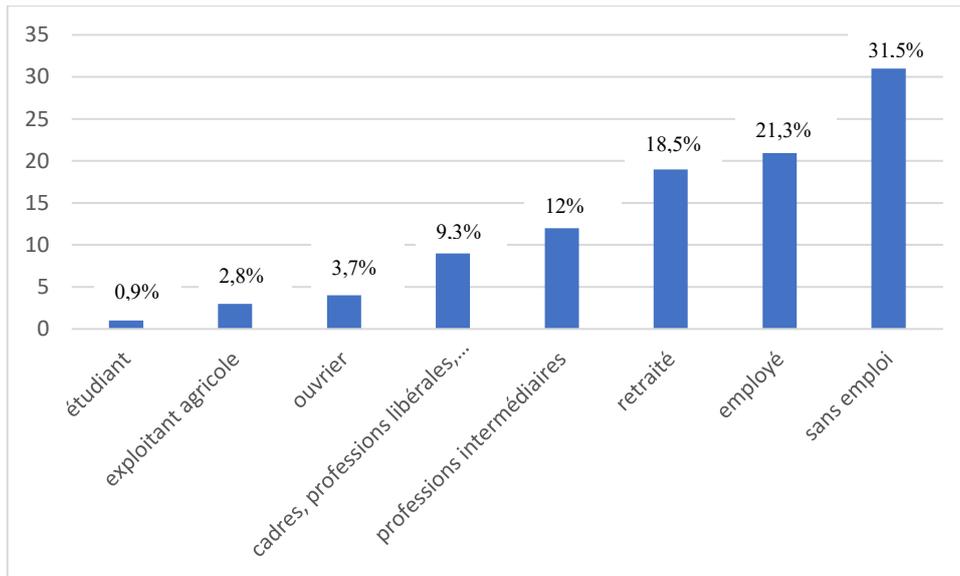


Figure 4 : catégorie socio-professionnelle

Les patients étaient suivis pour différents types de maladie entraînant leurs douleurs, cf.

Figure 5.

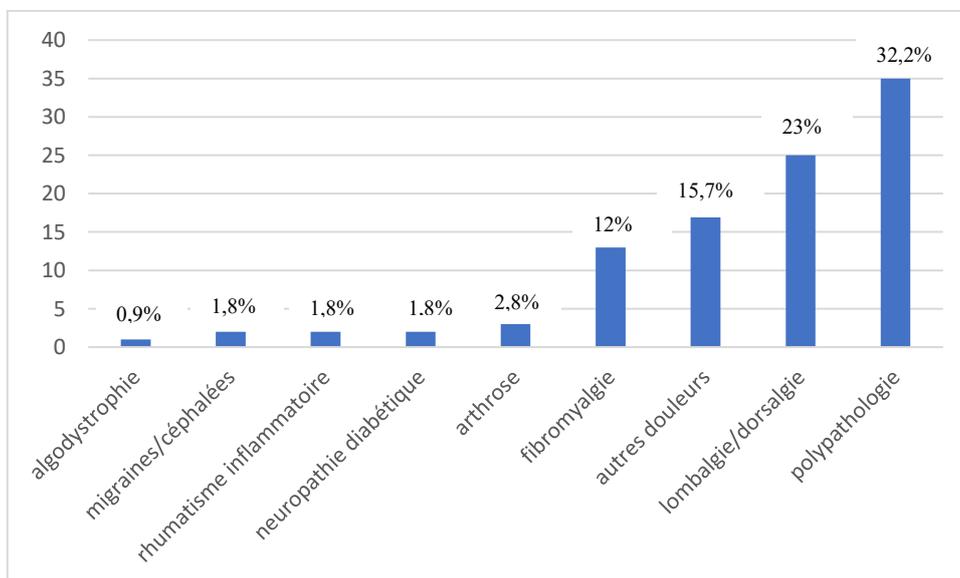


Figure 5 : étiologie de la douleur

Parmi les 17% (n=21) de personnes ayant répondu « autre douleur », 6 patients n'avaient pas apporté de précision, 3 avaient une névralgie cervico brachiale, 3 une neuropathie non liée au diabète, 2 une endométriose, 2 des douleurs vésicales, 1 une douleur post-opératoire, 1 une épicondylite, 1 un syndrome de Gougerot-Sjögren, 1 un syndrome d'Ehlers-Danlos et 1 une polymyosite. Nous avons trouvé 35% (n=38) de patients qui présentaient des douleurs plurifactorielles. Parmi eux, 76% (n=29) présentaient des lombalgies, 51% (n=19) de l'arthrose, 43% (n=16) étaient atteints de fibromyalgie, 37% (n=14) de rhumatismes inflammatoires.

2) Prise en charge de la douleur

L'ancienneté de la douleur motivant le suivi en SDC et le type de traitements opioïdes déjà testés étaient variés, cf. tableau 1.

Tableau 1 : Prise en charge de la douleur

| Ancienneté de la douleur (années) (n=105) | | |
|---|-----------|-------------|
| Moyenne (écart-type) | 9,4 (9,0) | |
| Médiane | 6,0 | |
| Min-Max | 0,5-40 | |
| Ancienneté de prise en charge en SDC (années) (n=103) | | |
| Moyenne (écart-type) | 3,1 (3,2) | |
| Médiane | 2,0 | |
| Min-Max | 0,5-19 | |
| Antalgiques opioïdes utilisés | n | Pourcentage |
| Codéine | 63 | 58,3% |
| Tramadol | 53 | 49% |
| Poudre d'opium | 31 | 28,7% |
| Morphine | 39 | 36,1% |
| Oxycodone | 26 | 24% |
| Fentanyl | 5 | 4,6% |
| Au moins 2 opioïdes | 58 | 53,7% |
| Au moins 3 opioïdes | 35 | 32,4% |
| Au moins 4 opioïdes | 15 | 13,8% |

C) Connaissances des patients

1) Critère de jugement principal

Pour rappel, notre critère de jugement principal était la connaissance du patient concernant les risques de dépendance physique et psychique. Il fallait avoir répondu correctement aux deux questions pour être classé comme ayant une connaissance des risques. Plus de la moitié des patients (57,4%) ont répondu « oui » aux deux questions portant sur la dépendance. Les patients polypathologiques étaient les plus conscients des risques (64%). La dépendance physique était connue dans 76.9% des cas, la dépendance psychique était connue dans 61.1% des cas.

2) Les sources d'information

La question 11 portait sur la/les source(s) par lesquelles ces patients avaient été informés de ces risques. Nous remarquons une diversité et une multiplicité dans les sources d'informations utilisées parmi les 94 patients ayant répondu à cette question, cf. figure 6.

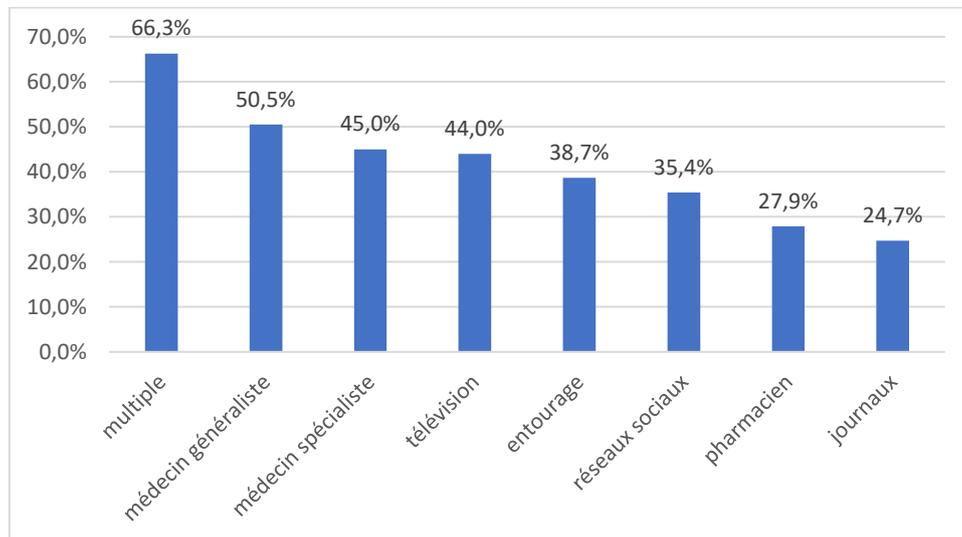


Figure 6 : sources d'informations des patients

3) Chez les patients en cours de traitement

a- Information initiale

La majorité des patients (67,4%, n=58) avait été réévaluée à un mois de l'introduction du traitement antalgique opioïde afin de dépister le mésusage et la dépendance. Les patients en cours de traitement par antalgique opioïde (n=88) avaient comme principale source d'informations sur les risques addictifs le médecin (56,8%, n=50), cf. tableau 2.

Tableau 2 : Information des patients en cours de traitement par opioïdes

| Ancienneté du traitement par opioïde en année (n=88) | | |
|---|-----------|-------------|
| Moyenne (écart-type) | 5,8 (6,6) | |
| Médiane | 3,0 | |
| Min-Max | 0,5-30 | |
| Réévaluation à un mois (n=86) | n | Pourcentage |
| Oui | 58 | 67,4% |
| Non | 28 | 32,6% |
| Source d'information sur les risques addictifs (n=88) | n | Pourcentage |
| Non informé | 38 | 43,2% |
| Médecin | 50 | 56,8% |
| Infirmier | 8 | 9% |
| Pharmacien | 15 | 17% |
| Psychologue | 8 | 9% |
| Autre | 4 | 4,5% |

b- Mésusage

Les 6 derniers items du questionnaire correspondaient aux items de la POMI qui définit le mésusage par une réponse affirmative à au moins 2 items sur 6. Nous avons inclus 84 patients, 4 patients ont été exclus car ils n'avaient pas rempli tous les items. Le taux de mésusage ici était de 37% (patient avec un score supérieur ou égal à 2/6). Parmi les patients qui mésusaient (n=31), 77% ont coché le fait d'augmenter la dose d'antalgiques, 70% ont coché le fait d'augmenter la fréquence des prises et 61% le fait de demander un renouvellement plus précoce.

c- Variables associées à la connaissance du risque d'addiction

Nous avons inclus tous les patients ayant répondu aux questions portant sur le mésusage, la connaissance des risques de dépendance et sur l'information reçue en début de traitement (n=83).

Tableau 3 : Connaissance des risques en fonction de l'information initiale et du mésusage

| | | Connaissance des risques | |
|----------------------|------------|--------------------------|------------|
| | | OUI (n=47) | NON (n=36) |
| Information initiale | OUI (n=47) | 26 (55,3%) | 21 (44,7%) |
| | NON (n=36) | 21 (60%) | 15 (40%) |
| Mésusage | OUI (n=30) | 19 (63,4%) | 11 (36,6%) |
| | NON (n=53) | 28 (52,9%) | 25 (47.1%) |

Nous n'avons pas retrouvé d'association entre la connaissance des patients et le fait d'avoir reçu une information sur les risques de dépendance lors de l'introduction du traitement opioïde (p=0,95). Nous n'avons pas retrouvé d'association entre la connaissance des patients et le mésusage (p=0,49).

Le coefficient de corrélation entre l'ancienneté de suivi (variable continue) et le mésusage (variable catégorielle), n'était pas significatif (p=0,48). De même, la connaissance du risque de dépendance n'était pas corrélée à l'ancienneté de suivi en SDC (p=0,38).

Il n'y avait pas non plus de corrélation entre l'âge du patient et sa connaissance des risques de dépendance (p=0,38) ou entre le sexe et la connaissance des risques (p=0,82).

IV) Discussion

A) Principaux résultats de l'étude

La population de notre étude présentait les mêmes caractéristiques socio-démographiques que celles des autres études menées sur les SDC (51,58). En effet, une étude publiée en 2009 par la HAS portant sur 180 SDC retrouvait une population composée de 66% (76% dans notre étude) de femmes âgées en moyenne de 53 ans (62). La surreprésentation des femmes dans ces centres s'explique, en partie, par le fait que la prévalence de la douleur chronique dans la population générale est significativement plus élevée chez les femmes (35 %) que chez les hommes (28,2%)(63).

Dans l'étude STOPNET, menée sur la population générale, les personnes retraitées semblaient être les plus touchées par les DCNC (46,3% contre 18,9% dans notre étude). Dans notre étude, 31% des patients étaient sans emploi ou en invalidité. Ceci peut s'expliquer par le fait que les limitations d'activités professionnelles ou domestiques liées aux douleurs sont importantes.

La population de notre étude est donc représentative de la population des SDC mais pas de la population générale.

Concernant le type d'antalgiques opioïdes consommé par les patients, les recommandations actuelles de la SFETD ne privilégient pas un médicament par rapport à un autre, mais elles recommandent fortement de ne pas utiliser les formes de fentanyl transmuqueux dans la prise en charge des DCNC du fait de l'augmentation importante de mésusage de ses spécialités. Dans notre étude, les prescriptions médicales étaient en accord avec ces recommandations car seulement 4,6% des patients avaient déclaré avoir déjà reçu du fentanyl comme traitement antalgique.

Plus de 55% des patients ont répondu « oui » aux deux questions portant sur la dépendance. Les patients étaient 56% à être préoccupés par les risques de dépendance dans notre étude. La dépendance physique était plus connue par les patients (76.9%) que la dépendance psychique (61,1%). La connaissance ne dépendait pas de la catégorie socio-professionnelle ou du sexe. Les patients polypathologiques étaient les plus conscients des risques (64%).

Nous n'avons pas mis en évidence de relation significative entre la connaissance du patient et l'information délivrée par le médecin sur les effets indésirables à l'introduction du traitement. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer cela. Tout d'abord il faut faire la distinction entre mésusage et dépendance, ce qui n'est pas toujours évident tant il existe une confusion présente dans l'esprit des patients mais également des professionnels de santé. Le mésusage correspond à un symptôme et non à une pathologie, s'il est présent il est légitime de rechercher un trouble de l'usage aux opiacés. Par ailleurs, la quantité d'informations délivrées pendant une consultation est parfois trop importante, mal comprise ou retenue de façon partielle (64). Pour finir, de nombreux médecins interrogés estiment être peu à l'aise avec le maniement de ces traitements, plus de la moitié ne délivre pas toutes les informations inscrites dans les recommandations (44). Il faut noter que ces recommandations ont été peu évaluées sur leur applicabilité, notamment en médecine générale où elles semblent peu adaptées (65).

Nous pouvons également faire l'hypothèse que l'ancienneté du traitement par opioïdes a un impact sur le mésusage. C'est ce que montrent plusieurs études, notamment sur la prescription d'opioïdes en post-opératoire (66). Notre étude n'a pas permis de mettre en avant de corrélation entre l'ancienneté du traitement par opioïdes et la situation de mésusage. Les patients traités depuis plusieurs années par opioïdes ont probablement une bonne connaissance des risques mais ont également un risque accru de mésusage. Cela a pu constituer un biais de confusion dans notre analyse.

B) Limites de l'étude

Parmi les biais de mesure, notre étude présente un biais de mémorisation et de classement. En effet, nous avons interrogé la population de l'étude sur des données anciennes. La médiane de l'ancienneté du traitement se situant à 3 ans, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il est difficile de se souvenir des informations délivrées des années avant, lors de l'initiation du traitement. C'est le cas également des informations concernant l'ancienneté de la douleur ou du suivi en SDC. Nous retrouvons également un biais de classement, l'évaluation du mésusage reprenait les items de la POMI, alors que ce questionnaire n'a pas encore été validé en France, bien qu'il semble être sensible et spécifique selon certaines études (61), il a pu induire une erreur de classement. De plus, ce questionnaire est classiquement réalisé en hétéro évaluation. Cet outil ne se substitue pas au sens clinique, mais apporte une aide pratique au clinicien. Leurs résultats doivent être interprétés dans un contexte de prise en charge et être étayés par

l'observation du clinicien, par l'interrogatoire, etc. Deux revues systématiques de la littérature (67,68) concluaient que l'efficacité et la précision de ce type d'outil sont encore limitées et que les études ayant pour but de les évaluer présentent des biais.

Il existe également un biais de confusion, nous n'avons pas pris en compte les facteurs de risque de mésusage connus (69). L'hypothèse de notre étude étant que les connaissances du patient étaient corrélées à un état de mésusage, l'objectif n'était pas de rechercher les facteurs de risques de ce mésusage. Il y a d'autres paramètres dont nous n'avons pas tenu compte comme la fréquence du suivi médical et l'éventuelle participation à des ateliers d'ETP.

Le recueil de nos données a pu induire a minima un type de biais d'information, le biais de prévarication. En effet, nous avons posé des questions sur des situations d'addiction, de consommation de produits. Il n'est pas exclu que certaines personnes aient répondu de façon erronée notamment en nuancant leurs réponses en raison d'une crainte d'être étiqueté « addict » ou des répercussions sur leur propre traitement selon leurs réponses au questionnaire. L'anonymat des informations recueillies par les questionnaires permet de limiter ce biais par rapports aux études qualitatives menées par entretien.

Nous pouvons donc remettre en cause la validité intrinsèque de ces résultats. De plus, nous n'avons disposé que d'un échantillon de 111 patients, dont 108 ont été retenus pour l'évaluation du critère de jugement principal, cette faible puissance rendant difficile l'obtention d'une significativité des résultats.

C) Forces de l'étude

Nous avons adapté notre questionnaire après l'avoir fait passer à cinq « patients test » en modifiant le contenu de deux questions sans en modifier le sens, de façon à améliorer la clarté et de ce fait la qualité des réponses. Nous avons trouvé uniquement deux patients ayant répondu « oui » à la question « y-a-t-il des questions que vous n'avez pas comprises ? » témoignant d'une bonne clarté du questionnaire, ce qui a pu permettre de limiter le biais de confusion. De plus, nous avons pu inclure presque la totalité des patients (108 patients sur 111 interrogés ont répondu à l'objectif principal), limitant ainsi le biais d'attrition.

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative afin de limiter le biais de subjectivité. De plus, le caractère anonyme du recueil a permis de réduire le biais de désirabilité sociale.

Les résultats de notre étude étaient cohérents avec les données de la littérature actuelle même si celles-ci sont peu nombreuses sur le sujet. Notre population étudiée était représentative de celle des SDC.

L'évaluation des connaissances des patients sur ce thème de la dépendance aux opioïdes n'a jamais été réalisée à notre connaissance. C'est pourquoi notre étude s'inscrit comme une étude pilote, bien qu'elle ne puisse s'appuyer sur des critères standardisés.

Par ailleurs, cette étude, multicentrique, a permis d'interroger des patients issus de différents territoires de Midi-Pyrénées, dans des centres bénéficiant de ressources humaines et techniques variées (CHU, CHR, cliniques).

D) Perspectives d'avenir

1) Renforcer la coordination des soins et l'éducation des patients

a- Renforcer l'éducation thérapeutique des patients

Un travail de thèse souligne le fait que la majorité des patients douloureux émet le souhait de mieux connaître son traitement par opioïdes forts et que ces patients se sentent particulièrement isolés dans leur parcours (55). De nombreux programmes d'ETP existent déjà en France pour les patients ayant des pathologies chroniques. Nous en retrouvons quelques-uns concernant les douleurs chroniques et les pathologies rhumatologiques douloureuses (disponibles sur mon-etp.fr). Les atouts de ces programmes sont, entre autres, la pluridisciplinarité des acteurs intervenants et la mise à disposition d'un espace de parole pour les patients. Dans notre étude nous avons interrogé les patients sur l'existence d'une information initialement délivrée par le médecin sur les risques liés aux opioïdes, cela n'a pas permis de mettre en avant de différence significative. Nous pouvons supposer que lors de la mise en place du traitement, beaucoup d'informations sont données au patient qui ne va pas pouvoir tout assimiler. Cela renforce l'intérêt d'un temps dédié à l'éducation des patients et donc des programmes d'ETP.

b- Limites de la coordination des soins ville-hôpital

La population de notre étude fait déjà partie d'un dispositif de coordination de soins avec possibilité d'un suivi rapproché par les algologues, anesthésistes, infirmiers spécialisés, psychologues, une prise en charge par les réseaux de soins. Finalement, les patients suivis en

SDC ne représentent qu'une petite part de l'ensemble des patients présentant des DCNC. Certains patients sont plus isolés et gèrent leur traitement par opioïdes avec possiblement des représentations et des freins plus prononcés dûs à un manque d'éducation et d'information sur le sujet.

Le délai moyen d'attente des SDC étant aujourd'hui de 6 mois, la plupart des patients n'accède que tardivement à un suivi. Nous nous heurtons à des problèmes de démographie médicale, de manque de personnel en ville et à l'hôpital. Les MG se sentent eux aussi isolés dans la gestion des opioïdes forts (70).

c- Revaloriser le rôle du pharmacien

La conciliation médicamenteuse est une démarche qui permet de prévenir et de repérer les erreurs médicamenteuses. Elle repose sur la transmission et le partage d'informations complètes et exactes entre les membres de l'équipe de soins et le patient tout au long de son parcours. La HAS a publié un guide pour faciliter le déploiement de cette démarche en établissement de santé, en lien avec les professionnels de ville, en particulier les médecins généralistes et les pharmaciens (71). Aussi bien à l'entrée qu'à la sortie d'hospitalisation, pour assurer la continuité médicamenteuse, un maximum d'informations portant sur des modifications d'ordonnance et les indications de prescriptions devraient être transmises aux professionnels de ville (médecin généraliste, pharmacien, etc.).

2) Améliorer la formation des professionnels de santé

Moduler les représentations sociales négatives des soignants concernant les opioïdes forts implique une formation médicale initiale et continue suffisante. En analysant la formation pratique actuelle, on remarque qu'un étudiant en médecine générale peut passer la totalité de ses études sans avoir de notions correctes sur la prise en charge des douleurs chroniques. Or les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d'opioïdes forts et 40% des motifs de consultation de médecine générale comportent une plainte douloureuse (72). La formation doit également être tournée vers le repérage des usages problématiques et la conduite à tenir dans ces situations.

Les sociétés savantes ont mis en place de nombreuses recommandations sur les douleurs chroniques, alors que l'enjeu essentiel semble être dans la prise en charge de la douleur aiguë.

La qualité des recommandations doit être suffisante, ce qui n'est pas toujours le cas et peu de recommandations ont été évaluées sur leur applicabilité notamment en médecine générale (65). D'ailleurs les études portant sur la pratique des médecins généralistes sont peu nombreuses.

3) Enjeux pour le futur

a- Développer la communication

En 2018, une étude californienne (73) a été menée dans un service d'urgence, sur une population de patients à qui des antalgiques opioïdes ont été prescrits. L'objectif était d'évaluer deux moyens d'informations sur les risques addictifs. Les connaissances des patients étaient plus complètes chez ceux qui avaient reçu une fiche d'information associée à une vidéo explicative comparativement à ceux ayant reçu uniquement la fiche d'information (82% versus 65%). De même, dans une autre étude, l'information était plus durable ou mieux assimilée lorsque l'on pratiquait une communication multimodale (74). En ce sens, une fiche destinée aux patients a été élaborée par l'OFMA en partenariat avec l'ANSM en novembre 2018 (75).

Nous devons nous servir des outils de communication dont nous disposons aujourd'hui. Sur internet plusieurs sources d'informations fiables sont présentes concernant les opioïdes forts, vulgarisées et à destination des patients, principalement en oncologie. C'est le cas du site « *e-cancer* » de l'Institut National du Cancer par exemple. Certaines structures spécialisées proposent en ligne leurs propres documents d'information à destination de leurs patients comme c'est le cas de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM).

Pour les professionnels de santé, un site d'aide à la prescription, de rappel des recommandations et de prise en charge pourrait être développé. Il en existe déjà concernant la prescription des antibiotiques (antibio clic) ou des médicaments tératogènes (gesta clic).

b- Maintenir une pharmacovigilance

Le mésusage des opioïdes et les décès qui en résultent ont pris de l'ampleur en France depuis quelques années. Le recul de ces 20 dernières années aux Etats-Unis concernant cette problématique doit constituer un signal de vigilance. Cette crise initialement rencontrée aux Etats-Unis s'étend progressivement à tous les pays, quel que soit leur niveau de développement socio-économique.

Nous devons maintenir une surveillance sanitaire, grâce aux Centre d'Evaluation et d'Information sur la pharmacodépendance et d'addictovigilance (CEIP-A). On peut citer pour exemple DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances) ou OPEMA (Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire).

L'ANSM a souhaité modifier la gouvernance des instances en fusionnant les commissions consultatives comme le CEIP-A pour former des comités permanents. La composition et les missions exactes de ces comités permanents restent en cours de définition, ainsi que leurs financements.

V) Conclusion

La prescription des médicaments antalgiques opioïdes est en augmentation avec des conséquences notables sur la morbi mortalité (augmentation des hospitalisations, de la mortalité par overdose en fonction des pays selon la diffusion de ces médicaments). Ces conséquences sont liées au risque de dépendance à ces médicaments. Les patients suivis en Structure de Douleur Chronique représentent une population pour laquelle les opioïdes sont fréquemment prescrits et pour de longues durées. L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances des patients suivis en SDC concernant les risques de dépendance aux médicaments antalgiques opioïdes. Une étude transversale par questionnaire a été réalisée.

Dans cette étude, près de 60% des patients suivis en SDC connaissaient le risque de dépendance aux médicaments antalgiques opioïdes. Le médecin généraliste était cité comme la principale source d'information par les patients. Pour autant, la connaissance des risques n'était pas associée à une diminution du mésusage.

Ce travail s'inscrit comme une étude préliminaire à la mise en place d'outils de formation destinés aux patients afin d'accroître leurs connaissances concernant cette problématique. De plus, une enquête auprès de la population générale viendra compléter ces résultats.

*lu & approuvé
Toulouse le 02/01/20*

Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADEL# : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Faculté de Médecine
Toulouse-Rangueil
Le Doyen,
E. SERRANO
09.01.2020

Bibliographie

1. Pain terms : a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. juin 1979;6(3):249.
2. HAS. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. déc 2008;
3. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bontoux D. Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. déc 2018;19(6):265-72.
4. France. Sénat (1958-....) N, L. (1994). Prendre en charge la douleur. *Journaux officiels*. 1994.
5. Bannwarth B. Antalgiques : paliers de l'OMS et niveau d'efficacité. *La Presse Médicale*. 2008;26(30):1443.
6. Akil H, Watson SJ, Young E, Lewis ME, Khachaturian H, Walker JM. Endogenous opioids: biology and function. *Annu Rev Neurosci*. 1984;7:223-55.
7. Bouhassira D, Calvino B. Douleurs : physiologie, physiopathologie et pharmacologie. 2009.
8. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*. 2009;Volume 85(7):611-20.
9. Code de la santé publique - Article R5219-1. 1999.
10. INSERM. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. 2012.
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
12. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10*. Genève; 2009.
13. Auriacombe M. *Diagnosis of addictions. The Routledge Handbook of the Philosophy and Science of Addiction*. Pickard H, Ahmed S, editors. 2017;
14. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain — Misconceptions and Mitigation Strategies. *New England Journal of Medicine*. 31 mars 2016;374(13):1253-63.
15. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain*. mai 1986;25(2):171-86.
16. Passik SD, Narayana A, Yang R. Aberrant Drug-Related Behavior Observed During a 12-Week Open-Label Extension Period of a Study Involving Patients Taking Chronic Opioid Therapy for Persistent Pain and Fentanyl Buccal Tablet or Traditional Short-Acting Opioid for Breakthrough Pain. *Pain Med*. 1 août 2014;15(8):1365-72.

17. SAMHDA. Drug Abuse Warning Network : États-Unis (DAWN-NS-1997-DS0001). 1997.
18. Cicero TJ, Inciardi JA, Muñoz A. Trends in Abuse of OxyContin® and Other Opioid Analgesics in the United States: 2002-2004. *The Journal of Pain*. 1 oct 2005;6(10):662-72.
19. King NB, Fraser V, Boikos C, Richardson R, Harper S. Determinants of Increased Opioid-Related Mortality in the United States and Canada, 1990–2013: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 12 juin 2014;104(8):e32-42.
20. CDC. Décès par surdose de drogue. CDC Injury Center [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html>
21. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin*. févr 2011;27(2):449-62.
22. Warner EA. Opioids for the treatment of chronic noncancer pain. *Am J Med*. déc 2012;125(12):1155-61.
23. Gatti A, Longo G, Sabato E, Sabato AF. Long-Term Controlled-Release Oxycodone and Pregabalin in the Treatment of Non-Cancer Pain: An Observational Study. *ENE*. 2011;65(6):317-22.
24. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med*. déc 2005;6(6):432-42.
25. Portenoy RK, Farrar JT, Backonja M-M, Cleeland CS, Yang K, Friedman M, et al. Long-term Use of Controlled-release Oxycodone for Noncancer Pain: Results of a 3-year Registry Study. *The Clinical Journal of Pain*. mai 2007;23(4):287.
26. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain*. juill 2007;11(5):490-518.
27. Watson CPN, Watt-Watson JH, Chipman ML. Chronic Noncancer Pain and the Long Term Utility of Opioids. *Pain Research and Management*. 2004.
28. Katz NP, Sherburne S, Beach M, Rose RJ, Vielguth J, Bradley J, et al. Behavioral monitoring and urine toxicology testing in patients receiving long-term opioid therapy. *Anesth Analg*. oct 2003;97(4):1097-102, table of contents.
29. OFDT. Drogues, chiffres clés . 7ème édition. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
30. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain*. janv 2019;23(1):124-34.
31. Palmaro A, Lapeyre-Mestre M. Trends in opioid analgesics use in Europe: a ten-year perspective. *Clinical Therapeutics*. 1 août 2015;37(8):e4.
32. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Antalgiques opioïdes :

- l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - Point d'Information. 2019.
33. J. Busse and al. Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Editions 2017;
 34. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. 2016.
 35. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 19 avr 2016;315(15):1624-45.
 36. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. 13 juin 2014;Vol. 15-N° 3-p. 106-114.
 37. Arrêté du 3 avril 2008 relatif aux missions et à la composition du comité de suivi du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.
 38. OFMA. «Je prends des médicaments antidouleurs à bon escient» [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/documents-bon-usage/>
 39. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E-R. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. JAMA. 22 mai 2002;287(20):2691-700.
 40. Calais N. Nicolas Calais. Prescription des opioïdes forts en médecine générale : état des lieux en Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01223833. :78.
 41. Pierre-Yves Delassus. Le patient douloureux chronique non ou insuffisamment soulagé par un antalgique de palier 2 : réactions de 10 médecins généralistes. Sciences du Vivant. 2014. hal01733901.
 42. Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 juin 2014;172(4):323-9.
 43. M. Arnould and al. Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. Que pensent les médecins de leurs patients ? Société Française de Médecine Générale. 2010.
 44. Muszczak A. Enquête sur les pratiques de prescription d'opiacés des médecins généralistes, dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses : à propos d'une étude de faisabilité dans le Grand-Est. Sciences pharmaceutiques. 2015. hal-01734315. :173.
 45. Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A, Evers G. Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. Int J Nurs Stud 2004; 41: 183–9.
 46. Edwards HE, Nash RE, Najman JM, et al. Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. Nurs Health Sci 2001; 3: 149–59.
 47. Allen MJM, Asbridge MM, Macdougall PC, Furlan AD, Tugalev O. Self-reported practices in opioid management of chronic noncancer pain: a survey of Canadian family physicians.

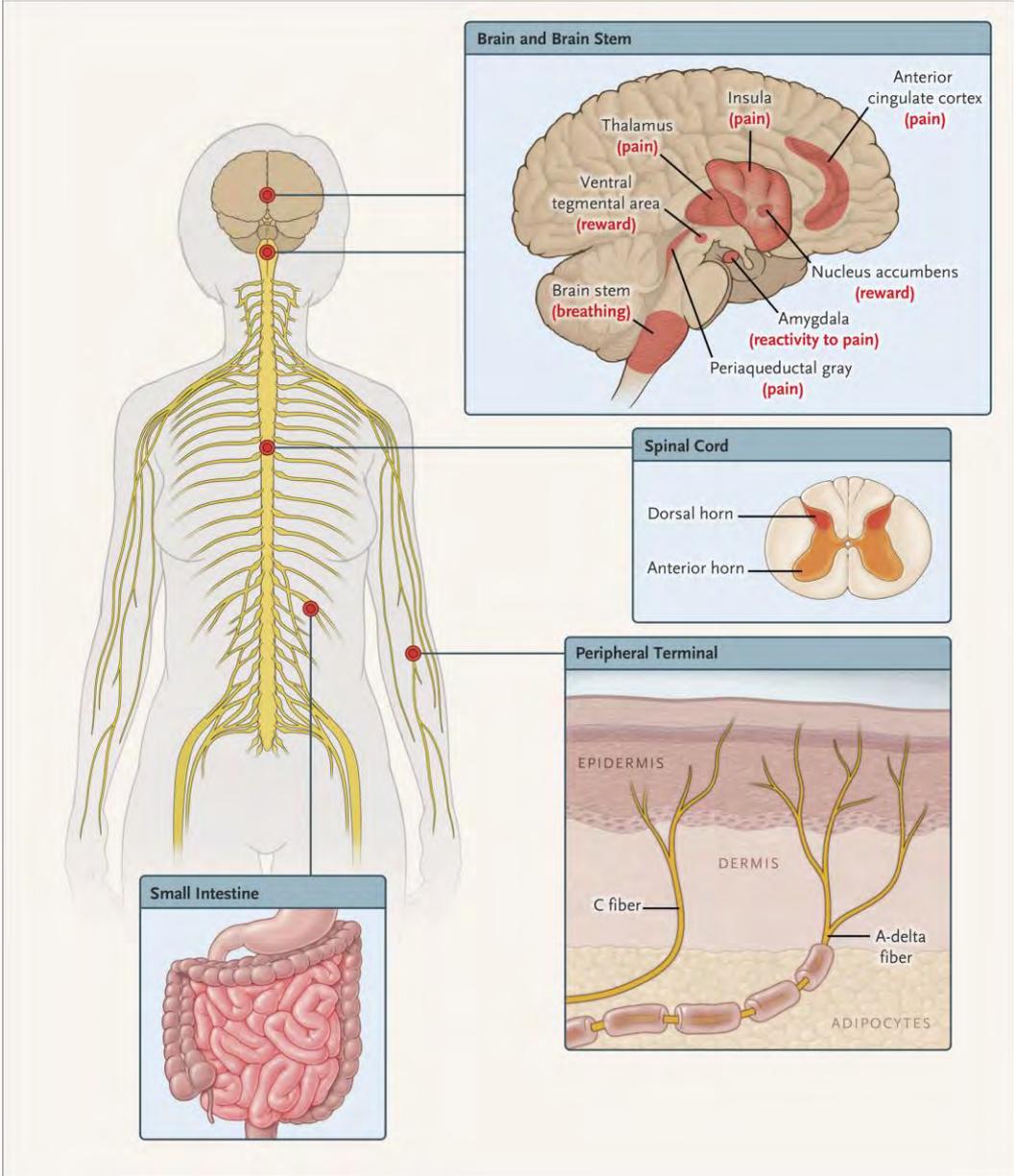
- Pain Res Manag. août 2013;18(4):177-84.
48. Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2003.
 49. Perceptions et opinions des Français sur les drogues - Tendances 88 - octobre 2013 - OFDT, 6p.
 50. Musi M, Bionaz A. Les mythes de la morphine. InfoKara. 2005;Vol. 20(4):107-15.
 51. Radbruch L, Sabatowski R, Elsner F, Loick G, Kohlen N. Patients' associations with regard to analgesic drugs and their forms for application -- a pilot study. Support Care Cancer. sept 2002;10(6):480-5.
 52. Reneaux C. Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative. sept 2012;
 53. Graczyk M, Borkowska A, Krajnik M. Why patients are afraid of opioid analgesics: a study on opioid perception in patients with chronic pain. Polish Archives of Internal Medicine. 28 2018;128(2):89-97.
 54. GODARD M, MARTINS (Claire) G. Représentation de la morphine chez les médecins généralistes et les patients en Picardie : quelles pistes pour optimiser l'usage de la morphine en médecine générale ? 2014.
 55. Barres C. Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts: vision croisée des patients et des infirmiers. Les patients. 2018;116.
 56. Dupont A. Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts; vision croisée des patients et des infirmiers: les infirmiers. 2018;134.
 57. Colak D, Oguz A, Yazilitas D, Imamoglu IG, Altinbas M. Morphine: patient knowledge and attitudes in the central anatolia part of Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(12):4983-8.
 58. Roche G. Addiction aux antalgiques opioïdes : deux études pharmacoépidémiologiques sur les différences entre la perception et le diagnostic du médecin ainsi que sur les modalités de sevrage des antalgiques opioïdes faibles [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/337/>
 59. Netgen. Lagger G, Pataky, Golay A, Efficacité de l'éducation thérapeutique, Rev Méd Suisse 2009 ; 5 :688- 90 2009 Mars 3p.
 60. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 1 juill 2011;54(5):319-35.
 61. Knisely JS, Wunsch MJ, Cropsey KL, Campbell ED. Prescription Opioid Misuse Index: A brief questionnaire to assess misuse. Journal of Substance Abuse Treatment. 1 déc 2008;35(4):380-6.
 62. HAS. Douleur chronique : les aspects organisationnels Le point de vue des structures

spécialisées. Argumentaire. Avril 2009.

63. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. juin 2008;136(3):380-7.
64. Beaud L, Cahagne V, Guyard H. « Alors ? Comment allez-vous ? ». *Langage et société*. 2008;n° 126(4):57-74.
65. Cheung CW, Qiu Q, Choi S-W, Moore B, Goucke R, Irwin M. Chronic opioid therapy for chronic non-cancer pain: a review and comparison of treatment guidelines. *Pain Physician*. oct 2014;17(5):401-14.
66. Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, Homer M, et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ*. 17 janv 2018;360:j5790.
67. Turk DC, Swanson KS, Gatchel RJ. Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *Clin J Pain*. août 2008;24(6):497-508.
68. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain*. févr 2009;10(2):131-46.
69. Gentile G, Frauger E, Giocanti A, Pauly V, Orleans V, Amaslidou D, et al. Caractéristiques des sujets sous traitement de substitution vus en médecine générale d'après l'enquête nationale OPEMA 2013. *Thérapies*. 1 juin 2016;71(3):307-13.
70. GODARD M, MARTINS (Claire) G. Représentation de la morphine chez les médecins généralistes et les patients en Picardie : quelles pistes pour optimiser l'usage de la morphine en médecine générale ? 2014.
71. HAS. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. 2018.
72. Sébastien-Ludovic M. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. 2014;79.
73. Chakravarthy B, Somasundaram S, Mogi J, Burns R, Hoonpongsimanont W, Wiechmann W, et al. Randomized pilot trial measuring knowledge acquisition of opioid education in emergency department patients using a novel media platform. *Subst Abuse*. 02 2018;39(1):27-31.
74. Netgen. Fiches d'information aux patients - Pour une compréhension durable des messages transmis au patient lors d'une consultation en urgence [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-650/Fiches-d-information-aux-patients-Pour-une-comprehension-durable-des-messages-transmis-au-patient-lors-d-une-consultation-en-urgence>
75. Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques. Opioides forts dans la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7873.pdf

Annexes

Annexe 1 : Endogenous opioids : biology and function. Akil H and al. Neurosciences.1984



Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble d'utilisation d'une substance selon le DSM-5, 2013

| L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période connue de douze mois : | Oui | Non |
|--|------------|------------|
| 1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu | | |
| 2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance | | |
| 3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets | | |
| 4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance | | |
| 5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison | | |
| 6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance | | |
| 7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance | | |
| 8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux | | |
| 9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance | | |
| 10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : | | |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance | | |
| <p>11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. | | |

*Présence de 2 à 3 critères : **ADDICTION LÉGÈRE***

*Présence de 4 à 5 critères : **ADDICTION MODÉRÉE***

*Présence de 6 critères ou plus : **ADDICTION SÉVÈRE***

Annexe 3 : Note d'information

Etude observationnelle prospective sur les connaissances des patients douloureux chroniques concernant les médicaments antalgiques opioïdes

Madame, Monsieur, il vous est proposé de participer à une étude observationnelle (étude d'observation de patients sans intervention sur le cours de la prise en charge) qui concerne les médicaments opioïdes que vous prenez pour vos douleurs. Le but de notre projet de recherche est de comprendre la façon dont vous percevez votre traitement. Le questionnaire porte sur vos données socio-démographiques, les médicaments antalgiques que vous prenez, la façon dont vous percevez leurs effets et leur utilisation ainsi que la connaissance des risques qui peuvent être liés à ces médicaments. Cette étude ne modifie pas votre prise en charge. Vos données seront codées. Celles-ci, tout comme votre dossier médical, restent confidentiels. Les données recueillies vous concernant feront l'objet d'un traitement informatisé et seront utilisées pour un travail de thèse de médecine générale. Ces données seront conservées le temps de la recherche en base active et cinq ans au total en archivage (Article R. 1112-7 du code de la santé publique).

Vous avez des droits en tant que patient selon l'article 15 à 23 du RGPD et article 38 à 43 ter de la loi Informatique et libertés. Vous pouvez avoir accès aux résultats de la recherche. Vous pouvez demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci. Vous avez le droit de vous opposer au traitement des données et le droit à la portabilité de ces données. Vous avez le droit d'effectuer une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Il vous est possible de sortir de l'étude à tout moment. Votre participation est facultative.

Si vous souhaitez participer et être inclus dans cette étude, nous vous demandons de :

- Remplir le questionnaire (entre 10 et 20 questions selon les réponses que vous allez apporter).
- Retourner ce questionnaire au secrétariat de votre structure douleur chronique.

Annexe 4 : Questionnaire

Questionnaire destiné aux patients suivis en centre
d'évaluation et de traitement de la douleur

Madame, Monsieur,

En tant que médecin généraliste, j'effectue des recherches sur la prise en charge de la douleur chronique, dans le cadre de ma thèse de médecine, dirigée par le Dr Julie Dupouy. Afin de comprendre le comportement des patients et leur ressenti vis-à-vis de leur douleur chronique, je vous sou mets ce questionnaire. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir le compléter – ce questionnaire étant totalement anonyme.

Répondre à ce questionnaire vous prendra moins de 10 minutes.

1. Quel est votre âge ?ans

2. Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Exploitant agricole

Employé

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Ouvrier

Cadres, professions libérales, professions intellectuelles et artistiques

Sans emploi

Professions intermédiaires (enseignement, santé, technicien, commercial, administratif)

Retraité

Étudiant

4. De quelle(s) maladie(s) souffrez-vous ?

Lombalgie/Sciatique/Dorsalgie

Neuropathie diabétique

Arthrose du genou/de la hanche ou polyarthrose

Zona, névralgie post herpétique

Migraine/Céphalée/Douleur de la face

Fibromyalgie

Rhumatisme (Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, maladie de Horton...)

Algodystrophie

Autres douleurs :

5. Depuis combien de temps ressentez-vous cette douleur ?

6. Depuis combien de temps êtes-vous suivi(e) dans une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur chronique ?

.....

7. Au cours des deux dernières années, avez-vous pris des médicaments antidouleur opioïdes puissants prescrits par un médecin pour vos douleurs ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui :
- Codéine (Codoliprane ; Dafalgan codéiné ; Klipal ; Prontalgine ...)
- Tramadol (Contramal ; Topalgic ; Skudexum ...)
- Poudre d'opium (Izalgi ; Lamaline)
- Morphine (Actiskenan ; Skenan)
- Oxycodone (Oxycontin ; Oxynorm ; Oxsynia)
- Fentanyl (Durogesic ; Recivit ; Instanyl ; Matrifen ...)
- Hydromorphone (Sophidone)

Non

8. Pensez-vous qu'il existe un risque de dépendance physique à ces antidouleurs (nécessité d'augmenter les doses, accoutumance et symptômes de sevrage à l'arrêt de ces médicaments) ?

Oui

Non

9. Pensez-vous qu'il existe un risque de dépendance psychique à ces antidouleurs (consommation incontrôlée de ces médicaments) ?

Oui

Non

10. Avez-vous déjà entendu parler du risque de dépendance de ces médicaments ?

Oui

Non

11. Si oui, par quelle(s) source(s) ?

- Télévision
- Journaux
- Internet/Réseaux sociaux
- Entourage
- Votre médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Votre pharmacien
- Un autre professionnel de santé :

Si actuellement ou au cours du dernier mois, vous n'avez pris aucun de ces médicaments antidouleur (codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydro-morphone), c'est fini, merci

Sinon, merci de bien vouloir poursuivre le questionnaire :

12. Avant que vous ne preniez ces médicaments, le risque de dépendance à ces antidouleurs a-t-il été discuté avec votre médecin ?

Oui

Non

13. Avant que vous ne preniez ces médicaments, le risque de dépendance à ces antidouleurs a-t-il été évoqué avec un autre professionnel de santé ?

Oui :

Non

Infirmier

Psychologue

Pharmacien

Autre :

14. Une réévaluation du traitement a-t-elle été faite dans le mois qui a suivi la première prescription (consultation pour évaluer l'efficacité du traitement, les effets indésirables en fonction de la dose prescrite) ?

Oui

Non

15. Lorsque vous prenez ces médicaments êtes-vous préoccupé(e) par l'idée que leur prise pourrait vous amener à devenir dépendant ?

Oui

Non

Pour terminer, les dernières questions permettront d'évaluer l'usage que vous faites du/des médicament(s) antidouleur qui vous ont été prescrit(s).

16. Depuis combien de temps prenez-vous ces médicaments ?

17. Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur en quantité plus importante, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?

Oui

Non

17. Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur plus souvent que prescrit(s) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?

Oui

Non

18. Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce/ces médicament(s) antidouleur plus tôt que prévu ?

Oui

Non

19. Avez-vous déjà eu la sensation d'un effet plaisant autre que le soulagement de la douleur (plus dynamique, plus détendu, déconnecté de la réalité...) après avoir pris ce/ces médicament(s) antidouleur ?

Oui

Non

20. Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour une autre raison que celle pour laquelle il(s) vous était(ent) prescrit(s) ?

Oui

Non

21. Avez-vous déjà consulté plusieurs médecins, y compris aux urgences, pour avoir suffisamment de ce/ces médicament(s) antidouleur ?

Oui

Non

Y'a-t-il des questions que vous n'avez pas bien comprises ?

Oui

Non

Si oui, précisez :
.....
.....
.....

Je vous remercie pour votre participation

Annexe 5 : Le POMI (Prescription Opioid Misuse Index)

| | Répondez le plus spontanément possible à ces 6 questions sur vos médicaments antalgiques | |
|--|--|------------------------------|
| Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (c'est-à-dire une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (c'est-à-dire raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui vous est prescrit ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Vous arrive-t-il de faire renouveler votre traitement contre la douleur plus tôt que prévu ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou euphorique après avoir pris votre médicament antalgique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Vous arrive-t-il de prendre votre médicament antalgique parce que vous êtes tracassé ou pour vous aider à faire face à des problèmes autres que la douleur ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins, y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| SCORE TOTAL | | |

Annexe 6 : Accord du Comité de Protection des Personnes

Comité de Protection des Personnes

QUEST III

Agree par arrêté ministériel en date du 16 mai 2018.

Constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en date du 31 mai 2018.

CPCU, La Scléroïde

Bâtiment 4/6 La Santé – Entrée n°4 – 1er étage

2 rue de la mitraille – CS 90 577 – 86021 POITIERS CEDEX

Tel: 05.49.45.21.57

E-mail : cpcp-ouest3@chu-poitiers.fr

julie.dupouy@dumg-toulouse.fr

Poitiers, le 7 juin 2019

Objet : Avis Favorable

Référence Comité : 19.05.33 / SI CNRIPH 19.03.26.40640 (à rappeler dans toute correspondance)

Domaine thérapeutique : Psychiatrie

Date de tirage au sort : 26/03/19

Madame,

Le Comité restreint a étudié lors de sa séance du 15 mai 2019, le projet de protocole suivant :

Titre de l'essai : « Enquête sur les connaissances des patients douloureux chroniques sur les médicaments antalgiques opioïdes »

Identité du promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale
Dr Dupouy Julie
Médecin Généraliste ; Maître de Conférence des Universités
133 route de Narbonne 31062 Toulouse

Adresse électronique de contact du Promoteur : julie.dupouy@dumg-toulouse.fr

Identité du Coordonnateur : Dr Lecompte Maxime ; médecin généraliste
5 rue Mirepoix 31000 Toulouse

Numéro d'identification : 2019-A00885-52

Catégorie : 3° de l'article L. 1121-1 du CSP ne comportant que des questionnaires ou des entretiens (art R1123-20 du CSP)

Versions :

Document attestant que la recherche est conçue et réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires du présent titre : 07/05/19

Réponse : 23/05/19

Déclaration de conformité des questionnaires et entretiens à une méthodologie de référence homologuée par la CNIL : Absent

Résumé du protocole établi selon un format défini par arrêté : version 3.0 du 23/05/19

Questionnaire : version 2.0 du 23/05/19

Formulaire d'information : version 3.0 du 23/05/19

Le quorum étant constaté,

| | | | | |
|-----|----|------------|--|-----|
| M. | L. | LACOSTE | Qualifié en matière de recherche biomédicale | (T) |
| M. | D. | FRASCA | Méthodologiste (par téléphone) | (T) |
| M. | J. | DELIGNE | Médecin généraliste | (T) |
| M. | G. | CHAPELLE | Pharmacien hospitalier | (S) |
| Mme | A. | GIRAULT | Infirmière | (T) |
| M. | N. | NAÏDITCH | Sociologue | (S) |
| Mme | V. | BAUDIFFIER | Psychologue | (S) |
| Mme | A. | RANGER | Qualifiée en matière juridique | (T) |

après avoir entendu le rapporteur et l'avis du méthodologiste, les membres du CPP ont délibéré puis après avoir obtenu les informations et corrections demandées, le président ayant reçu mandat des membres, un **avis favorable** a été émis à la mise en œuvre de cette étude, en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicable aux recherches impliquant la personne humaine présentée au 3° de l'article L.1121-1 du CSP ne comportant que sur des questionnaires ou des entretiens.

Soyez assurée, Madame, de mes sentiments les meilleurs.

Adeline RANGER
Vice-Présidente

Selon l'article R1123-34 du CSP. Le promoteur informe sans délai l'autorité compétente et le comité de protection des personnes de la date effective de commencement de la recherche, correspondant à la date de la signature du consentement par la première personne qui se prête à la recherche en France.

Annexe 7 : Accord de la Commission Nationale Informatique et Libertés



La Vice-Présidente déléguée

Madame Julie DUPOUY
MÉDECIN, PRATICIEN
UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL
SABATIER
133 ROUTE DE NARBONNE
ALLES JULES GUESDES
31062 - TOULOUSE

Paris, le 2 AOUT 2019

N/Réf.: SLN/OTB/AR19896L

Objet: AUTORISATION

Décision DR-2019-223 autorisant l'UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE III à mettre en œuvre un traitement de données ayant pour finalité une étude portant sur les connaissances des patients douloureux chroniques sur les médicaments antalgiques opioïdes. (Demande d'autorisation n° 919214)

Madame,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

ÉTUDE PORTANT SUR LES CONNAISSANCES DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES SUR LES MÉDICAMENTS ANTALGIQUES OPIOÏDES

Ce traitement, qui présente une finalité d'intérêt public, relève de la procédure des articles 66, 72 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Les services de notre Commission ont étudié les caractéristiques de votre dossier, en particulier le protocole de l'étude et les modalités d'information et d'exercice des droits des personnes concernées.

J'attire votre attention sur la nécessité de compléter la note d'information, afin qu'elle comporte l'ensemble des mentions prévues par l'article 14 du Règlement général sur la protection des données

Les données seront conservées un an en base active puis archivées pendant cinq ans. Ces durées n'excèdent pas celles nécessaires aux finalités pour lesquelles les données sont collectées et traitées, conformément aux dispositions de l'article 5-1-e du Règlement général sur la protection des données.

Les mesures de sécurité décrites dans votre dossier paraissent conformes aux exigences prévues par les articles 5-1-f et 32 du Règlement général sur la protection des données. Je vous rappelle toutefois que ces obligations nécessitent la mise à jour des mesures de sécurité au regard de la réévaluation régulière des risques.

Je vous rappelle que lorsque le résultat du traitement de données est rendu public, l'identification directe ou indirecte des personnes concernées doit être impossible, conformément à l'article 68 de la loi précitée.

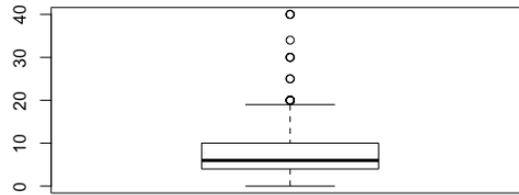
En application de l'article 13 de la loi précitée et de la délibération n°2019-021 du 28 février 2019 portant délégation d'attributions de la Commission de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué, j'autorise la mise en œuvre de ce traitement.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

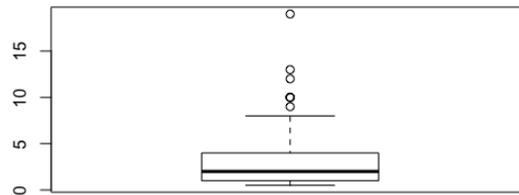


Sophie LAMBREMON

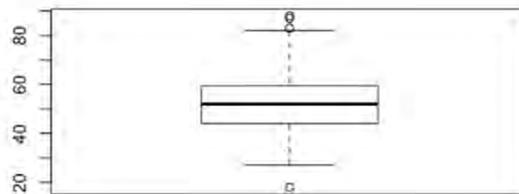
Annexe 8 : Box-plot



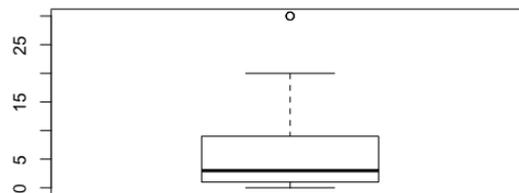
Ancienneté de la douleur (en années)



Ancienneté du suivi en SDC (en années)



Age de la population de l'étude (en années)



Ancienneté de prise d'opioïde (en années)

Patient's knowledge about the risk of dependence on opioid analgesic drugs: A descriptive cross-sectional study in chronic pain structures in Occitania

Introduction: The dramatic increase in prescriptions for opioids to treat non-cancerous chronic pain led to an escalation of issues related to drug-dependence and misuses. Patients suffering from chronic pain are particularly prone to developing these behaviors because of frequent and prolonged use of these drugs.

Method: This study aimed at evaluating patients currently treated for chronic pain for their knowledge in analgesic opioid-based medicines. A multicenter, descriptive, observational and cross-sectional study was carried out by means of a self-administered survey provided to patients treated for chronic pain in various centres across Occitania. The focus point of the survey revolved around the degree of awareness about the risks of psychic and physical dependence in relation with this type of medicine.

Results: Among the panel of 111 participants, 108 patients met the principal objective and were included in the study. Both questions related to the topic of dependence got 57.4% positive answers. Patients were more familiar with physical dependence (76.9%) rather than psychic dependence (61.1%). The survey revealed that the category of pathological patients was the most aware on risks of dependence (64%). The knowledge of the surveyed patients was not found to be influenced by their socio-demographic background, their date of treatment nor the initial information received by the practitioner.

Conclusion: The results obtained in this study could not be transposed to the general population nor could they have been confronted with results seen in the literature. This work nevertheless constitutes a preliminary study for the establishment of training tools designed to expand the knowledge of patients on an issue known to have numerous consequences.

Key words : Dependency – Knowledge – opioid – Therapeutic education – Chronic pain

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Dr Julie DUPOUY

CONNAISSANCE DES PATIENTS CONCERNANT LE RISQUE DE DÉPENDANCE AUX MÉDICAMENTS ANTALGIQUES OPIOÏDES : ÉTUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE DANS LES STRUCTURES DOULEUR CHRONIQUE D'OCCITANIE

Introduction : L'augmentation considérable de la prescription des médicaments opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse a abouti à une augmentation de la dépendance et du mésusage de ces médicaments. Les patients douloureux chroniques sont particulièrement exposés à ces risques du fait d'un usage fréquent et souvent prolongé de ces médicaments.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des patients suivis en structure de douleur chronique concernant les médicaments antalgiques opioïdes. Nous avons réalisé une étude multicentrique, descriptive, observationnelle et transversale auprès des structures de douleur chronique d'Occitanie au moyen d'un questionnaire patient auto-administré. Le critère de jugement principal était le fait de connaître les risques de dépendance psychique et physique liés à ces médicaments.

Résultats : Parmi les 111 patients ayant répondu au questionnaire, 108 ont répondu à l'objectif principal et ont été inclus. 57,4% des patients ont répondu « oui » aux deux questions portant sur la dépendance. La dépendance physique était plus connue par les patients (76,9%) que la dépendance psychique (61,1%). Les patients polypathologiques sont ceux qui ont le mieux répondu, 64% étaient conscients des risques de dépendance. Nous n'avons pas retrouvé d'association entre la connaissance des patients et les données socio-démographiques, l'ancienneté du suivi ou encore l'information reçue initialement par le médecin.

Conclusion : Malgré l'impossibilité de généraliser les résultats dans la population générale ou de les comparer à la littérature, ce travail s'inscrit comme une étude préliminaire à la mise en place d'outils de formation destinés aux patients afin d'accroître leurs connaissances concernant cette problématique aux multiples conséquences.

Mots-clés : Dépendance – connaissance – opioïde – éducation thérapeutique – patient douloureux chronique

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Dr Julie DUPOUY
