

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Louise SADRIN

Le 10 décembre 2024

CONNAISSANCES DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE EN FRANCE CONCERNANT LA GESTION DE LA DOULEUR AIGUE DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT SUBSTITUTIF AUX OPIACES

Directeur de thèse : Dr Benjamin MILLET

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Madame le Docteur Pauline MUNIER

Monsieur le Docteur Benjamin MILLET

Président

Assesseur

Assesseur



FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

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

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

P.U. Médecine générale

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

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

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

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Mathieu
Mme LATROUS Lella
M. FOUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAVALD Sandra
Mme PAVY LE TRACON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

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

M.C.U. Médecine générale

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

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

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

REMERCIEMENTS

A la Présidente du Jury :

Madame le Professeur Julie DUPUY, Directrice adjointe du Département Universitaire de Médecine générale, Professeur des Universités, Médecin Généraliste.

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie. Merci pour votre implication au sein du Département Universitaire de Médecine Générale dans la formation des futurs médecins généralistes de notre région.

Au membre du Jury :

Madame le Docteur Pauline MUNIER, chef de clinique et maître de stage Universitaire, Médecin Généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury et de juger mon travail. Merci pour votre bienveillance dans l'accompagnement des internes de médecine générale, notamment lors de ma soutenance de DES.

Au membre du Jury et Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin MILLET, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Lannemezan et de Tarbes, Médecin urgentiste et addictologue.

Merci de m'avoir fait découvrir l'addictologie au sein de cette superbe équipe du CH de Tarbes, merci pour ton accompagnement pour cette thèse et pour toutes les connaissances que tu as pu m'apporter, toujours dans la bienveillance. J'espère que pleins d'autres internes auront la chance de découvrir le travail d'équipe, la bonne humeur et la cohésion dont vous faites preuve dans ce service.

A mes Maitres de Stage Universitaire :

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A mes parents, merci pour tout, merci de m'avoir accompagné sur ce long parcours que je n'aurais pas pu terminer sans votre soutien et votre aide, merci pour l'éducation, les valeurs et l'amour que vous nous avez montré et transmis à tous les 3. J'espère que vous êtes prêts pour toutes les parties de Tock qu'on va pouvoir faire maintenant qu'on a du temps libre !

A mon mari, Lucien, je suis très heureuse de t'avoir à mes côtés et de construire ensemble une vie à notre image, un peu bordélique, remplie d'amour, de famille et d'amis. Merci de me faire rire et d'être là pour moi.

A ma sœur, une de mes personnes préférées au monde et la personne la plus lumineuse que je connaisse.

A mon frère, à Diane, à Albane et à bébé n°2, je vous souhaite une vie remplie de bonheur et de rire, vous le méritez !

A ma deuxième famille, merci à tous pour votre soutien depuis toutes ces années, je me suis toujours sentie accueillie et acceptée parmi vous et je n'aurais pas pu rêver d'une meilleure belle-famille.

Aux OGER et aux SADRIN, vivement les prochaines réunions de famille, toujours très sonores et joyeuses.

A mon parrain, et aux MMS, aux WE ensembles aux 4 coins de la France, aux parties de jeux non-stop, aux vacances à l'île-de-Ré, aux fous rires et à nos différences qui nous rapprochent.

A ma marraine, et aux Lourdin, que je connais maintenant depuis 26 ans, merci d'avoir toujours fait partie de ma vie et pour tout ces moments passés ensemble.

A Marie, Delphine et Segò, j'ai beaucoup de chance de vous avoir rencontrées toutes les 3 et que notre amitié reste intacte malgré la distance et les vies bien chargées qu'on a toutes. **Gwen, Coco et Charles,** merci d'être là pour elles.

A Hippo et Keke, le trio infernal avec Lulu, à nos prochaines aventures et galères ensemble, je suis bien contente que Marg soit dans le coin pour partager tout ça avec nous.

A Lena, Louise, Sarah, Ludi et Faustine, on a bien rigolé toutes ces années d'externat, j'espère qu'on continuera longtemps à se retrouver pour des WE Pandou.

A Raf et Matthieu, en espérant qu'on pourra se faire pleins d'activités bizarres et insolites ensemble, vous êtes disponibles en juillet prochain pour les médiévales du Grand fauconnier ?

A Bruno et Jeanne, à quand le prochain WE de coinche, pour leur remettre un 2000 – 0 ?

A Mathilde, Paul et Jeanne, Math, on se connaît depuis nos 11 ans, on a bien grandi depuis et maintenant tu es maman, j'espère qu'on se fera encore de bons repas et des soirées jeux le jour où Jeanne le deviendra à son tour.

A Marion, je sais que dès qu'on se retrouve, c'est comme avant, et je trouve ça super. Je te souhaite tout plein de bonheur pour ta nouvelle vie sur Poitiers !

A Solenn, à Mélanie, à Marine, à Camille, c'était chouette de se serrer les coudes pendant cet internat et d'apprendre à plus vous connaître.

A Pupu, Charlène, PE et Aymar, une joyeuse bande que j'ai rencontré il y a déjà un petit bout de temps. C'est toujours un plaisir de partager un bon repas et de vous entendre raconter tout pleins d'anecdotes croustillantes sur Lulu.

A Andris.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels, collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS.....	11
I. INTRODUCTION.....	12
II. MATERIEL ET METHODE.....	18
III. RESULTATS.....	20
A. PARTIE I : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	20
B. PARTIE II : MISE EN PRATIQUE (Vignettes cliniques).....	22
C. PARTIE III : CONNAISSANCES THEORIQUES (Vrai/Faux).....	24
D. PARTIE IV : RESSENTIS FACE A L'ADDICTOLOGIE.....	25
E. ANALYSES EN SOUS-GROUPES.....	28
1. Analyses en sous-groupes de la partie II Vignettes Cliniques.....	28
2. Analyses en sous-groupes de la partie III VRAI/FAUX.....	30
3. Ressenti des IMG ayant fait un stage en addictologie.....	31
4. Ressenti des IMG des 5 facultés comparées.....	34
IV. DISCUSSION.....	36
V. CONCLUSION.....	42
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	43
VII. ANNEXES.....	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

DU : diplôme universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECN : Epreuve Classante Nationale

FST : Formations Spécifiques Transversales

IMG : Internes en médecine générale

MEDGE : médecine générale

MSO : médicaments de substitution aux opiacés

QCM : questionnaire à choix multiples

TSO : traitement de substitution aux opiacés

I. INTRODUCTION

Depuis les années 1990, la prise en charge des troubles de l'usage des opiacés a beaucoup évolué, en particulier avec l'arrivée dans l'arsenal thérapeutique du traitement substitutif aux opiacés de la méthadone, puis de la buprénorphine [1].

Selon l'European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, environ 1 million de personnes (0.33% de la population européenne) consomment des opioïdes (principalement de l'héroïne) en Europe en 2021 et 511 000 consommateurs d'opioïdes ont reçu un TSO (traitement substitutif aux opiacés) en 2021, majoritairement par méthadone (55.88%) et buprénorphine (34.57%) [2]. En France, d'après l'Observatoire Français des drogues et des tendances addictives, on compte 177 000 personnes traitées par MSO (médicaments de substitutions aux opiacés) en 2019 et 161 760 en 2021 [3].

La méthadone et la buprénorphine sont des dérivés synthétiques des opiacés. La méthadone est un agoniste complet des récepteurs opioïdes μ . Il existe donc avec cette molécule un risque de surdosage. La buprénorphine, quant à elle, est un agoniste opioïde partiel des récepteurs μ (ayant une activité intrinsèque plus faible que la méthadone mais une affinité très forte pour les récepteurs) et un antagoniste faible des récepteurs κ [4, 5, 6].

L'impact positif de l'utilisation des TSO dans la réduction de risque chez ces patients n'est plus à démontrer [7-12] : réduction de la mortalité toute cause et de la mortalité liée à l'usage d'opioïdes [13] (décès par surdosage en héroïne divisé par 5 entre 1994 et 2002), réduction de la transmission du VIH et meilleur accès au traitement de l'hépatite C [14,15], 6 fois moins de patients injecteurs entre 1995 et 2003. On observe une amélioration de la situation sociale chez 50% des patients sous TSO et une forte diminution des infractions liées à l'héroïne. Une économie d'environ 595 millions d'euros a été réalisée dans ce contexte entre 1997 et 2004.

Toutefois, la prise en charge de la douleur dans cette population reste un enjeu thérapeutique majeur, notamment pour les acteurs de soins primaires qui sont fréquemment confrontés à ces cas en pratique clinique courante [16-18].

La prévalence de la douleur est 2 à 3 fois plus importante chez les patients sous TSO que dans la population générale. Une étude portée en 2000 retrouvait une prévalence de 61.3% de phénomènes douloureux dans une cohorte de 248 patients traités par méthadone [19], contre 22% dans la population générale [10-22]. Plus récemment, une méta-analyse publiée en 2023 retrouve une prévalence de 50% de douleur chronique chez les patients sous TSO [23].

Par ailleurs, une gestion insuffisante de la douleur majore le risque d'interruption du traitement médical, d'automédication et entraîne des conséquences médicales et psychosociales néfastes liées à la recherche de drogues pour le patient [24-27].

Cette prise en charge de la douleur est complexe chez le patient sous TSO pour plusieurs raisons.

Premièrement, la prise chronique d'un traitement opioïde entraîne des remaniements physiologiques du système nerveux central et périphérique. Cela entraîne un phénomène de sensibilisation du système de conduction de la douleur que l'on nomme hyperalgésie [26, 28], les patients sont significativement moins tolérants à la douleur que la population générale, que ce soit dans le cadre d'une substitution par méthadone ou par buprénorphine [29-31].

Deuxièmement, il existe chez ces patients un phénomène de tolérance. Lors de prise chronique d'opioïdes, on observe une diminution de la réponse des récepteurs aux opioïdes, induisant une augmentation de la posologie pour obtenir l'effet initial [24]. Cette augmentation permet de compenser la tolérance mais majore l'hyperalgésie. Cette tolérance affecte différemment les propriétés spécifiques des opioïdes. Par exemple, le patient développe rapidement une bonne tolérance aux effets dépresseurs respiratoires mais pas aux effets constipants. Concernant les propriétés antalgiques des opioïdes, il existe un phénomène de tolérance croisée [32, 33], ainsi des patients soumis à des doses répétées de méthadone ont besoin de doses plus élevées et plus fréquemment administrées d'opioïdes car ils développent une tolérance croisée avec les autres opioïdes utilisés pour l'analgésie (comme la morphine par exemple).

Troisièmement, les patients présentant un trouble de l'usage aux opiacés sont souvent polypathologiques et sont plus sujets aux comorbidités psychiatriques, ce qui a un impact sur la gestion et la perception de la douleur par le patient [34-37].

De plus, les soignants ont tendance à sous-médicamenter les patients lorsqu'il est question d'ajouter un traitement opioïde à visée antalgique. On nomme ce phénomène l'opiophobie [31, 38, 39]. Ce terme regroupe plusieurs craintes et idées reçues des professionnels de santé sur le sujet et crée des barrières à la bonne prise en charge de la douleur chez ces populations [32].

Certains professionnels de la santé pensent que le traitement substitutif suffit à créer une analgie satisfaisante en cas de douleur aiguë [40]. Cependant, l'effet antalgique de la méthadone et de la buprénorphine dure environ 4 à 8 heures, alors que leurs effets sur la suppression des symptômes de sevrage des opioïdes durent 24 à 48h, d'où la prise habituelle en une seule fois par jour. La période de soulagement de la douleur chez un patient sous TSO est donc trop courte [41-42].

Une autre inquiétude présente chez les soignants est que l'utilisation d'opioïdes à visée antalgique entraîne une rechute de la dépendance et une reprise des consommations actives de drogues. Il semble que cela soit justement la douleur qui précipite la rechute, et non l'utilisation d'opioïdes. Dans une étude qualitative menée par Karasz et ses collègues en 2004, des patients traités par méthadone ont déclaré que la douleur était liée à une consommation de drogues et à un isolement social majoré [32, 43]. Les soignants sont divisés entre la prise en charge de la douleur et la prise en charge de l'addiction, et décrivent une ambiguïté dans toutes les décisions diagnostiques et thérapeutiques [44].

Certains soignants craignent de provoquer une dépression respiratoire en rajoutant des antalgiques de palier 3 aux traitements substitutifs. Il a été montré que le risque de dépression respiratoire est d'une part très rare chez les patients prenant des opioïdes de manière chronique per os et d'autre part que la dépression respiratoire est compensée rapidement par l'organisme [45]. De plus, les patients recevant de fortes doses d'opioïdes pour pathologies cancéreuses ne présentent généralement pas d'effet dépressur respiratoire [46].

Enfin, bien que moins fréquemment évoquée, nombre de soignants assimilent les plaintes douloureuses à des tentatives de manipulation afin d'obtenir des ordonnances détournées d'opiacés [22, 47, 48]. Ces populations sont vues par les acteurs de soins primaires comme des « population de patients difficiles » [49, 50]. Une étude publiée en 2018 a démontré que la prescription d'antalgiques opioïdes est 2.7 fois moins importante chez les patients dépendants aux opioïdes et douloureux que chez des patients non dépendants et douloureux [51, 52].

Depuis mars 2022, des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées par la Haute Autorité de Santé et proposent un algorithme de prise en charge d'une douleur aiguë chez un patient traité par MSO (Figure 1) [53].

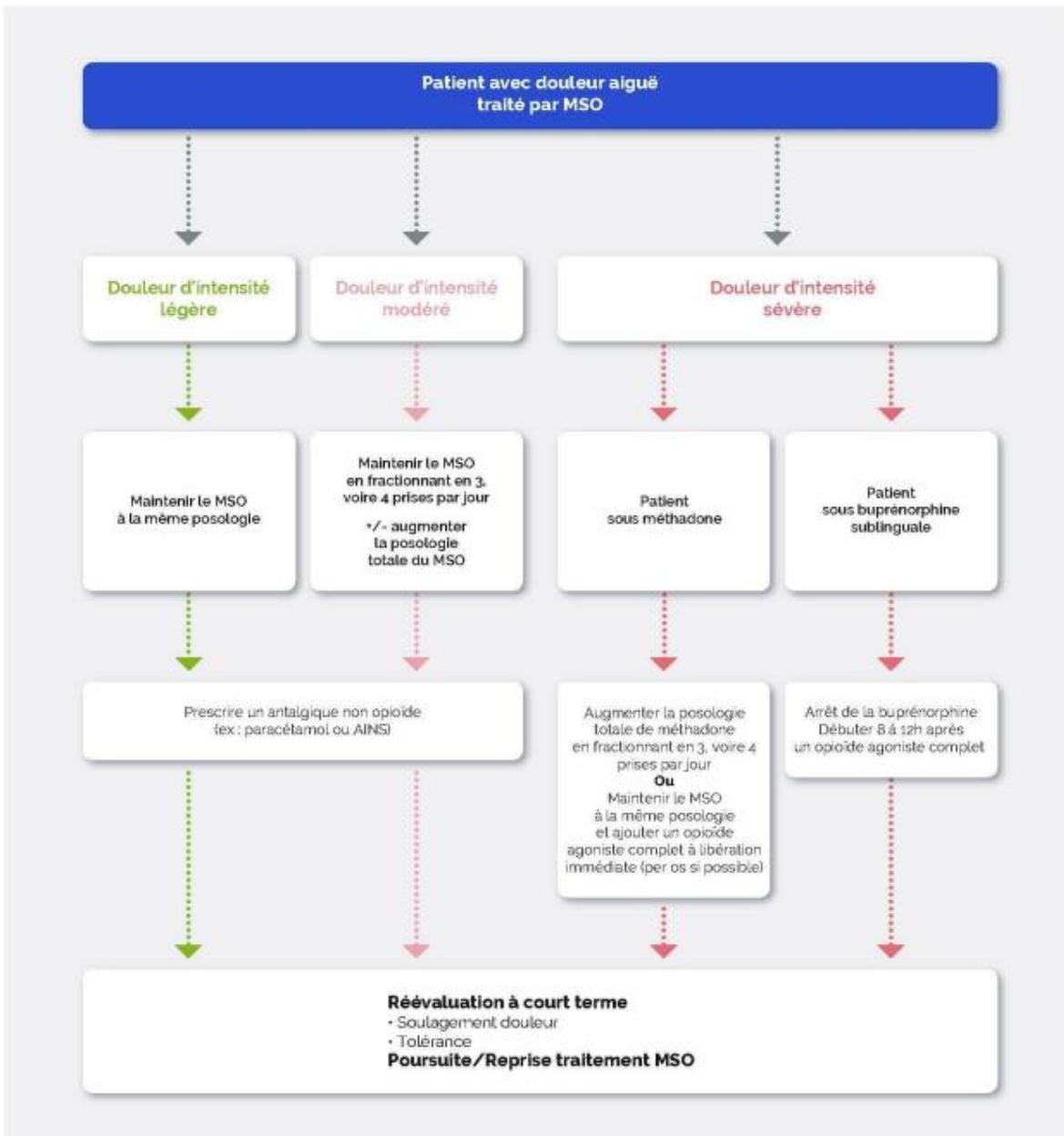


Figure 1 : Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde chez les patients traités par médicament de substitution aux opiacés. Source : HAS. Traitement du trouble de l'usage d'opioïdes. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Mars 2022.

Les recommandations déconseillent en particulier d'associer l'oxycodone et la méthadone du fait d'interactions via le cytochrome P450.

Pour la prise en charge d'une douleur aiguë sévère chez les patients sous buprénorphine, du fait de la forte affinité de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes, il est recommandé de stopper la prise de buprénorphine et de débiter un traitement par opioïde agoniste complet 8 à 12 heures après l'arrêt. En effet, la buprénorphine possède une affinité très forte pour les récepteurs μ , ce qui explique que l'ajout d'un agoniste complet tel que la morphine chez un patient sous buprénorphine, bien qu'ayant une activité intrinsèque plus efficace, ne pourra pas agir tant que les récepteurs seront liés à la buprénorphine. L'antalgie ne sera donc pas efficace [42].

Dans la littérature, plusieurs travaux se sont intéressés à la prise en charge de la douleur aiguë des patients sous TSO en soins primaires [54-56]. Toutefois, nous n'avons trouvé que peu de travaux centrés sur les connaissances et la formation des internes en médecine générale (IMG) sur ce sujet [57-61]. Au-delà, nombre de ces travaux ne regroupaient que peu de sondés, et se focalisaient sur une analyse locale ou régionale.

L'objectif principal de cette thèse était donc de réaliser un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale concernant la gestion de la douleur aiguë des patients sous traitements substitutifs aux opiacés, et ce au niveau national.

II. MATERIEL ET METHODE

Nous avons conduit une étude descriptive transversale quantitative, basée sur la diffusion d'un questionnaire à l'intention des internes de médecine générale des promotions 2020, 2021 et 2022 en France. Notre population cible comportait 10 056 individus [27], soit 3 388 internes ayant choisi à la suite des ECN le DES de Médecine générale en France pour la promotion 2020-2023, 3 280 pour la promotion 2021-2024 et 3 388 pour la promotion 2022-2025.

Le questionnaire administré comportait 27 questions réparties en 4 parties : la première partie recueillait des informations concernant les internes interrogés et leurs enseignements facultaires (sexe, faculté, année de formation, nombres d'heures d'enseignement reçues en addictologie...). La deuxième partie consistait à des mises en situations cliniques via des QCM selon différents niveaux d'intensité de la douleur aiguë (légère, modérée ou sévère) et selon les TSO choisis (méthadone ou buprénorphine). Ces vignettes cliniques ont été rédigées à partir des recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS en mars 2022 concernant le traitement antalgique opioïde de la douleur aiguë chez les patients avec consommation d'opioïdes en cours et les enquêtés devaient choisir quelle stratégie antalgique leur semblait la plus adaptée. La troisième partie évaluait leurs connaissances concernant les TSO et la gestion de la douleur chez les patients sous TSO par le biais de réponses VRAI ou FAUX à des affirmations. La dernière partie s'intéressait à leur ressenti face à l'addictologie, la gestion de la douleur en addictologie et leur formation concernant ces sujets.

Le questionnaire est accessible en Annexes 1 et 2. Il a été établi sur la plateforme sécurisée en ligne LIMESURVEY Version 5.6.31. Il s'agit du questionnaire 222234 mis en ligne le 9 mai 2023. Il a ensuite été diffusé entre les mois de mai et juillet 2023 à la population cible par différents moyens : sur internet par le biais des groupes de promotions des différentes facultés de France via FACEBOOK, par courrier électronique par le biais d'association des internes de médecine générale de certaines facultés ou bien par le biais des secrétariats de certaines facultés. Une relance a été faite à 4 et 6 semaines et le questionnaire a été clôturé le 15 septembre 2023. Le recueil a été effectué par le biais de la plateforme LIMESURVEY et les données ont été saisies puis analysées sous EXCEL. Malgré les différents moyens de diffusion utilisés, nous n'avons pu recueillir aucune réponse des populations cibles issues de 3 facultés : Lille, Limoges et Strasbourg.

Le questionnaire s'intéressant aux connaissances des internes en médecine générale et les données recueillies étant anonymes, un avis du Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire selon le décret d'application de la loi Jardé [28]. La méthode de référence MROO4 a pu être appliquée.

Nous avons choisi d'exclure les résultats incomplets. Les réponses ont été analysées de façon descriptive et des tests statistiques de Chi2 et de Fisher ont été réalisés pour les analyses en sous-groupes.

III. RESULTATS

Parmi les 361 réponses au questionnaire, les 125 réponses incomplètes ont été écartées.

A. PARTIE I : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

		<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Sexe</i>	Homme	57	24.2
	Femme	179	75.8
<i>Années d'internat</i>	1 ^{ère} année	54	22.9
	2 ^{ème} année	52	22
	3 ^{ème} année	126	53.4
	FST	4	1.7
	DU addictologie *	1	0.4
<i>Enseignements facultaires en addictologie</i>	Oui	141	59.7
	Non	95	40.3
<i>Nombre d'heures de formation en addictologie**</i>	Moins de 2 heures	33	22.9
	2-6h	78	54.2
	6-10h	25	17.4
	Plus de 10 heures	8	5.6
<i>Stage en addictologie***</i>	Oui, en structure hospitalière	26	11
	Oui, en structure ambulatoire	20	8.5
	Non	197	83.5

*1 personne a déclaré être en DU et en 2^{ème} année du DES de MEDGE

** total de réponses à cette question : 144 contre 236 pour les autres questions.

***6 personnes ont répondu avoir fait des stages en structure hospitalière et en structure ambulatoire

Tableau 1 : description des caractéristiques de la population.

Notre population était donc principalement constituée d'internes en fin de 3^{ème} cycle (53.4%), ayant déclaré avoir reçu un nombre d'heures de formation spécialisée réduit (77% des sondés déclarant avoir reçu moins de 6 heures d'enseignement sur l'addictologie). Environ 8 étudiants sur 10 déclaraient n'avoir jamais effectué de stage en addictologie.

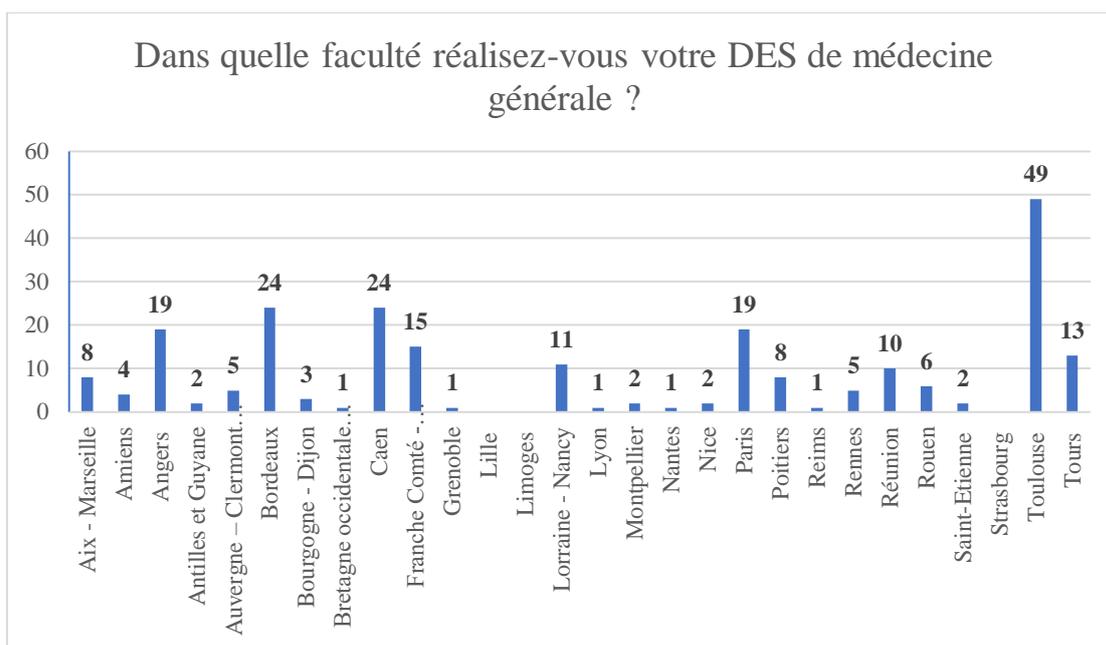


Figure 2. Nombre de réponses par faculté.

Cinq facultés regroupaient la majorité des réponses, soit environ 60% de notre panel (Angers, Bordeaux, Caen, Paris, Toulouse). Toutefois, des résultats émanant de 25 facultés différentes ont pu être analysés (sur un total de 28 facultés en France métropolitaine et DOM TOM).

B. PARTIE II : MISE EN PRATIQUE (*Vignettes cliniques*).

En moyenne, les participants ont répondu correctement dans 98,5% des items pour la question 1, 67,4% des items pour la question 2, 64,4% des items pour la question 3 et 71,7% des items pour la question 4. Au total, il y a eu en moyenne 75,5% de bonnes réponses pour cette partie II *Vignettes cliniques* du questionnaire.

	<i>Item</i>	<i>Réponse attendue</i>	<i>Nombre de bonnes réponses</i>
Question 1	A	NON	229 (97%)
<i>Stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité légère</i>	B	NON	232 (98,3%)
	C	OUI	230 (97,5%)
	D	NON	235 (99,6%)
	E	NON	236 (100%)
	Question 2	A	OUI
<i>Stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité modérée.</i>	B	NON	236 (100%)
	C	OUI	93 (39,4%)
	D	OUI	37 (15,7%)
	E	NON	236 (100%)
	Question 3	A	OUI
<i>Stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité sévère chez un patient sous méthadone</i>	B	NON	191 (80.9%)
	C	OUI	65 (27.5%)
	D	NON	224 (94.9%)
	E	NON	179 (75.8%)
	Question 4	A	NON
<i>Stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité sévère chez un patient sous buprénorphine</i>	B	NON	154 (65.3%)
	C	NON	221 (93.6%)
	D	NON	214 (90.7%)
	E	OUI	74 (31.4%)

Tableau 2 : vignettes cliniques.

Malgré un pourcentage de bonnes réponses supérieur à 75% pour la majorité des items des *Vignettes cliniques*, quelques items précis ont représenté une difficulté importante pour les sondés, en particulier les questions Q2.D et Q3C (moins de 30% de bonnes réponses). Celles-ci interrogeaient les IMG sur le fractionnement de la méthadone dans la douleur aiguë d'intensité modérée et sur l'ajout possible de morphine dans la gestion de la douleur aiguë d'intensité sévère chez un patient sous méthadone.

Trois autres items ont reçu moins de 50% de bonnes réponses : les questions Q2.C et Q3.A portant également sur le principe de fractionnement du TSO en cas de douleur d'intensité modérée à sévère et la question Q4.E, portant sur l'arrêt de la buprénorphine et l'introduction de morphine après 8 à 12h d'arrêt en cas de douleur sévère.

C. PARTIE III : CONNAISSANCES THEORIQUES (Vrai/Faux)

En moyenne, les participants ont donné la réponse attendue dans 72,9% des cas.

	<i>Réponse attendue</i>	<i>Nombre de bonnes réponses</i>
<i>1. Initiation méthadone par MG</i>	NON	168 (71.2%)
<i>2. Risque d'overdose avec buprénorphine</i>	NON	109(46.2%)
<i>3. Mésusage avec buprénorphine</i>	OUI	207(87.7%)
<i>4. Ordonnance sécurisée</i>	OUI	232(98.3%)
<i>5. Renouvellement méthadone MG</i>	OUI	228(96.6%)
<i>6. Hyperalgésie à la douleur</i>	OUI	102 (43.2%)
<i>7. L'utilisation d'opiacés augmente l'addiction</i>	NON	160 (67.8%)
<i>8. Douleur légère</i>	OUI	231 (97.9%)
<i>9. Douleur modérée</i>	NON	198 (83.9%)
<i>10. Douleur sévère et méthadone</i>	OUI	166 (70.3%)
<i>11. Douleur sévère et buprénorphine</i>	NON	92 (39%)

Tableau 3. Vrai/Faux.

Dans cette section, les questions ayant posé le plus de difficultés aux IMG concernaient principalement la gestion de la buprénorphine. D'une part, l'absence de risque d'overdose sous buprénorphine (*cf. question 2*) était méconnue pour 53.8% des IMG. D'autre part, nous avons relevé 61% de mauvaises réponses concernant l'inefficacité de la morphine dans la gestion de la douleur d'intensité sévère chez les patients dont les récepteurs de la douleur sont déjà saturés par la buprénorphine (*cf. question 11*).

Également, le principe d'hyperalgésie à la douleur concernant le patient sous TSO semblait peu connu (*question 6*, 43.2% de bonne réponse).

D. PARTIE IV : RESENTIS FACE A L'ADDICTOLOGIE

<i>Avez-vous déjà été</i>	Oui, toutes les semaines	16 (6.78%)
<i>confronté à un patient sous</i>	Oui, quelques fois par mois	53 (22.46%)
<i>TSO ?</i>	Oui, quelques fois par semestre	143 (60.59%)
	Non, jamais	24 (10.17%)

Tableau 4. Partie IV. Question 1. Fréquence estimée des consultations avec un patient sous TSO.

Parmi les 236 participants interrogés, 172 (72,88%) se sont sentis en difficulté sur ce sujet par manque de connaissances, 59 (25%) se sont retrouvés en difficulté face aux modalités de prescription des MSO, 48 (20.34%) se sont sentis en difficulté dans la relation médecin-patient, 129 (54.66%) ont rencontré des difficultés à manipuler les traitements (dosage, contre-indications...), 48 (20.34%) des participants se sont sentis en difficultés concernant le suivi de ces patients et 7 participants (2.97%) ont ressenti d'autres difficultés. Seulement 10 participants (4.24%) ont estimé ne pas avoir de difficultés sur le sujet.

Concernant la prescription d'antalgiques en cas de douleur chez les patients sous TSO, 72 participants (30.51%) ont ressenti des difficultés dans le choix d'antalgiques en cas de douleur chez les patients sous TSO, 12 participants (5.08%) se sont retrouvés en difficultés dans la relation médecin-patient en cas de douleur, 39 participants (16.53%) se sont retrouvés en difficulté lors de la prescription d'antalgiques, 33 participants (13.98%) ont eu l'appréhension de majorer l'addiction lors de la prescription d'antalgiques chez les patients sous TSO, 42 participants (17.80%) ont évoqué l'appréhension que le patient mente pour avoir plus de médicaments, 37 participants (15.68%) ont eu peur du risque d'overdose et 8 participants (3.39%) ont éprouvé d'autres difficultés.

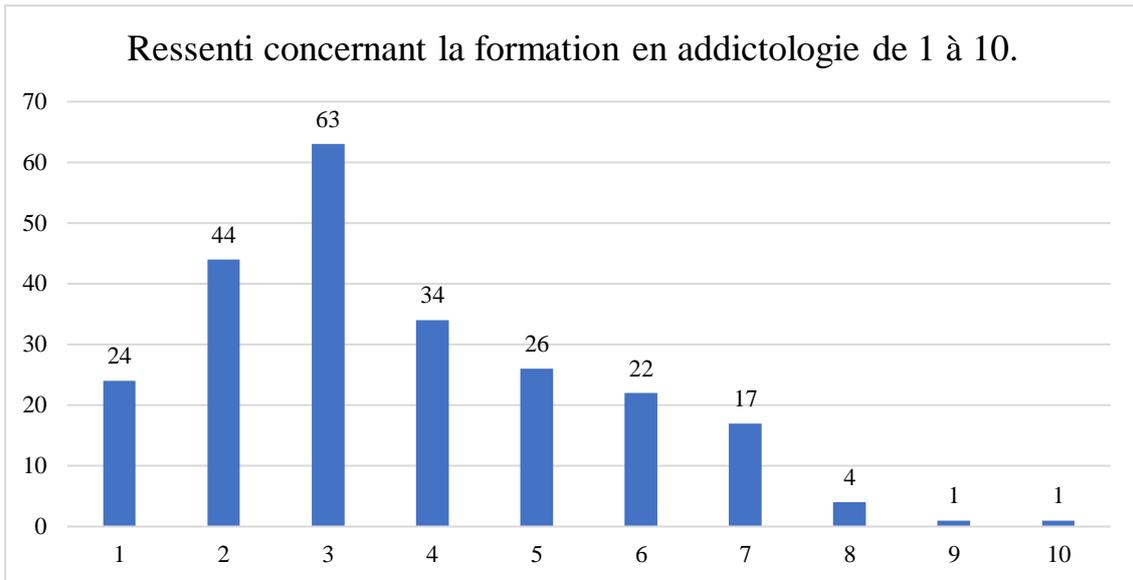


Figure 3. Question 4a. Ressenti concernant la formation en addictologie de 1 à 10.

Concernant le ressenti des IMG à propos de leur formation en addictologie, la médiane est à 3/10. Le premier quartile est à 2/10 et le 3^{ème} quartile est à 5/10.

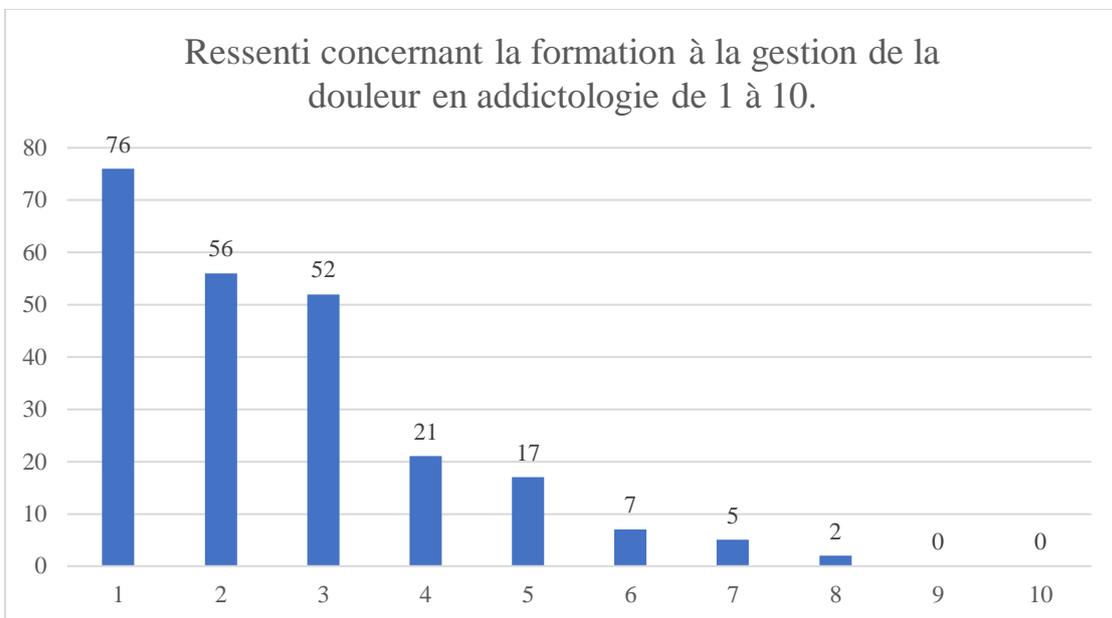


Figure 4. Question 4b. Ressenti concernant la formation à la gestion de la douleur en addictologie de 1 à 10.

Concernant la formation à la gestion de la douleur en addictologie, la médiane est à 2/10, le 1^{er} quartile à 1/10 et le 3^{ème} quartile à 3/10. Une large majorité d'internes semblaient donc ressentir un manque de formation en addictologie, d'autant plus marqué lorsqu'il s'agit de la gestion de la douleur chez ces patients.

Les moyens pédagogiques les plus pertinents à mettre en place d'après les participants sont par ordre décroissant :

- Site internet (78.81%)
- Atelier de mise en pratique (57.20%)
- Journée pédagogique (55.08%)
- Cours magistraux (35.17%)
- Revue médicale (23.73%)
- Autres (2.54%)

Parmi les 236 participants, 231 (97.88%) déclaraient avoir compris toutes les questions du questionnaire.

E. ANALYSE EN SOUS-GROUPES

Nous avons réalisé des tests statistiques de Chi2 (ou de Fisher lorsque les conditions n'étaient pas remplies) sur les questions de la partie II *Vignettes cliniques* et de la partie III VRAI/FAUX du questionnaire ayant reçu moins de 50% de bonnes réponses. Nous avons souhaité comparer les sous-groupes ayant réalisé un stage en addictologie en ambulatoire ou en hospitalier et les groupes n'ayant pas réalisé de stage, ainsi que les 5 facultés ayant le taux de participation le plus élevé (Angers, Bordeaux, Caen, Paris et Toulouse).

1) Analyses en sous-groupes de la partie II *Vignettes Cliniques* :

	Stage ambulatoire N=20	Stage hospitalier N = 26	Pas de stage N=197	P-value
Q2.C	12 (60%)	15 (57.7%)	72 (36.5%)	0.02
Q2.D	3 (15%)	7 (26.9%)	28 (14.2%)	0.25 (Fisher)
Q3.A	11 (55%)	12 (46.2%)	82 (41.6%)	0.49
Q3.C	5 (25%)	6 (23.1%)	55 (27.9%)	0.85
Q4.E	11 (55%)	11 (42.3%)	55 (27.9%)	0.02
Moyenne sur les 5 items	42%	39.24%	29.62%	

Tableau 5. Comparaison entre les IMG ayant réalisé un stage ambulatoire/hospitalier ou pas de stage en addictologie pour les items avec < 50% de bonnes réponses de la partie II *Vignettes cliniques* du questionnaire.

Ces résultats ont montré une différence statistiquement significative entre les groupes ayant et n'ayant pas réalisé de stage en addictologie pour les items Q2.C, interrogeant les IMG sur le principe de fractionnement et les items Q4.E, concernant la pharmacodynamie de la buprénorphine.

Nous avons également voulu analyser si de potentielles différences inter-facultaires en termes de réponse sur ces questions complexes pouvaient exister. Nous avons donc analysé les différents taux de bonnes réponses obtenus selon les 5 facultés ayant reçu le plus de participation (Angers, Bordeaux, Caen, Paris et Toulouse) (*Figure 6*).

Aucune différence statistiquement significative concernant les taux de bonnes réponses aux questions complexes n'a pu être mise en évidence entre ces 5 facultés, sauf concernant l'item Q4.E, portant sur la pharmacodynamie de la buprénorphine. Toutefois, les répondants de la faculté de Toulouse semblaient mieux répondre à ces questions complexes que les sondés des autres facultés.

	Angers (n=19)	Bordeaux (n=24)	Caen (n=24)	Paris (n=19)	Toulouse (n=49)	p-value
<i>Q2.C</i>	8 (42.1%)	10 (41.6%)	7 (29.1%)	5 (26.3%)	25 (51%)	0.27
<i>Q2.D</i>	5 (26.3%)	4 (16.7%)	3 (12.5%)	2 (10.5%)	12 (24.5%)	0.56
						(Fisher)
<i>Q3.A</i>	8 (42.1%)	14 (58.3%)	11 (45.8%)	9 (47.3%)	31 (63.2%)	0.41
<i>Q3.C</i>	7 (36.8%)	2 (8.3%)	4 (16.7%)	3 (15.8%)	13 (26.5%)	0.17
						(Fisher)
<i>Q4.E</i>	5 (26.3%)	3 (12.5%)	9 (37.5%)	3 (15.8%)	28 (57.1%)	0.0006
<i>Moyenne</i>	34.72%	27.48%	28.32%	23.14%	44.46%	

Tableau 6. Comparaisons de 5 facultés concernant les items ayant reçu moins de 50% de bonne réponse à la partie II Vignette Clinique du questionnaire.

2) **Analyses en sous-groupes de la partie III VRAI/FAUX :**

	Stage ambulatoire N = 20	Stage hospitalier N=26	Pas de stage en addictologie N=197	p-value
Q2 (46.2%)	8 (40%)	15 (57.7%)	88 (44.6%)	0.3
Q6 (43.2%)	13 (65%)	13 (50%)	81 (41.1%)	0.09
Q11 (39%)	10 (50%)	13 (50%)	73 (37%)	0.27
Moyenne sur les 3 questions	51.6%	52.6%	40.9%	

Tableau 7 : Comparaison des IMG ayant été en stage ou pas concernant les questions avec moins de 50% de bonnes réponses de la partie III VRAI/FAUX du questionnaire.

Pour la partie III de notre questionnaire, nous avons retrouvé une différence statistiquement significative pour la question Q6 portant sur la notion d'hyperalgésie à la douleur avec un plus grand nombre d'IMG ayant fait un stage en ambulatoire ou en hospitalier ayant donné la réponse attendue.

Questions avec < 50% bonne réponse	Angers (n=19)	Bordeaux (n=24)	Caen (n=24)	Paris (n=19)	Toulouse (n=49)	p-value
Q2 (46.2%)	8 (42.1%)	12 (50%)	8 (33.3%)	10 (52.6%)	29 (59.1%)	0.19
Q6 (43.2%)	8 (42.1%)	8 (33.3%)	14 (58.3%)	8 (42.1%)	22 (44.8%)	0.32
Q11 (39%)	9 (47.3%)	8 (33.3%)	7 (29.1%)	11 (57.8%)	33 (67.3%)	0.02
Moyenne des 3 questions	43.8%	38.9%	40.2%	50.8%	57%	

Tableau 8 : Comparaison de 5 facultés concernant les questions avec < 50% de bonnes réponses à la partie III VRAI/FAUX du questionnaire.

Comme pour la question portant sur la buprénorphine Q4.E de la partie II du questionnaire, nous retrouvons une différence statistiquement significative pour la réponse Q11 de la partie III, celle-ci portant également sur les propriétés pharmacologiques de la buprénorphine, et sur sa qualité de blocage des récepteurs μ . Pour

cette question, les facultés de Paris et Toulouse ont taux de bonnes réponses bien supérieur aux autres facultés.

3) Ressenti des IMG ayant fait un stage en addictologie :

Nous avons souhaité évaluer si le ressenti en termes de formation concernant l'addictologie et la gestion de la douleur en addictologie était meilleur chez les IMG ayant été en stage ambulatoire ou hospitalier.

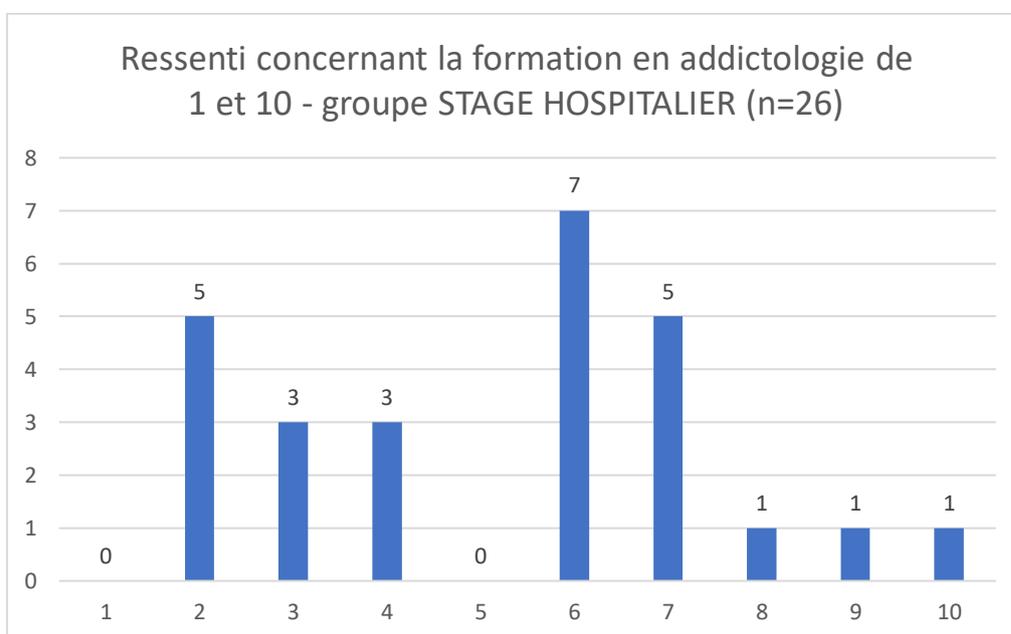


Figure 5 : Ressenti des IMG ayant réalisé un stage hospitalier concernant la formation en addictologie de 1 à 10.

Dans le sous-groupe « Stage hospitalier », la médiane concernant le ressenti des IMG sur leur formation était de 6/10 [Q1=3 ;Q3=7], là où pour rappel, la médiane à la même question était de seulement 3/10 sur notre population générale.

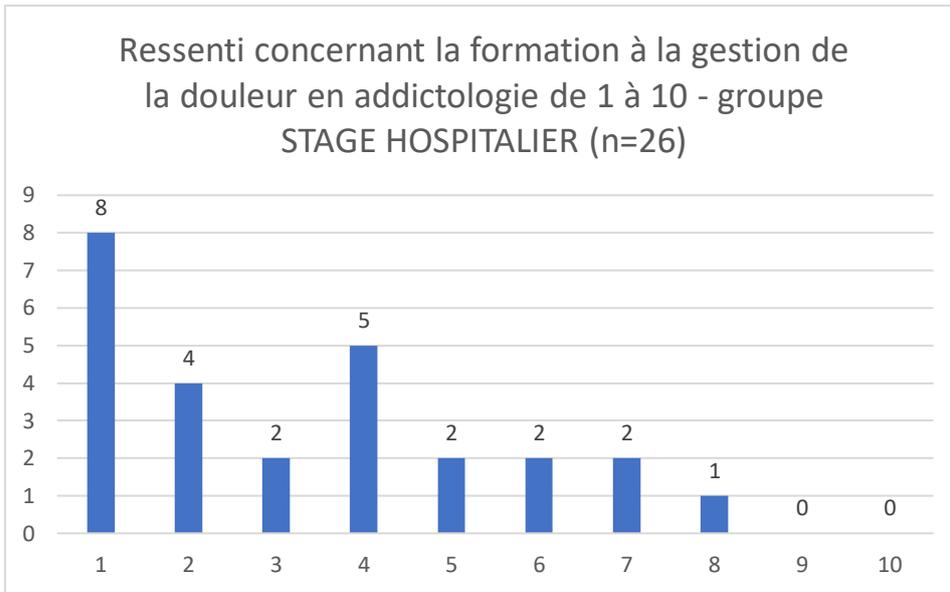


Figure 6 : Ressenti des IMG ayant réalisé un stage hospitalier concernant leur formation en gestion de la douleur en addictologie de 1 à 10.

Concernant le ressenti sur la gestion de la douleur des IMG ayant fait un stage hospitalier, la médiane est à 3/10 [Q1=1 ; Q3=5]. Bien que moins important, ce score reste supérieur au score en population générale (2/10).

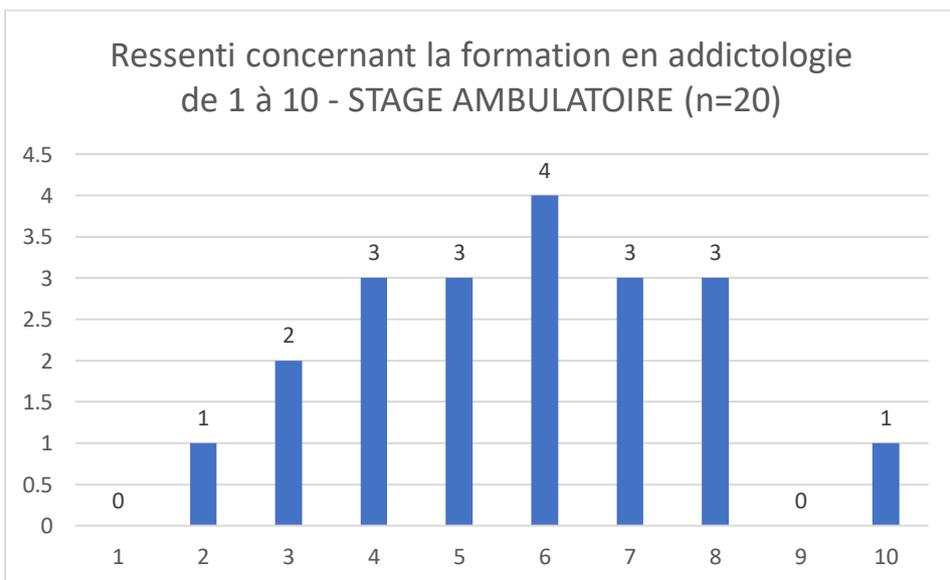


Figure 7 : Ressenti des IMG ayant réalisé un stage en ambulatoire concernant la formation en addictologie de 1 à 10.

Tout comme les IMG ayant fait un stage hospitalier, les résultats du sous-groupe « Stage ambulatoire » retrouvaient une médiane bien supérieure à celle du groupe général, mesurée à 6/10 [Q1=4 ; Q3=7].

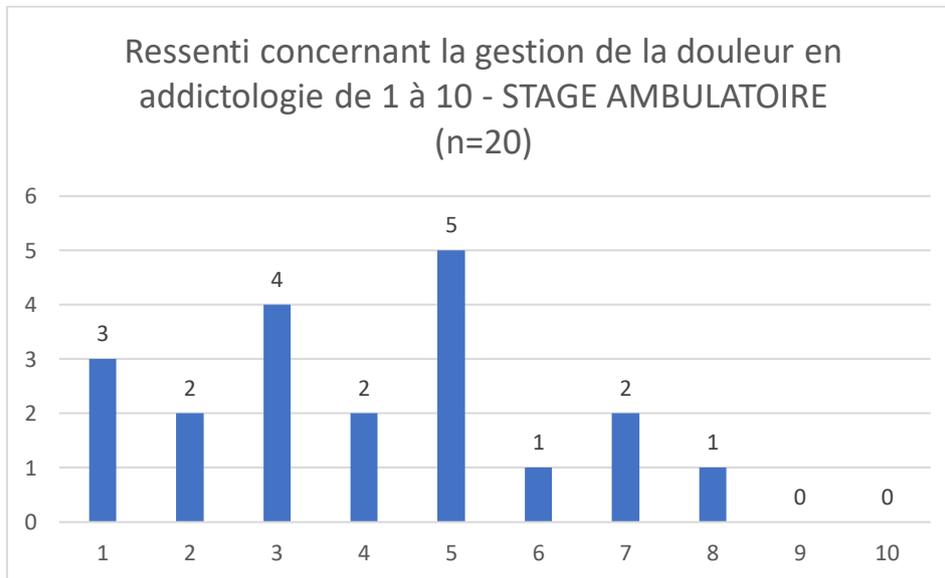


Figure 8 : Ressenti des IMG ayant réalisé un stage en ambulatoire concernant la gestion de la douleur en addictologie de 1 à 10.

Concernant le ressenti en termes de formation à la gestion de la douleur en addictologie dans le groupe stage ambulatoire, la médiane est de 4/10 [Q1=2 ; Q3=5], soit un meilleur ressenti que pour le groupe stage hospitalier.

4) Ressenti des IMG des 5 facultés comparées :

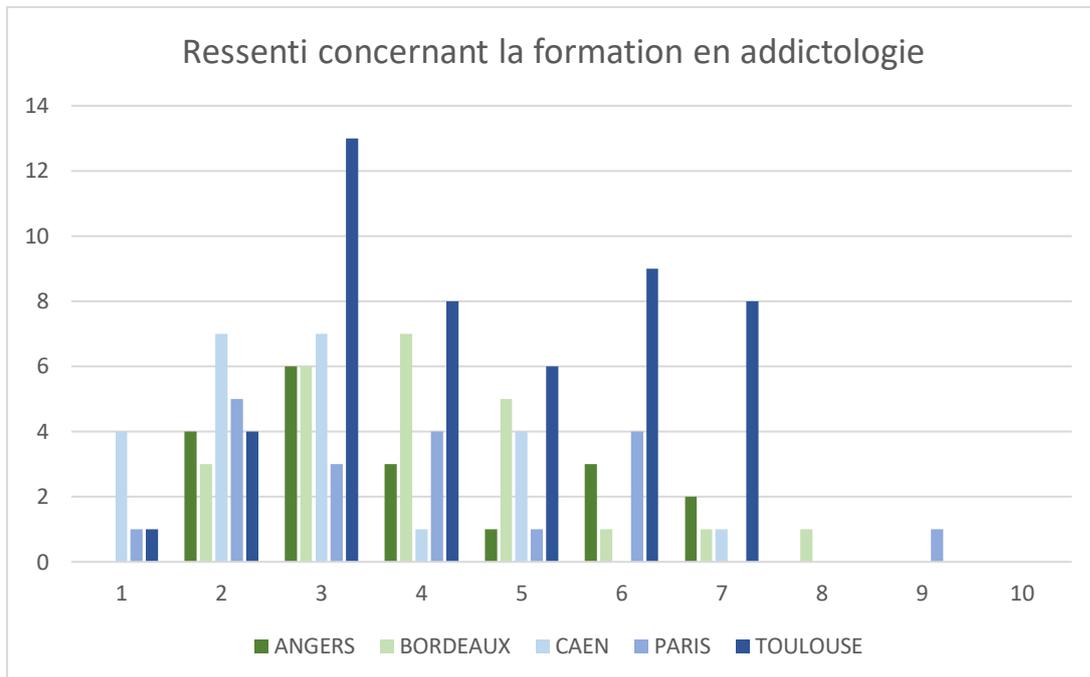


Figure 9 : Ressenti concernant la formation en addictologie de 1 à 10 entre les IMG des 5 facultés ayant reçu le plus de réponses au questionnaire.

Pour le ressenti en termes de formation en addictologie, les médianes sont de 3/10 pour les facultés de Angers et Caen et de 4/10 pour Paris, Bordeaux et Toulouse.

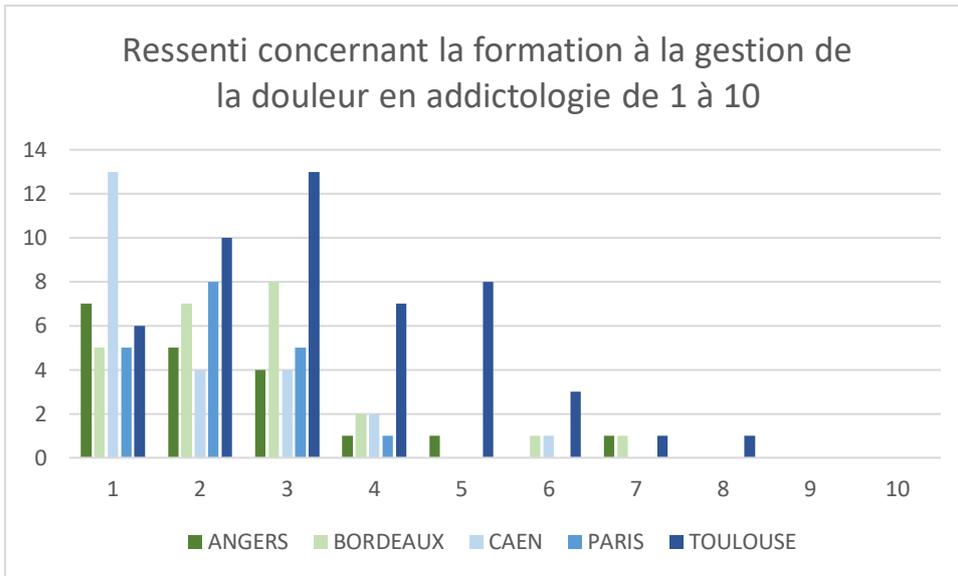


Figure 10 : Ressenti concernant la formation en gestion de la douleur en addictologie de 1 à 10 entre les IMG des 5 facultés ayant reçu le plus de réponses au questionnaire.

Pour le ressenti en termes de gestion de la douleur en addictologie, la médiane est de 1/10 pour la faculté de Caen, de 2/10 pour Angers, Bordeaux et Paris et de 3/10 pour la faculté de Toulouse.

IV. DISCUSSION

La gestion de la douleur aiguë chez les patients sous TSO est un exercice complexe. Les patients sous TSO sont souvent ressentis comme une population difficile à prendre en charge (comorbidités, patients polyopathologiques). Il en résulte une ambiguïté dans leur gestion, et les soignants peuvent rapidement se retrouver dans une position de méfiance vis-à-vis des patients, mais également vis-à-vis des traitements à mettre en place (opiophobie). Au-delà, les particularités pharmacologiques intrinsèques des MSO et des antalgiques utilisés sont parfois méconnues, pouvant générer des erreurs préjudiciables pour ces patients en menant à des rechutes [32].

Dans ce contexte, nous avons voulu faire un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale en France concernant la gestion de la douleur aiguë des patients sous TSO.

Nous avons choisi d'interroger des IMG car cette période du 3^{ème} cycle représente une phase socle en termes de connaissances, conditionnant nos pratiques futures.

Dans notre étude, les participants ont répondu correctement dans 75,5% des cas pour la partie II *Vignettes cliniques* et dans 72,9% des cas dans la partie III VRAI/FAUX.

Ils ont particulièrement bien répondu pour les questions portant sur une douleur aiguë de faible intensité (98,5% de bonnes réponses pour les items de la question 1 de la partie vignettes cliniques et 97,9% pour la question 8 de la partie VRAI/FAUX). Les pourcentages de bonnes réponses pour les parties centrées sur les douleurs d'intensité modérée (67,4% pour les items de la question 2 de la partie vignette clinique et 83,9% pour la question 9 du VRAI/FAUX) et pour la douleur d'intensité sévère sous méthadone (64,4% des items pour la question 3 de la partie vignette clinique et 70,3% pour la question 10 de la partie VRAI/FAUX) ou buprénorphine (71,7% des items pour la question 4 de la partie vignette clinique et 39% pour la question 11 de la partie VRAI/FAUX) sont moins élevés. Dans les différentes études menées auprès de médecins généralistes ou d'internes sur ce sujet, on retrouve la même tendance avec un niveau de difficulté pour les soignants proportionnel à l'intensité de la douleur [47, 51, 52, 60, 61]. Il paraît logique que les IMG aient plus de facilité à traiter une douleur de faible intensité,

plus fréquemment rencontrée en pratique clinique, qu'une douleur d'intensité modérée à sévère, d'autant plus chez des patients sous TSO.

Malgré ce taux de bonnes réponses globalement important, 72.88% des internes interrogés se sont sentis en difficulté par manque de connaissances concernant les TSO. En effet, la moitié des internes interrogés évaluaient leur ressenti concernant leur formation en addictologie entre 1 et 3 points sur 10, et entre 1 et 2 points sur 10 concernant leur formation sur la gestion de la douleur en addictologie. Il existe une réelle discordance entre les connaissances des internes et leur ressenti concernant leur formation. Cette différence peut s'expliquer par le profil particulier de ces patients, souvent polyopathologiques, et par le fait que bien que nous fassions mensuellement le renouvellement des TSO, nous n'en modifions que rarement les dosages, les patients non stabilisés étant généralement plutôt suivi par les CSAPA.

Seulement environ 10% des internes interrogés ont réalisé un stage hospitalier ou ambulatoire en addictologie. Ce chiffre est également retrouvé dans la littérature, avec entre 5 et 10% d'internes effectuant des stages d'addictologie selon les différentes études [60, 61]. Bien que les résultats soient majoritairement non statistiquement significatifs, du fait d'un probable manque de puissance et d'une trop grande disparité d'amplitude entre les sous-groupes, les résultats présentés dans l'analyse semblent montrer une tendance à de meilleures connaissances chez les IMG ayant fait un stage en ambulatoire ou hospitalier, par rapport aux IMG n'ayant jamais été en stage en addictologie, et ce en particulier sur les questions complexes. Afin de favoriser la formation des IMG sur ce sujet, il pourrait donc être intéressant de proposer de manière systématique un stage en addictologie.

Dans le questionnaire, nous avons relevé plusieurs notions ayant mis les IMG en difficulté. Parmi ces notions, le fractionnement semble avoir particulièrement posé problème aux IMG. Déjà en 2014, Levefre retrouvait que 59% des médecins interrogés ne connaissaient pas cette notion [62]. Dans la thèse de Hoche, le fractionnement était également inconnu de 46,6% des 72 IMG interrogés et 21,9% répondaient mal au questionnaire [61]. Cette notion, qui est un principe fondamental de la gestion de la

douleur des patients sous TSO dans les douleurs d'intensité modérée à sévère doit donc être enseigné aux IMG, afin de faciliter leur pratique future.

Une autre notion peu connue des IMG est l'inefficacité de la morphine chez les patients sous buprénorphine du fait de la saturation des récepteurs. Dans la thèse de Chalan Latou, réalisée en 2017 à Toulouse, 23% des interrogés poursuivaient la buprénorphine quand ils introduisaient de la morphine à visée antalgique, ce qui n'est pas conseillé dans la mesure où elle entre en concurrence auprès des récepteurs μ diminuant l'efficacité analgésique de la morphine. Dans notre travail, 61% des IMG interrogés introduisaient de la morphine alors que le patient était sous buprénorphine (question 11). Sa thèse ayant interrogé principalement des médecins formés en addictologie et peu d'internes, il s'agit peut-être d'une compétence acquise lors de la formation de ces médecins spécialisés et non acquise chez les IMG. Par ailleurs, l'arrêt de la buprénorphine chez un patient présentant une douleur d'intensité sévère avec introduction de morphine en différé n'est que peu probable en soins primaires et relève davantage d'une prise en charge hospitalière. Toutefois, cette notion, lorsqu'elle est maîtrisée, démontre d'une connaissance développée au niveau pharmacologique et physiopathologique des TSO.

La 3ème notion peu connue des IMG est l'hyperalgésie, présente chez les patients sous TSO. Une réponse erronée sur cette notion a été donnée par 56.8% des IMG (*question 6*). Bien que les IMG ayant réalisé un stage spécialisé semblent mieux connaître cette notion, ce phénomène d'hyperalgésie participe à la prévalence élevée de la douleur dans ces populations et la méconnaissance de ce phénomène peut pousser le soignant à la méfiance envers le patient ou à la crainte d'être manipulé, cette crainte étant déjà présente chez 17,8% des participants dans notre étude.

A noter que les IMG étaient particulièrement au point sur la gestion de la douleur aiguë d'intensité faible, l'utilisation de co-antalgiques et les modalités de prescription sur ordonnance sécurisée des TSO.

Nous avons relevé plusieurs forces et limites à cette étude.

La principale force de cette étude est qu'il s'agit à notre connaissance de la seule étude sur ce sujet réalisée à l'échelle nationale et sur la population des internes. En effet, plusieurs thèses ont été réalisées à l'échelle régionale ou départementale [47, 56] ou bien auprès de médecins généralistes et non d'internes [49, 54].

Dans notre étude, plus de la moitié des internes interrogés étaient en fin de cursus (3^{ème} année d'internat), il y a donc une plus forte probabilité qu'ils aient reçu des enseignements facultaires ou réalisé un stage sur ce sujet que les internes en 1^{er} ou 2nd années d'internat. Ils avaient donc potentiellement acquis le maximum de connaissance sur ce sujet au moment de la réalisation de notre étude. Pour expliquer cette large participation des internes en fin de 3eme cycle, nous pouvons supposer que ceux-ci se sentent probablement plus concernés par les travaux de thèse menés par leurs confrères, et donc qu'ils soient plus enclins à répondre aux questionnaires fournis. Bien que cela représente une force pour la validité de nos résultats concernant leur ressenti vis-à-vis de leur formation, cette différence représente un biais d'auto-sélection par rapport à la population source, où les IMG de 3^{ème} année d'internat ne représentent que 1/3 des internes.

Une autre force de cette étude est la structure claire du questionnaire : nous avons choisi volontairement des patients d'âge et de sexe différents dans le déroulé des questions de la partie II du questionnaire et précisé en début de questionnaire que chaque question est indépendante et à choix multiples. Ainsi, plus de 97% des IMG interrogés ont compris toutes les questions posées.

Une des limites de notre étude est un faible taux relatif de participation. La population cible était de 10 056 internes en médecine générale en France répartis dans les 3 promotions interrogées. Malgré les différentes voies de communication utilisées, nous n'avons pu récolter que 361 réponses, dont 125 étaient incomplètes et ont été exclues des analyses, la plupart de ces réponses s'arrêtant à la partie I du questionnaire relevant les caractéristiques de la population. Une fois les réponses incomplètes retirées, nous avons donc un pourcentage de participation de 2.3%. Bien que ce taux de participation soit faible, le nombre d'IMG ayant répondu au questionnaire dans cette étude reste bien supérieur aux nombre d'IMG interrogés dans des études similaires (52 IMG dans l'étude

de Benjamin CHALOU en 2017, 73 IMG dans la thèse réalisée par Aurélien Hoche en 2022 en Bourgogne).

Sur les 125 réponses écartées, la plupart des IMG avait complétés les parties I voir II, mais peu d'interrogés ont répondu aux parties III ou IV, probablement car la durée du questionnaire était trop longue pour certains IMG.

La deuxième limite de cette étude est le manque de puissance et la disparité des sous-groupes, rendant leurs comparaisons difficilement interprétables. Les groupes « stage ambulatoire » et « stage hospitalier » comportaient respectivement 20 et 26 internes, là où le groupe n'ayant fait aucun stage en addictologie comportait 197 internes. De même la comparaison entre toutes les différentes facultés n'était pas pertinente du fait de la disparité des effectifs. Seulement 5 facultés (Angers avec 19 réponses, Bordeaux avec 24 réponses, Caen avec 24 réponses, Paris avec 19 réponses et Toulouse avec 49 réponses) regroupaient 57% des participations. Pour 14 facultés, nous avons obtenu moins de 5 réponses au questionnaire (Amiens, Antilles et Guyane, Dijon, Bretagne, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nantes, Nice, Reims, Saint-Etienne, Strasbourg) : nous avons donc choisi de les exclure de l'analyse en sous-groupe.

Il existe également un biais de recrutement, avec pour la faculté de Toulouse (49 réponses), plus du double de réponses collectées par rapport aux 2 autres facultés avec le plus de réponses (Bordeaux et Caen, avec 24 réponses) car il s'agit de la faculté d'origine de cette thèse et de son auteur principal. A noter que la faculté de Toulouse prévoit dans son cursus du 3^{ème} cycle une journée de formation centrée sur l'addictologie. Nous n'avons pas interrogé les autres facultés sur leurs modalités d'enseignement sur le sujet, mais cette journée de formation peut expliquer les meilleurs taux de bonnes réponses pour la faculté de Toulouse dans l'analyse en sous-groupes.

Nous avons également relevé un biais de mémorisation pour certaines questions notamment de la partie I du questionnaire interrogeant les IMG sur leur formation, le mode de recueil étant déclaratif.

Notre étude permet toutefois de cibler plusieurs pistes d'amélioration afin que la douleur chez les patients sous TSO soit mieux prise en charge au niveau national, et que le soignant se sente plus compétent et à l'aise dans ce domaine. Ce thème pourrait être abordé au cours du 2nd cycle de formation universitaire, afin que tous les soignants de toutes les spécialités médicales possèdent des connaissances sur ce sujet. Au-delà, les notions de fractionnement, les particularités pharmacologiques de la buprénorphine et ses implications dans la gestion de la douleur ainsi que la notion d'hyperalgésie pourraient être approfondies au cours du 3^{eme} cycle universitaire.

Nous devons aussi améliorer le ressenti en termes de formation en addictologie des IMG. Nous avons montré dans notre étude que la réalisation d'un stage en hospitalier ou en ambulatoire permet d'améliorer le ressenti des IMG, ce qui à l'heure actuelle n'est accessible qu'à 10% des IMG. Un passage systématique en CSAPA ou en équipe mobile hospitalière pourrait améliorer la formation des IMG sur ce sujet.

Concernant la gestion de la douleur chez les patients sous TSO, la création d'un outil numérique d'aide à la décision, basé sur l'algorithme de prise en charge proposé par les recommandations récentes publiées en mars 2022 par la HAS, pourrait être une aide précieuse en consultation. Ainsi, à l'image du site ANTIBIOCLIC ou PSYCHOTROPE.fr, les praticiens auraient un accès rapide à une aide à la prescription durant leurs consultations. L'utilisation d'outils numériques reste le moyen pédagogique le plus demandé par les praticiens et les IMG, autour de 70 à 85% selon les études [60-61], en concordance avec nos résultats.

Dans notre étude, les IMG sont également très demandeurs d'ateliers de mise en pratique (57.20%) plutôt que des méthodes d'apprentissage théoriques conventionnelles (seulement 35.17% des IMG étaient demandeurs de cours magistraux). Ils semblent que les IMG soient plus intéressés par une méthode active d'enseignement (tels que l'étude de cas, les jeux de rôle ou la résolution de problème), que par des méthodes passives ou expositives, ce qui permettrait une meilleure mémorisation sur le long terme, le développement de l'esprit critique et une meilleure motivation [63]. Ces techniques d'enseignement pourraient aider les 20% d'IMG rencontrant des difficultés dans la relation médecin-patient sur ce sujet.

V. CONCLUSION

La douleur aiguë des patients sous TSO est un phénomène fréquent et ayant une physiopathologie propre (hyperalgésie, tolérance) mettant les soignants en difficulté (opiophobie, patients polypathologiques, comorbidités). La complexité de la prise en charge de cette douleur peut être préjudiciable au patient (rechute, perte de confiance dans le milieu médical, automédication).

Les IMG interrogés sur ce sujet ont donné la réponse attendue dans les $\frac{3}{4}$ des cas, avec des taux de bonne réponse importants pour les questions portant sur la gestion de la douleur de faible intensité, l'utilisation de co-antalgiques ou les modalités de prescription des TSO. Cependant, nous avons relevé des difficultés ciblées sur la notion de fractionnement du TSO en cas de douleur modérée ou sévère, sur la notion d'hyperalgésie à la douleur et sur les interactions entre la buprénorphine et la morphine dans la gestion de la douleur d'intensité sévère.

Malgré ces taux de bonnes réponses élevés, le ressenti des IMG concernant leur formation en addictologie et la gestion de la douleur est très faible. Pour améliorer la formation des IMG et leur permettre de se sentir plus compétents sur ce sujet, nous avons retenu en premier lieu comme pistes d'amélioration la création d'un outil numérique d'aide à la prescription ainsi que la création d'un atelier de mise en pratique, intégrant les notions ayant particulièrement posé problème aux IMG.

Par ailleurs, les analyses en sous-groupes ont montré une tendance à une amélioration des réponses au questionnaire et un meilleur ressenti en termes de formation pour les IMG ayant réalisé un stage en addictologie, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire. Un stage systématique dans ce domaine pourrait donc permettre d'améliorer la prise en charge de ces patients, qui peut s'avérer complexe.

le 18/11/2024
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse, le 19/11/2024
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
PRÉFESSEUR THOMAS BEERAERTS

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Traitement du trouble de l'usage d'opioïdes. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Mars 2022.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2023: Trends and Developments. 2023. Disponible sur : https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
3. Ndiaye A. Traitements de substitution aux opioïdes en France. Bilan 2023. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Mars 2023.
4. Résumé des caractéristiques du produit - SUBUTEX 8 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68945058&typedoc=R>
5. Vazquez V, Gury C, Laqueille X. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. L'Encéphale. 1 août 2006;32(4, Part 1):478-86.
6. Whelan PJ, Remski K. Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds. J Neurosci Rural Pract. 2012;3(1):45-50.
7. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. La Presse Médicale. oct 2004;33(18):41-7.
8. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2009;(3):CD002209.
9. De Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. [Follow-up of opioid addicts treated with high-dose buprenorphine in a health care network. National retrospective study. Experience of French general physicians]. Ann Med Interne (Paris). avr 2000;151 Suppl A:A27-32.
10. Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. Addiction. juin 2005;100(6):820-8.
11. Amato L, Davoli M, Aperucci C, Ferri M, Faggiano F, Pmattick R. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available

- evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*. juin 2005;28(4):321-9.
12. Fiellin DA, Schottenfeld RS, Cutter CJ, Moore BA, Barry DT, O'Connor PG. Primary Care-Based Buprenorphine Taper vs Maintenance Therapy for Prescription Opioid Dependence. *JAMA Intern Med*. déc 2014;174(12):1947-54.
 13. Laroche MR, Bernson D, Land T, Stopka TJ, Wang N, Xuan Z, et al. Medication for Opioid Use Disorder After Nonfatal Opioid Overdose and Association With Mortality. *Ann Intern Med*. 7 août 2018;169(3):137-45.
 14. Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 avr 2008;(2):CD004145.
 15. Ritter C, Fink A, Caflisch C, Falcato L, et al. Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution de la dépendance aux opioïdes. *Swiss Society of Addiction Medicine*. 2012.
 16. Srivastava A, Kahan M, Nader M. Primary care management of opioid use disorders. *Can Fam Physician*. Mars 2017;63(3):200-5.
 17. Livingston JD, Adams E, Jordan M, MacMillan Z, Hering R. Primary Care Physicians' Views about Prescribing Methadone to Treat Opioid Use Disorder. *Subst Use Misuse*. 28 janv 2018;53(2):344-53.
 18. Bounes V, Roussin A, Lapeyre-Mestre M, Battefort F, Montastruc JL, Ducassé JL. Quelle prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés ? *Journal Européen des Urgences*. 1 mars 2008;21:A161.
 19. Jamison RN, Kauffman J, Katz NP. Characteristics of methadone maintenance patients with chronic pain. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:53-62.
 20. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *Jama* 1998;280:147-51.
 21. Courty P, Authier N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés. *La Presse Médicale*. 1 déc 2012;41(12, Part 1):1221-5.
 22. Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users. *Joint Bone Spine*. 1 oct 2012;79(5):446-50.
 23. Delorme J, Kerckhove N, Authier N, Pereira B, Bertin C, Chenaf C. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Chronic Pain Among Patients With Opioid Use Disorder and Receiving Opioid Substitution Therapy. *The Journal of Pain*. févr 2023;24(2):192-203.

24. Mialou M, Kauffmann J, Richard B, Llorca P, Courty P, Authier N. Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés. *Le Courrier des addictions* n°2. 2010.
25. Koller G, Schwarzer A, Halfter K, Soyka M. Pain management in opioid maintenance treatment. *Expert Opin Pharmacother.* nov 2019;20(16):1993-2005.
26. Manguzzi E, et al. Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes. *Revue médicale suisse*, 2018, vol. 14, no. 612, p. 1280-1285
27. Glenn MC, Sohler NL, Starrels JL, Maradiaga J, Jost JJ, Arnsten JH, et al. Characteristics of methadone maintenance treatment patients prescribed opioid analgesics. *Subst Abus.* 2016;37(3):387-91.
28. Laprevote V, Geoffroy PA, Rolland B, Leheup BF, Di Patrizio P, Cottencin O, et al. Gestion des traitements de substitution aux opiacés lorsqu'un antalgique est indiqué. *La Presse Médicale.* 1 juill 2013;42(7):1085-90.
29. Doherty M, White JM, Somogyi AA, Bochner F, Ali R, Ling W. Hyperalgesic responses in methadone maintenance patients. *PAIN.* févr 2001;90(1):91.
30. Compton P, Charuvastra VC, Ling W. Pain intolerance in opioid-maintained former opiate addicts: effect of long-acting maintenance agent. *Drug and Alcohol Dependence.* 1 juill 2001;63(2):139-46.
31. Victorri-Vigneau C, Bronnec M, Guillou M, Gérardin M, Wainstein L, Grosclaude C, et al. Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés. *Douleur analg.* 1 juin 2012;25(2):83-6.
32. Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. *Ann Intern Med.* 17 janv 2006;144(2):127-34.
33. Collett BJ. Opioid tolerance: the clinical perspective. *British Journal of Anaesthesia.* juill 1998;81(1):58-68.
34. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA.* 8 juill 1998;280(2):147-51.
35. Jamison RN, Kauffman J, Katz NP. Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain. *Journal of Pain and Symptom Management.* janv 2000;19(1):53-62.
36. Johnston-Devin C, Mulvogue J, Kornhaber R, McLean L, Cleary M. Pain and Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing.* 2 janv 2023;44(1):79-82.

37. Rosenblum A, Joseph H, Fong C, Kipnis S, Cleland C, Portenoy RK. Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *JAMA*. 14 mai 2003;289(18):2370-8.
38. Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill CS, Thorpe DM, et al. Medical Students' Attitudes Toward Pain and the Use of Opioid Analgesics: Implications for Changing Medical School Curriculum. *Southern Medical Journal*. mai 2000;93(5):472-8.
39. Webster F, Bremner S, Oosenbrug E, Durant S, McCartney CJ, Katz J. From Opiophobia to Overprescribing: A Critical Scoping Review of Medical Education Training for Chronic Pain. *Pain Med*. août 2017;18(8):1467-75.
40. Johnson RE, Fudala PJ, Payne R. Buprenorphine: Considerations for Pain Management. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 mars 2005;29(3):297-326.
41. Fishman SM, Wilsey B, Mahajan G, Molina P. La méthadone réincarnée : nouvelles applications cliniques avec des préoccupations connexes. *Douleur Med*. 2002; 3 :339-48.
42. Walsh SL, Eissenberg T. La pharmacologie clinique de la buprénorphine : extrapolation du laboratoire à la clinique. *Dépendance à l'alcool*. 2003; 70 :S13-27.
43. Karasz A, Zallman L, Berg K, Gourevitch M, Selwyn P, Arnsten JH, et al. The experience of chronic severe pain in patients undergoing methadone maintenance treatment. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:517-25.
44. Berg KM, Arnsten JH, Sacajiu G, Karasz A. Providers' Experiences Treating Chronic Pain Among Opioid-Dependent Drug Users. *J Gen Intern Med*. avr 2009;24(4):482-8.
45. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *The Journal of Pain*. 1 juin 2003;4(5):231-56.
46. Wiffen PJ, Wee B, Derry S, Bell RF, Moore RA. Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6 juill 2017;2020(2).
47. Audigié M. Le médecin généraliste face à la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution aux opiacés : état des lieux des représentations, des ressentis et des pratiques dans les Alpes-Maritimes. 26 juin 2018;91.

48. Louie DL, Assefa MT, McGovern MP. Attitudes of primary care physicians toward prescribing buprenorphine: a narrative review. *BMC Fam Pract.* 15 nov 2019;20:157.
49. Laura Boguet. Prise en charge de la douleur aiguë chez le patient toxicomane substitué en opiacés en médecine générale: enquête Non'Algique. *Médecine humaine et pathologie.* 2020. hal-04042833
50. Dooley J, Asbridge M, Fraser J, Kirkland S. Physicians' attitudes towards office-based delivery of methadone maintenance therapy: results from a cross-sectional survey of Nova Scotia primary-care physicians. *Harm Reduction Journal.* 2012;9:20.
51. Delorme J, Chenaf C, Bertin C, Riquelme M, Eschalier A, Ardid D, et al. Chronic Pain Opioid-Maintained Patients Receive Less Analgesic Opioid Prescriptions. *Front Psychiatry.* 23 juill 2018;9:335.
52. Keller CE, Ashrafioun L, Neumann AM, Van Klein J, Fox CH, Blondell RD. Practices, Perceptions, and Concerns of Primary Care Physicians about Opioid Dependence Associated with the Treatment of Chronic Pain. *Substance Abuse.* avr 2012;33(2):103-13.
53. HAS. Traitement antalgique opioïde de la douleur aiguë chez les patients avec consommation d'opioïdes en cours. Mars 2022.
54. . Pereira Le Corre J. État des lieux des représentations, des ressentis et des connaissances des médecins généralistes sur la douleur des patients toxicomanes aux opiacés. Paris: Université de Paris Diderot, Paris 7, UFR Paris 7. 2013.
55. Guillou Landreat M, Baillot M, Le Goff D, Le Reste JY. Acute pain management among patients with opioid maintenance therapy: specificities and difficulties identified in primary care: a qualitative study. *BMJ Open.* janv 2021;11(1):e044433.
56. Olivier J. Antalgie chez les patients sous traitement de substitution aux opiacés. Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier. Avril 2018.
57. Thomas J, Slat S, Woods G, Cross K, Macleod C, Lagisettey P. Assessing Medical Student Interest in Training About Medications for Opioid Use Disorder: A Pilot Intervention. *J Med Educ Curric Dev.* 2 juin 2020;7:2382120520923994.
58. Niemi-Murola L, Nieminen JT, Kalso E, Pöyhiä R. Medical undergraduate students' beliefs and attitudes toward pain: how do they mature? *Eur J Pain.* août 2007;11(6):700-6.
59. Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill CS, Thorpe DM, et al. Medical Students' Attitudes Toward Pain and the Use of Opioid Analgesics: Implications for

Changing Medical School Curriculum. Southern Medical Journal. mai 2000;93(5):472-8.

60. Chalan-Latou B. Connaissances et stratégies thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur aiguë des patients traités par médicament de substitution aux opiacés. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier. Septembre 2017.
61. Hoche A. Prise en charge de la douleur aiguë chez le patient sous traitement de substitution aux opiacés : connaissances et pratiques des internes en médecine générale de l'université de Bourgogne. Dijon: Université de Bourgogne. Mars 2022.
62. Lefevre Mohr C. Quelle prise en soins du patient douloureux sous traitement de substitution aux opiacés? Analyse des comportements d'automédication des patients et des pratiques antalgiques des médecins. Faculté de médecine de Strasbourg; 2014
63. Paparisteidi Nefeli. Active learning practices and blended learning in higher education : the case of EPITECH. Université Paris Cité. Paris. 2022.

VII. ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire

Madame, Monsieur,

En tant que médecin généraliste, j'effectue des recherches sur les connaissances des internes en médecine générale concernant la gestion de la douleur aiguë des patients sous traitement substitutif aux opiacés, dans le cadre de ma thèse de médecine, dirigée par le Dr MILLET Benjamin. Afin de tester vos connaissances, je vous sou mets ce questionnaire. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir le compléter – ce questionnaire étant totalement anonyme.

PREMIERE PARTIE : caractéristiques sociodémographiques

QUESTION 1 :

Etes-vous :

Un homme

Une femme

QUESTION 2 :

Etes-vous :

En 1^{ère} année d'internat

En 2^{ème} année d'internat

En 3^{ème} année d'internat

En FST (addictologie, soins palliatifs)

En DU addictologie

QUESTION 3 :

A quelle faculté êtes-vous rattachés ?

Amiens / Auvergne / Bourgogne / Franche-comté / Grenoble / Antilles et Guyane / Réunion / Lille / Bordeaux / Limoges / Lyon / Bretagne occidentale / Aix-Marseille / Caen / Montpellier / Lorraine / Angers / Nantes / Nice / Paris (Versailles, Paris Descartes, Sorbonne, Paris Diderot, Paris Sud, Créteil, Paris Nord) / Poitiers / Reims / Rennes / Rouen / Saint-Etienne / Strasbourg / Toulouse / Tours

QUESTION 4 :

avez-vous reçu des enseignements facultaires concernant l'addictologie ?

Oui

Non

Si oui, combien d'heures de formation ?

< 2h,

2-6h,

6-10h,

>10h

QUESTION 5 :

Avez-vous fait un stage en addictologie ?

Oui, en stage ambulatoire (ex : CSAPA)

Oui, en hospitalier (ex : service d'addictologie)

Non

DEUXIEME PARTIE : mise en pratique

Ces questions ont été créées afin d'évaluer vos stratégies thérapeutiques face à une douleur d'intensité légère à sévère chez un patient sous MSO (Médicament Substitutif aux Opiacés). Il s'agit de questions à choix multiples, plusieurs réponses justes sont possibles. Chaque question est indépendante l'une de l'autre. Vos réponses sont anonymes.

QUESTION 1 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité légère.

Mr X., 45 ans, présente une contusion du poignet à la suite d'une chute traumatique. Il n'y a pas de fracture. Il est sous BUPRENORPHINE (SUBUTEX®) 12 mg depuis 5 ans. Il n'y a pas eu de changement de posologie de son MSO depuis 3 ans. Il présente une douleur EVA 2/10.

Concernant la douleur liée à cette contusion, vous lui proposez :

- A. Aucune prescription puisque la buprénorphine est suffisante pour antalgiser une douleur légère.
- B. Un arrêt de la buprénorphine avec un relai par un autre opioïde.
- C. Une prescription de PARACETAMOL ou AINS et un maintien de son traitement habituel.
- D. Une prescription de CODEINE ou TRAMADOL et un maintien de son traitement habituel.
- E. Une prescription de MORPHINE ou OXYCODONE et un maintien de son traitement habituel.

QUESTION 2 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité modérée.

Mme Y., 32 ans, s'est fait il y a 5 jours un lumbago suite à un port de charge lourde. Elle vient vous voir car elle reste douloureuse avec une EVA à 5/10. Elle est sous METHADONE 30 mg par jour sirop en une prise le matin. Vous lui proposez :

- A. De maintenir la METHADONE à 30 mg le matin et d'ajouter des antalgiques non opioïdes tels qu'un AINS pour gérer cette douleur d'intensité modérée.
- B. D'augmenter la METHADONE à 60 mg en une prise le matin pour une meilleure antalgie.
- C. De fractionner la METHADONE en 3 prises en gardant une dose totale de 30 mg/j et d'ajouter un antalgique non opioïde (PARACETAMOL).
- D. De fractionner la METHADONE en 3 prises, d'augmenter la dose totale à 35 ou 40 mg/j et d'ajouter un antalgique non opioïde (PARACETAMOL).
- E. De switcher la METHADONE par la BUPRENORPHINE (SUBUTEX®) afin d'avoir une meilleure antalgie.

QUESTION 3 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité sévère chez un patient sous méthadone

Mr Z., 24 ans, sous METHADONE 80 mg/j le matin en gélule depuis 2 ans, vient vous voir car il est très douloureux dans un contexte de sciatique hyperalgique (EVA 8/10). Il est déjà sous PARACETAMOL et KETOPROFENE. Le SOLUPRED a été inefficace. Qu'elle est votre prise en charge antalgique ?

- A. J'augmente la dose totale de METHADONE par jour et je la fractionne en 3 ou 4 prises par jour.
- B. Je maintien la dose totale de METHADONE et j'ajoute de l'OXYCODONE à libération prolongée pour obtenir un effet antalgique suffisant.
- C. Je maintien la dose totale de METHADONE et j'ajoute de la MORPHINE à libération immédiate par voie orale.
- D. Je maintien la dose totale de METHADONE et j'ajoute de la MORPHINE par voie IV.
- E. J'arrête la METHADONE et je la remplace par une dose équivalente d'OXYCODONE à libération prolongée, en ajoutant des interdoses à libération immédiate.

QUESTION 4 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur d'intensité sévère chez un patient sous buprénorphine

Mme W., 55 ans, sous BUPRENORPHINE (SUBUTEX®) 24 mg/j le matin depuis 4 ans, est très douloureuse (EVA 8/10) dans un contexte de colique néphrétique. Elle a déjà réalisé le bilan diagnostic aux urgences et il n'y a pas d'indication à une prise en charge chirurgicale. Les AINS et PARACETAMOL sont peu efficaces. Qu'elle est votre prise en charge antalgique ?

- A. Je poursuis son traitement par BUPRENORPHINE 24 mg le matin et j'ajoute de la MORPHINE à libération immédiate par voie IV.
- B. Je poursuis son traitement par BUPRENORPHINE 24 mg le matin et j'ajoute de l'OXYCODONE à libération immédiate par voie orale.
- C. Je poursuis son traitement par BUPRENORPHINE 24 mg le matin et j'ajoute de la METHADONE par voie orale.
- D. Je stoppe son traitement par BUPRENORPHINE et je débute d'emblée un traitement par MORPHINE per os.
- E. Je stoppe son traitement BUPRENORPHINE et je débute 8-12h après l'arrêt un traitement par MORPHINE per os.

TROISIEME PARTIE : connaissances théoriques

Vrai ou faux ?

1. Un médecin généraliste peut initier un traitement par METHADONE.
2. Avec la BUPRENORPHINE, il existe un risque d'overdose.
3. Il existe un risque de mésusage avec la BUPRENORPHINE.
4. La prescription de MSO se fait sur ordonnance sécurisée.
5. Un médecin généraliste peut renouveler et modifier la posologie d'un traitement par METHADONE.
6. Un patient sous MSO présente une hyperalgésie en cas de douleur.
7. L'utilisation d'opiacés pour traiter une douleur importante chez un patient sous MSO renforce son addiction.
8. Devant une douleur d'intensité légère, il est recommandé d'introduire un traitement antalgique non opioïde (AINS, paracétamol...) en première intention et de maintenir le TSO à la même posologie.
9. Devant une douleur d'intensité modérée, il est recommandé de stopper le TSO initialement afin d'évaluer la douleur puis d'introduire un antalgique non opioïde en première intention.
10. Devant une douleur d'intensité sévère, il est recommandé chez un patient sous méthadone de fractionner les prises, voir de rajouter de la morphine si besoin.
11. Devant une douleur d'intensité sévère, il est recommandé chez un patient sous Buprénorphine de fractionner les prises, voir de rajouter de la morphine si besoin.

QUATRIEME PARTIE : ressentis face à l'addictologie

QUESTION 1 :

Avez-vous déjà été confronté à un patient sous MSO ?

Oui

Non

Si oui, à quelle fréquence ? >1x/s, 1x/s, 1x/mois, 1x/2-3 mois, jamais

QUESTION 2 :

Vous êtes-vous déjà retrouvé en difficulté face à un patient traité par MSO ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

- Manque de connaissance
- Difficultés concernant les modalités de prescription (ordonnance sécurisée, pharmacie de délivrance...)
- Difficultés concernant la relation médecin-patient
- Difficultés concernant la prescription (dosage, médicament)
- Difficultés concernant le suivi
- Autre :

QUESTION 3 :

Avez-vous déjà du prescrire un traitement antalgique à un patient sous MSO ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous rencontrés des difficultés ou des appréhensions ?

- Dans le choix des antalgiques ?
- Dans la relation médecin-patient ?
- Dans la prescription d'antalgique ?
- Appréhension de majorer l'addiction du patient ?
- Appréhension que le patient mente pour avoir plus de médicaments ?
- Appréhension du risque d'overdose ?
- Autres difficultés ou appréhension :

QUESTION 4 :

Entre 1 et 10, à combien estimez-vous votre formation en addictologie ?

Notamment concernant la gestion de la douleur chez cette population ?

QUESTION 5 :

Quels moyens pédagogiques vous semblent les plus pertinents afin d'améliorer nos connaissances concernant la gestion de la douleur des patients sous MSO ?

- Site internet (type PEDIADOC, AntibioCLIC, Kitmédical...)
- Journée pédagogique
- Cours magistraux
- Atelier de mise en pratique
- Revue médicale
- Autre :

QUESTION 6 :

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

Oui / Non

Si Oui, pourquoi ?

Merci d'avoir complété ce questionnaire. Les résultats de l'étude pourront vous être envoyés si vous le souhaitez. Pour ce faire, merci d'en faire la demande par mail à l'adresse suivante : louisesadrin@aol.com

Je vous remercie pour votre participation

Annexe 2 – Parties 2 et 3 du questionnaire avec réponses attendues

DEUXIEME PARTIE : mise en pratique

Ces questions ont été créées afin d'évaluer vos stratégies thérapeutiques face à une douleur d'intensité légère à sévère chez un patient sous MSO (Médicament Substitutif aux Opiacés). Il s'agit de questions à choix multiples, plusieurs réponses justes sont possibles. Chaque question est indépendante l'une de l'autre. Vos réponses sont anonymes.

QUESTION 1 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité légère.

Mr X., 45 ans, présente une contusion du poignet à la suite d'une chute traumatique. Il n'y a pas de fracture. Il est sous BUPRENORPHINE (SUBUTEX®) 12 mg depuis 5 ans. Il n'y a pas eu de changement de posologie de son MSO depuis 3 ans. Il présente une douleur EVA 2/10.

Concernant la douleur liée à cette contusion, vous lui proposez :

- F. Aucune prescription puisque la buprénorphine est suffisante pour antalgiser une douleur légère.
FAUX.
- G. Un arrêt de la buprénorphine avec un relai par un autre opioïde.
FAUX. Il faut privilégier un maintien de son traitement MSO.
- H. Une prescription de PARACETAMOL ou AINS et un maintien de son traitement habituel.
VRAI. Devant une douleur d'intensité légère, il est recommandé d'introduire un antalgique non opioïde en première intention.
- I. Une prescription de CODEINE ou TRAMADOL et un maintien de son traitement habituel.
FAUX. Il ne faut pas associer un antalgique de palier 2 à un MSO.
- J. Une prescription de MORPHINE ou OXYCODONE et un maintien de son traitement habituel.
FAUX. En première intention, on privilégie un antalgique non opioïde. De plus, l'utilisation de MORPHINE ou OXYCODONE en plus de la BUPRENORPHINE n'est pas efficace puisque la BUPRENORPHINE se fixe de manière très importante sur les récepteurs opioïdes.

QUESTION 2 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité modérée.

Mme Y., 32 ans, s'est fait il y a 5 jours un lumbago suite à un port de charge lourde. Elle vient vous voir car elle reste douloureuse avec une EVA à 5/10. Elle est sous METHADONE 30 mg par jour sirop en une prise le matin. Vous lui proposez :

- F. De maintenir la METHADONE à 30 mg le matin et d'ajouter des antalgiques non opioïdes tels qu'un AINS pour gérer cette douleur d'intensité modérée.
VRAI.

- G. D'augmenter la METHADONE à 60 mg en une prise le matin pour une meilleure antalgie.
FAUX. Il faut d'abord fractionner la prise pour avoir une meilleure antalgie et une augmentation de 30 mg est trop importante, elle risque un surdosage.
- H. De fractionner la METHADONE en 3 prises en gardant une dose totale de 30 mg/j et d'ajouter un antalgique non opioïde (PARACETAMOL).
VRAI. La gestion d'une douleur aiguë d'intensité modérée passe par le maintien du MSO en fractionnant la dose en 3 ou 4 prises par jour +/- en augmentant la posologie totale du MSO. La prescription d'un antalgique non opioïde associée est recommandée.
- I. De fractionner la METHADONE en 3 prises, d'augmenter la dose totale à 35 ou 40 mg/j et d'ajouter un antalgique non opioïde (PARACETAMOL).
VRAI. Idem.
- J. De switcher la METHADONE par la BUPRENORPHINE (SUBUTEX®) afin d'avoir une meilleure antalgie.
FAUX. Aucune indication de changer de MSO.

QUESTION 3 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur aiguë d'intensité sévère chez un patient sous méthadone

Mr Z., 24 ans, sous METHADONE 80 mg/j le matin en gélule depuis 2 ans, vient vous voir car il est très douloureux dans un contexte de sciatique hyperalgique (EVA 8/10). Il est déjà sous PARACETAMOL et KETOPROFENE. Le SOLUPRED a été inefficace. Qu'elle est votre prise en charge antalgique ?

- F. J'augmente la dose totale de METHADONE par jour et je la fractionne en 3 ou 4 prises par jour.
VRAI. C'est la 1^{ère} possibilité face à une douleur aiguë d'intensité sévère.
- G. Je maintiens la dose totale de METHADONE et j'ajoute de l'OXYCODONE à libération prolongée pour obtenir un effet antalgique suffisant.
FAUX. L'association METHADONE-OXYCODONE est à éviter en raison des risques d'interaction via le cytochrome P450. De plus, les formes à libération prolongée seront prescrites lorsque l'équilibre antalgique est atteint.
- H. Je maintiens la dose totale de METHADONE et j'ajoute de la MORPHINE à libération immédiate par voie orale.
VRAI. C'est la 2^{ème} possibilité face à une douleur aiguë d'intensité sévère.
- I. Je maintiens la dose totale de METHADONE et j'ajoute de la MORPHINE par voie IV.
FAUX. Il faut privilégier la voie orale autant que possible, même si dans certaines situations la voie IV est nécessaire.
- J. J'arrête la METHADONE et je la remplace par une dose équivalente d'OXYCODONE à libération prolongée, en ajoutant des interdoses à libération immédiate.
FAUX. Il faut privilégier le maintien de la METHADONE afin de faciliter le retour à la prescription originale une fois la phase algique terminée.

QUESTION 4 :

Objectif : stratégie thérapeutique devant une douleur d'intensité sévère chez un patient sous buprénorphine

Mme W., 55 ans, sous BUPRENORPHINE (SUBUTEX®) 24 mg/j le matin depuis 4 ans, est très douloureuse (EVA 8/10) dans un contexte de colique néphrétique. Elle a déjà réalisé le bilan diagnostique aux urgences et il n'y a pas d'indication à une prise en charge chirurgicale. Les AINS et PARACETAMOL sont peu efficaces. Qu'elle est votre prise en charge antalgique ?

- F. Je poursuis son traitement par BUPRENORPHINE 24 mg le matin et j'ajoute de la MORPHINE à libération immédiate par voie IV.
FAUX. La buprénorphine ayant une affinité supérieure pour les récepteurs à opioïdes que la morphine, l'oxycodone ou la méthadone, l'ajout d'un de ses opioïdes, par voie orale ou IV, n'aura aucun effet sur la douleur du patient.
- G. Je poursuis son traitement par BUPRENORPHINE 24 mg le matin et j'ajoute de l'OXYCODONE à libération immédiate par voie orale.
FAUX. Idem réponse A.
- H. Je poursuis son traitement par BUPRENORPHINE 24 mg le matin et j'ajoute de la METHADONE par voie orale.
FAUX. Idem réponse A.
- I. Je stoppe son traitement par BUPRENORPHINE et je débute d'emblée un traitement par MORPHINE per os.
FAUX. Du fait de l'affinité de la buprénorphine sur les récepteurs, il faut attendre 8-12h après la dernière dose de buprénorphine pour que les autres opioïdes fonctionnent.
- J. Je stoppe son traitement BUPRENORPHINE et je débute 8-12h après l'arrêt un traitement par MORPHINE per os.
VRAI. Une fois les récepteurs libres, il faut réaliser une titration identique à un patient non substitué afin de trouver la dose efficace.

TROISIEME PARTIE : connaissances théoriques

Vrai ou faux ?

12. Un médecin généraliste peut initier un traitement par METHADONE.
FAUX. Sa prescription initiale est limitée aux médecins des CSAPA ou médecins hospitaliers, contrairement à la Buprénorphine, qui peut être initiée par un médecin généraliste.
13. Avec la BUPRENORPHINE, il existe un risque d'overdose.
FAUX. Il n'y a généralement pas d'overdose avec la buprénorphine, sauf en cas d'interaction médicamenteuse (notamment en cas de prise de benzodiazépines associés, surtout par voie intra-veineuse). En revanche, il existe un risque d'overdose avec la METHADONE, c'est pourquoi une prescription de NALOXINE (antidote) est indispensable (PRENOXAD ou NYXOID)
14. Il existe un risque de mésusage avec la BUPRENORPHINE.
VRAI. La Buprénorphine est associée à un mésusage par voie intra veineuse, en sniff ou fumé, ce qui entraîne un risque infectieux et un risque de toxicité hépatique plus élevé. Par ailleurs, son utilisation est contre-indiquée en cas d'hépatite C du fait de son potentiel hépatotoxique. Le mésusage de la buprénorphine est un argument pour passer à la méthadone sirop, qui ne peut pas être injectée.
15. La prescription de MSO se fait sur ordonnance sécurisée.
VRAI. Sur ordonnance sécurisée, avec dosage en toutes lettres et pharmacie de délivrance indiquée. Durée max de 28j (14j pour la forme sirop de la METHADONE). Délivrance pour 7 jours sauf mention contraire sur l'ordonnance. A l'initiation du traitement : délivrance quotidienne.
16. Un médecin généraliste peut renouveler et modifier la posologie d'un traitement par METHADONE.
VRAI. Chez un patient stabilisé, l'équipe du CSAPA ou hospitalière peut orienter le patient chez son généraliste pour faciliter sa prise en charge. Une légère modification des dosages est possible par le généraliste (par exemple augmentation de 10 mg en cas de douleur d'intensité modérée), mais en cas de changement important, le recours aux centres référents est nécessaire.
17. Un patient sous MSO présente une hyperalgésie en cas de douleur.
VRAI. Il existe un phénomène d'hyperalgésie et une diminution de la tolérance à la douleur chez les patients sous TSO.
18. L'utilisation d'opiacés pour traiter une douleur importante chez un patient sous MSO renforce son addiction.
FAUX. Il existe une réelle opiophobie chez les soignants, qui craignent de majorer la consommation d'antalgiques de ces patients, ou que la plainte douloureuse soit une allégation afin d'obtenir plus d'antalgiques.
19. Devant une douleur d'intensité légère, il est recommandé d'introduire un traitement antalgique non opioïde (AINS, paracétamol...) en première intention et de maintenir le TSO à la même posologie.
VRAI.
20. Devant une douleur d'intensité modérée, il est recommandé de stopper le TSO initialement afin d'évaluer la douleur puis d'introduire un antalgique non opioïde en première intention.
FAUX. Il est recommandé de maintenir le TSO en fractionnant la dose en 3 prises par jour en association aux antalgiques non opioïdes. Si l'antalgie est insuffisante, on peut augmenter la dose totale de MSO.

21. Devant une douleur d'intensité sévère, il est recommandé chez un patient sous méthadone de fractionner les prises, voir de rajouter de la morphine si besoin.
VRAI. Il faut fractionner la Méthadone et soit augmenter la dose totale de Méthadone, soit ajouter un opioïde agoniste complet à libération immédiate.
22. Devant une douleur d'intensité sévère, il est recommandé chez un patient sous Buprénorphine de fractionner les prises, voir de rajouter de la morphine si besoin.
FAUX. Il faut stopper la Buprénorphine et introduire un opioïde agoniste complet après 8 à 12h d'arrêt de la Buprénorphine car la Buprénorphine étant un agoniste antagoniste, l'utilisation de morphine (ou autre agoniste) chez un patient encore sous Buprénorphine est inefficace.

AUTEUR : SADRIN Louise

TITRE : Connaissances des internes en médecine générale en France concernant la gestion de la douleur aiguë des patients sous traitements substitutifs aux opiacés

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr MILLET Benjamin

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 10 décembre 2024.

La douleur aiguë des patients sous traitements substitutifs aux opiacés est un phénomène fréquent et complexe. On retrouve un phénomène d'hyperalgésie et de tolérance ainsi qu'une opiophobie à l'origine d'automédications, de consommations de drogues et d'une perte de confiance dans les équipes soignantes. Le médecin généraliste est un des acteurs majeurs de cette prise en charge. Nous avons réalisé un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale concernant la gestion de la douleur aiguë des patients sous traitements substitutifs aux opiacés.

Pour cela, nous avons mené une étude observationnelle descriptive quantitative auprès des internes en médecine générale (IMG) des promotions 2020 à 2022 en France via un questionnaire en 4 parties (Caractéristiques socio-démographiques, Vignettes cliniques, VRAI/FAUX et Ressenti face à l'addictologie) diffusé de mai à juillet 2023.

Sur les 236 réponses analysées, nous avons retrouvé un pourcentage de bonne réponse de 75.5% pour la partie Vignettes cliniques et de 72.9% pour la partie VRAI/FAUX. Cependant, la médiane concernant le ressenti des IMG était à 3/10 à propos de leur formation en addictologie et à 2/10 à propos de leur formation à la gestion de la douleur. Les analyses en sous-groupes ont montré une tendance à de meilleurs résultats chez les IMG ayant réalisés des stages en addictologie en hospitalier ou en ambulatoire.

En conclusion, bien qu'étant compétents sur la gestion de la douleur de faible intensité, il existe des lacunes dans la formation des IMG concernant leur gestion de la douleur d'intensité modérée à sévère, notamment concernant le principe de fractionnement et l'utilisation de morphine chez les patients sous buprénorphine. La réalisation d'un stage en addictologie, la création d'outils numériques d'aide à la prescription ou encore la création d'ateliers de mise en pratique sont des pistes intéressantes pour améliorer les connaissances et le ressenti en termes de formation spécialisée des IMG en France.

Mots-Clés : douleur, traitement substitutif aux opiacés, médecine générale, internes.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France