



HAL
open science

Une vignette clinique pour évaluer la connaissance et l'utilisation de la recommandation française des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses chez les internes en médecine générale en France

Marine Claerbout

► To cite this version:

Marine Claerbout. Une vignette clinique pour évaluer la connaissance et l'utilisation de la recommandation française des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses chez les internes en médecine générale en France. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01956335

HAL Id: dumas-01956335

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956335>

Submitted on 15 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA - ANTIPOLIS FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NICE

Une vignette clinique pour évaluer la connaissance et l'utilisation de la recommandation française des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses chez les internes en médecine générale en France

THÈSE D'EXERCICE

Pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Présentée et publiquement soutenue le 17 Septembre 2018

Par Marine CLAERBOUT

Née le 22 juin 1988 à Biarritz

Membres du Jury

Président du Jury : Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI

Assesseurs : Madame le Docteur Marina BERNARDIN

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Virginie PIANO

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA - ANTIPOLIS FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NICE

Une vignette clinique pour évaluer la connaissance et l'utilisation de la recommandation française des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses chez les internes en médecine générale en France

THÈSE D'EXERCICE

Pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Présentée et publiquement soutenue le 17 Septembre 2018

Par Marine CLAERBOUT

Née le 22 juin 1988 à Biarritz

Membres du Jury

Président du Jury : Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI

Assesseurs : Madame le Docteur Marina BERNARDIN

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Virginie PIANO

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

**M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel**

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAU Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme HURST Samia Thérapeutique (48.04)

M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GILLET Jean-Yves
M. BALAS Daniel	M. GRELLIER Patrick
M. BATT Michel	M. GRIMAUD Dominique
M. BLAIVE Bruno	M. HARTER Michel
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

*À Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI,
Professeur en Pharmacologie Clinique,*

Qui me fait l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir accepté de juger mon travail et d'être présent malgré quelques imprévus. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect.

*À Madame le Docteur Marina BERNARDIN,
Docteur en Rhumatologie,*

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

*À Monsieur le Professeur Gilles GARDON,
Professeur associé en Médecine Générale,*

Un grand merci pour votre aide et votre patience tout au long de ces années de GEASP et tout particulièrement au cours de mon travail de thèse ! Je suis très heureuse et honorée que vous ayez accepté de juger mon travail.

*À Madame le Professeur Brigitte MONNIER
Professeur en Médecine Générale,*

Je vous suis très reconnaissante de votre disponibilité et d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

*À Madame le Docteur Virginie PIANO,
Docteur en Médecine Générale, Algologue,*

Un grand merci de m'avoir proposé ce sujet d'étude, et pour votre confiance en acceptant d'encadrer mon travail. Merci de m'avoir aidée, de m'avoir lue, relue, corrigée, recorrectée... Merci pour toutes ces heures que vous m'avez consacrées !!

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET MÉTHODE	4
1. Participants :.....	4
2. Enquête par e-mail :	4
3. Réalisation de la vignette clinique :.....	4
4. Analyse statistique	5
RÉSULTATS	7
1. Participation à l'étude :.....	7
2. Description de la population :	7
3. Prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuse par les IMG en France en adéquation avec les recommandations :.....	8
4. Objectifs secondaires :	10
5. Résultat de l'enquête de satisfaction :.....	11
DISCUSSION	12
1. Opioïdes forts : un problème de santé publique d'actualité	12
2. Points forts et limites de l'étude	12
3. L'applicabilité des recommandations.....	13
4. La formation des IMG en France	15
CONCLUSION	16
BIBLIOGRAPHIE.	17
ANNEXES	21
RÉSUMÉ.....	36
LE SERMENT D'HIPPOCRATE	37

ABRÉVIATIONS

AMM :	Autorisation de mise sur le marché
DCNC :	Douleur chronique non cancéreuse
IMG :	Interne de médecine générale
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LI :	Libération Immédiate
LP :	Libération Prolongée
ORT :	Opioid Risk Tool
POMI :	Prescription Opioid Misuse Index
SFETD :	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

INTRODUCTION

La douleur chronique est une expérience désagréable sensorielle et émotionnelle, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne (1) (2). Elle constitue un des principaux motifs de consultation en cabinet de médecine générale (3) (4). Selon l'INSERM, 30% de la population française adulte présente des douleurs chroniques, avec dans les deux tiers des cas, une douleur d'intensité modérée à sévère (5). De plus, environ un tiers des patients n'est pas suffisamment soulagé par les traitements de palier 1 et 2 (6) (ANNEXE 3. Rappel sur les traitements de 1^{ère} intention). La douleur chronique entraînant un retentissement important sur la qualité de vie notamment en termes d'isolement social ou encore de syndrome anxiodépressif, les morphiniques, traitements de palier 3, sont alors prescrits (7) (8) (9) (ANNEXE 4. Physiologie des opioïdes forts). Si cette utilisation des opioïdes forts n'est pas controversée dans les douleurs d'origine cancéreuse, elle reste discutée pour les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) car elle expose au risque iatrogène et d'abus médicamenteux, véritable crise sanitaire aux Etats-Unis depuis 2014 (10) (11) (12) (13). C'est pourquoi, en 2016, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) a proposé d'actualiser les recommandations de Limoges datant de 2010 afin d'aider les praticiens à améliorer la prise en charge des patients en utilisant les morphiniques dans les indications scientifiquement reconnues (14) (15).

Les internes en médecine générale (IMG) de France ont déjà eu une première approche de ces recommandations enseignées au cours de leurs études médicales (6 heures de cours) (16). Ils sont fréquemment confrontés à la prise en charge des DCNC notamment lors de leurs stages chez le praticien. Il est donc intéressant d'évaluer si leur prise en charge est en adéquation avec les recommandations qu'ils ont étudiées récemment.

Afin d'étudier l'applicabilité de la recommandation, l'utilisation d'une vignette clinique est intéressante. Elle permet une mise en situation au plus proche de la pratique courante en s'appuyant sur les points clefs des recommandations et détermine si le praticien répond en adéquation c'est-à-dire en accord avec ceux-ci. La vignette clinique permet donc une auto évaluation des répondants tout en gardant un regard critique sur la qualité des recommandations (17) (18).

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer, à l'aide d'une vignette clinique, si la prise en charge des patients avec DCNC par opioïdes forts par les IMG en France est en adéquation avec les recommandations de la SFETD. Les objectifs secondaires sont de déterminer : 1) si les IMG ayant une expérience en médecine générale libérale répondent de manière optimisée envers les recommandations comparés à ceux n'ayant qu'une pratique hospitalière, les patients avec DCNC consultant plus régulièrement leur médecin généraliste (16) (19) et 2) d'étudier les facteurs limitant l'utilisation de ces recommandations au moyen d'une enquête proposée après l'étude et en présentant les corrections de la vignette clinique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Participants :

Tous les internes de médecine générale de France ont été inclus en 2018. Être médecin généraliste ou interne de spécialité étaient des critères de non-inclusion. Quatorze universités de médecine (Nice, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, Rennes, Limoges, Montpellier, Nantes, Paris, Lyon, Dijon, Saint Etienne et Brest) ont été contactées afin de recruter le maximum d'IMG sur l'ensemble du territoire. Six d'entre elles ont donné accès aux courriers électroniques des IMG ou leur ont transmis le questionnaire (Bordeaux, Nice, Strasbourg, Marseille, Rennes et Toulouse). Les facultés qui ont transmis le questionnaire ont envoyé le nombre total d'IMG contactés. Au total, 2365 IMG ont été sollicités pour remplir le questionnaire. Des informations générales leur ont été demandées en début de questionnaire pour étudier la population des réponders (sexe, université, semestre d'internat, stage en médecine générale de ville, remplacement).

2. Enquête par e-mail :

Le 30/04/2018, un e-mail a été envoyé à tous les participants proposant un lien vers un sondage sur internet (Copyright © 1999-2018, SurveyMonkey, Palo Alto, CA). Les non-répondeurs ont reçu un rappel deux semaines plus tard. L'inclusion s'est terminée le 02/06/2018 et les questionnaires ont été analysés de manière anonyme après recueil obligatoire du consentement éclairé des participants. Les IMG le désirant ont reçu les réponses détaillées de la vignette clinique et un diaporama résumant les recommandations de la SFETD. Enfin, une enquête de satisfaction, a également été envoyée à ces internes, leur demandant leur avis sur la vignette clinique : la clarté des réponses proposées, la clarté des items de la recommandation, les limites et les points forts de la recommandation, et leur future application des recommandations après cette étude.

3. Réalisation de la vignette clinique :

La vignette clinique est un instrument intéressant pour l'étude d'une recommandation. Peu onéreuse, facile d'utilisation et reproductible, elle a été utilisée à plusieurs reprises pour d'autres recommandations (17) (18) (20) (21) (22). Cette vignette clinique part d'une observation et répond aux 4 points clés de la recommandation de la SFETD : les indications, les modalités de prescription, la surveillance et le suivi. Un pré-test a été réalisé auprès de 7 médecins : cinq

médecins généralistes en activité et deux algologues. Les résultats du pré-test et leurs remarques ont permis de modifier et de perfectionner la vignette clinique avec une réévaluation par les auteurs. Le tableau I décrit les principaux éléments de la recommandation utilisés pour la construction de cette vignette clinique : les recommandations pour chaque thème, leur justification, et la ou les question(s) s'y rapportant.

4. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée sur tableur EXCEL et s'appuyait également sur des statistiques descriptives : proportions, moyennes et écarts types. Les bons réponders sont les participants ayant répondu en adéquation aux recommandations de la SFETD dans la vignette clinique. Les caractéristiques des bons réponders, telles que le sexe, l'université, l'année d'internat, l'expérience dans un cabinet de médecine générale de ville et la pratique des remplacements en médecine générale de ville ont été comparées avec celles des mauvais réponders à l'aide de tests non paramétriques (CHI-2). Tous les tests statistiques ont été réalisés avec un seuil de signification $p < 0.05$.

Tableau I. Résumé des recommandations françaises sur la prescription des opioïdes forts dans les DCNC pour construire la vignette clinique

Thèmes	Recommandations	Références ¹	Questions
Pathologies concernées	Douleurs neuropathiques, arthrosiques et lombalgies chroniques.	p.148-149	1 et 3
Pathologies non concernées	Fibromyalgie et migraine.	p.150-151	5
Indication	Après échec des traitements médicamenteux recommandés.	p.151	1 et 2
Posologie	150 mg d'équivalent morphine/jour sur une durée maximale de 16 semaines.	p.151-152	3, 6 et 7
Bioéquivalence	Pas de différence claire entre les différents opioïdes forts <i>per os</i> dans le choix initial.	p.154	3
Opioïde à libération immédiate (LI)	Utile en phase d'ajustement de dose notamment pour les personnes âgées ou si insuffisance rénale ou respiratoire.	p.155	3 et 4
Opioïde à libération prolongée (LP)	Recommandés.	p.155	3
Fentanyl® transdermique à libération rapide	Pas d'AMM. À risque de mésusage ou d'addiction.	p.156	3
Effets secondaires	Constipations, nausées, vomissements. À prévenir par traitement symptomatique et règles hygiéno-diététiques.	p.154	3
Fonction rénale	Débuter par de faibles posologies. Contrôle biologique tous les 6 mois si clairance de la créatinine >60ml/min, plus régulièrement si <60ml/min.	p.152	4
Surveillance efficacité	À 3 mois. Amélioration de 30% du soulagement de la douleur, de la fonction et de la qualité de vie.	p.155	6 et 7
Mésusage	Dépistage des facteurs de risques avant la prescription, pendant le traitement à chaque renouvellement d'ordonnance (outil POMI).	p.154	2, 6 et 7
Suivi	À chaque renouvellement d'ordonnance, évaluer le bénéfice (soulagement qualité de vie/ fonction/ douleur) et le risque (effets secondaires/ facteurs de risque de mésusage/ addiction).	p.156	6 et 7
Avis spécialisé	Avant le traitement, si pas d'étiologie précise aux douleurs, si comorbidités psychiatriques, si facteur de risque de mésusage. Pendant la prescription, si douleur malgré augmentation de la posologie après 3 mois de traitement.	p.155	7

¹ Recommandation de la SFETD 2016 (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur) (15)

RÉSULTATS

1. Participation à l'étude :

Sur les 2365 IMG consultés, 335 ont répondu à la vignette clinique, soit un taux de participation de 14%. Cinq ont été exclus (réponses des membres d'associations d'IMG n'ayant pas donné leur accord à la diffusion du questionnaire aux adhérents), 330 réponses ont été prises en compte en début de test. Dix-huit pour cent des IMG se sont arrêtés en cours de questionnaire. Parmi les 330 IMG inclus, 243 IMG (73%) souhaitaient recevoir des réponses détaillées et le résumé des recommandations de la SFETD dans une présentation PowerPoint®. Vingt-quatre pour cent des IMG (59/243) ont répondu à notre enquête de satisfaction.

2. Description de la population :

Soixante-quatorze pour cent des IMG étaient des femmes (tableau II). Le taux de réponse par université est présenté dans le tableau 2, Bordeaux ayant le plus haut taux de réponse en France. Plus de 80% des IMG avaient une expérience de stage en médecine générale de ville.

Tableau II. Caractéristiques démographiques des IMG participant à l'étude

Caractéristiques démographiques		Nombres d'internes n (%)
Sexe		
	Homme	86 (26)
	Femme	244 (74)
Université de médecine		
	Bordeaux	81 (25)
	Strasbourg	74 (22)
	Nice	71 (22)
	Rennes	41 (12)
	Marseille	42 (13)
	Toulouse	21 (6)
Année d'internat		
	Première	49 (15)
	Deuxième	99 (30)
	Troisième	182 (55)
Stage chez le praticien		
	Effectué	293 (89)
	Non effectué	37 (11)
Remplacement		
	Oui	117 (35)
	Non	213 (65)

3. Prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuse par les IMG en France en adéquation avec les recommandations :

Le tableau III illustre la proportion des IMG (330) qui ont répondu en adéquation avec la recommandation à 100%, 75%, 50% et 25% des questions. Ces proportions ont été calculées sur le nombre total de répondants. Les analyses révèlent que 34% des IMG répondent en adéquation avec les recommandations de la SFETD à au moins 50% des questions de la vignette clinique.

Tableau III. Nombre d'internes ayant répondu en adéquation avec les recommandations de la SFETD à la vignette clinique à 100%, 75%, 50% et 25%

Proportions de réponses en adéquation avec les recommandations de la SFETD	Nombre de répondeurs	Pourcentages de répondeurs (%)
0%-25%	211	64%
26-50%	113	34%
51%-75%	6	2%
76%-100%	0	0%

Les résultats par thème sont présentés en tableau IV : Presque 60% des IMG traitaient les patients douloureux chroniques avec les traitements de 1ère intention en accord avec les recommandations. Cependant, seulement 8% des IMG connaissaient les étiologies de douleur chronique non cancéreuse pour lesquelles les opioïdes forts sont indiqués et 9% initiaient correctement le traitement par opioïdes forts. On note que 25% effectuaient un suivi adapté à la fonction rénale et à l'âge. Concernant le suivi de l'efficacité des opioïdes forts, 16% dépistaient les risques de mésusage et adaptaient correctement le traitement. Devant une situation d'addiction ou mésusage, seuls 6% des IMG adaptaient leur conduite thérapeutique.

Tableau IV. Vignette clinique : taux de réponses des internes de médecine générale en adéquation avec les recommandations de la SFETD à chaque question

Nombre d'internes répondant en adéquation avec les recommandations de la SFETD	% de réponses en adéquation
Prise en charge initiale :	
Traitements de 1ère intention des douleurs chroniques (Question 1 : 301 répondants)	57
Indications (Question 5 : 279 répondants)	8
Prise en charge globale du patient (Question 2 : 291 répondants)	16
Modalités de prescription : 279 répondants	
Initiation du traitement par opioïdes forts (Question 3)	9
Adaptation à l'âge et à la fonction rénale (Question 4)	25
Suivi :	
Evaluation de l'efficacité du traitement par opioïdes forts (Question 6 : 275 répondants)	16
Conduite à tenir devant une addiction ou mésusage (Question 7 : 268 répondants)	6

4. Objectifs secondaires :

Les tests non paramétriques ont permis de mettre en évidence des différences statistiquement significatives chez les IMG effectuant des remplacements en médecine de ville pour la prise en charge initiale des DCNC et les modalités de prescription des opioïdes forts. En effet, les IMG effectuant des remplacements en soins primaires étaient plus en adéquation avec les recommandations pour la prise en charge globale des patients avec DCNC en particulier dans l'évaluation des comorbidités anxiodépressive (29% des IMG effectuant des remplacements versus 16% des IMG n'effectuant pas de remplacements, $p < 0,01$) et dans la connaissance des étiologies des DCNC pour lesquelles les opioïdes forts sont indiqués (13% des IMG effectuant des remplacements versus 6% des IMG n'effectuant pas de remplacements, $p < 0,05$). Les IMG ayant une expérience en médecine générale libérale avaient plus de facilité à initier

correctement un traitement par opioïdes forts (14% des IMG effectuant des remplacements versus 7% des IMG n'effectuant pas de remplacements, $p < 0,05$).

Les analyses ont été appliquées aux différentes caractéristiques des réponders (ANNEXE 5. Tableau V). Elles rapportent qu'il n'y avait pas de différence significative entre les femmes et les hommes pour l'ensemble des questions. Elles montrent cependant que les IMG de troisième année, en fin d'internat, réalisaient une évaluation de l'efficacité du traitement par opioïdes forts plus en adéquation avec les recommandations (25% pour la 3^{ème} année contre 18% pour la 2^{ème} année et 8% pour la 1^{ère} année, $p < 0,05$). De même, les IMG ayant effectué un stage en soins primaires avaient une meilleure prescription des traitements de première intention dans les DCNC (60% des IMG ayant effectué un stage en médecine générale de ville versus 43% des IMG n'ayant pas effectué un stage en médecine générale de ville, $p < 0,05$).

5. Résultat de l'enquête de satisfaction :

Au total, plus de 80% des IMG ayant répondu à l'étude de satisfaction (49/59) estimaient que la situation exposée dans la vignette clinique était courante en médecine générale. La moitié des réponders (54%) trouvaient les recommandations de la SFETD claires. Cependant, 10% déploraient un manque de clarté concernant le choix des molécules initiales et le dépistage des facteurs de risques de mésusage et d'addiction et 15% un manque d'information sur la conduite à tenir devant une situation d'addiction ou de mésusage et les modalités de recours à un avis spécialisé. Seulement 7% des réponders connaissaient auparavant les recommandations de la SFETD ; 68% d'entre eux avaient acquis des connaissances au cours de leurs études de médecine, 66% au cours de leur pratique médicale en tant qu'IMG et 37% au cours de formation médicale continue. Enfin 88% des réponders ont déclaré qu'ils sauraient mieux prescrire des traitements par opioïdes forts chez leurs patients avec DCNC après cette étude.

DISCUSSION

1. Opiïdes forts : un problème de santé publique d'actualité

Prescrire de façon raisonnée des opioïdes forts dans les DCNC chez l'adulte est un défi sanitaire. La balance bénéfice (en termes d'efficacité) risque (morbimortalité) est en défaveur de leur utilisation depuis la crise des opioïdes aux États-Unis qui s'étend outre-Atlantique (12) (13). C'est la raison pour laquelle de nombreuses mises à jour des recommandations ont été publiées au cours des 3 dernières années (14) (15) (23) (24). Ce fait reflète une volonté d'améliorer la qualité de soins des patients, d'éviter les abus médicamenteux et le mésusage des opioïdes forts, et de réduire le coût de traitement approprié (15). Une bonne appropriation des recommandations par les professionnels de santé permettrait d'atteindre ces objectifs (25). Or, pour cela, la qualité des recommandations doit être suffisante, ce qui n'est pas toujours le cas (25). En effet, peu de recommandations ont été évaluées sur leur applicabilité notamment en médecine générale. De plus, la littérature met en évidence que la prescription des opioïdes dans les douleurs articulaires est fondée principalement sur l'expérience personnelle du médecin généraliste et non uniquement sur la connaissance de référentiels (26). L'impact des recommandations dans la pratique clinique de ville est donc méconnu.

2. Points forts et limites de l'étude

Il s'agit de la première étude qui analyse la connaissance et l'applicabilité des recommandations sur la prescription des opioïdes forts dans les DCNC chez l'adulte à l'aide d'une vignette clinique. Cette méthodologie, utilisée dans plusieurs publications, permet une mise en situation au plus proche de la pratique courante (17) (18) (20) (21). L'enquête de satisfaction réalisée à la fin de l'étude le confirme : le cas clinique est fréquent en pratique courante (83%). Les réponses s'appuient toutes sur les données actualisées de la science car chaque item des réponses proposées est justifié par la recommandation, permettant d'assurer la qualité méthodologique de la vignette clinique. Enfin, l'applicabilité est étudiée et les réponses sont pondérées par la relecture de praticiens issus de la population à étudier (pré-test de 7 médecins dont 5 médecins généralistes libéraux et 2 médecins algologues). Cependant, notre taux de réponse de 14% était moins élevé que les études similaires (environ 25% habituellement) (17) (18) (20) (21). Les universités et les associations d'internes sont de plus en plus réfractaires à la diffusion de questionnaires de thèse par mail, préférant une alternative via les réseaux sociaux et son flux continu d'informations. Cette méthode de diffusion pourrait expliquer en partie notre faible taux de participation. De ce fait, notre échantillon ne permet pas d'extrapoler nos résultats

à l'ensemble des IMG. De plus, 18% des réponders n'ont pas terminé le questionnaire, tout comme dans les autres études (17) (18) (20) (21). Dans les publications antérieures, la population de médecin étudiée était peu familière avec la méthode d'évaluation des connaissances par vignette clinique expliquant la baisse de participation au cours du questionnaire. Cette explication est difficilement applicable à notre étude, les IMG étant régulièrement évalués par vignette clinique au cours de leurs examens. La perte de réponse pourrait être en partie expliquée par une lassitude au cours du questionnaire, les réponders ne connaissant pas le nombre total de questions. La structure de la vignette clinique devrait donc être améliorée pour éviter à l'avenir cette perte de réponse en indiquant le nombre de question et en proposant un indicatif sur la durée du test. Par ailleurs, il se peut que les réponders étaient les IMG les plus intéressés par cette thématique. En effet, 73% des réponders ont désiré recevoir les corrections du cas clinique et le diaporama récapitulatif des recommandations comme 42% dans l'étude de Arbeit-Jnioui *et al* (22). Les bons résultats de la vignette clinique peuvent être supérieurs à la population générale des IMG. Enfin, bien que les comparaisons des réponses avec les caractéristiques démographiques des réponders aient générés des résultats significatifs, la multiplicité des tests statistiques engendre un biais. Cependant, les réponses de l'enquête de satisfaction confortent ces résultats et permettent de limiter l'attribution des résultats positifs liée au hasard.

3. L'applicabilité des recommandations

Notre étude donne des pistes indirectes sur l'applicabilité des recommandations de la SFETD. Les IMG ont trouvé cette situation fréquente en médecine générale et 34% des IMG répondent en adéquation avec les recommandations de la SFETD à au moins 50% des questions de la vignette clinique concernant la connaissance globale de l'initiation des traitements de première intention. Cependant, ils ne répondaient pas en adéquation en ce qui concerne le repérage des facteurs de risque de dépendance et des comorbidités favorisantes, les indications et l'initiation des opioïdes forts ainsi que pour l'organisation du suivi sous opioïdes forts surtout lors de la détection d'un mésusage. L'enquête de satisfaction pointait également un manque de clarté pour ces mêmes thèmes. On peut comparer nos résultats avec ceux déjà observés dans les ouvrages de la littérature. Blake *et al.* indiquaient que 53% des médecins généralistes étaient réticents à initier un traitement par opioïdes forts et presque 50% ne suivaient pas les recommandations dans la prescription des opioïdes forts (27). De même, Serra *et al.* évoquaient déjà ces difficultés auprès des médecins généralistes. En effet, 64% des médecins généralistes initiaient

des prescriptions par opioïdes forts, mais seulement un tiers recherchait systématiquement des facteurs de risques de dépendance avant et pendant la prescription d'opioïdes forts. (28). Dans notre étude, ce fait démontrerait donc un manque de clarté des recommandations pour ces thèmes davantage qu'un manque d'applicabilité.

De plus, il ressort que les IMG effectuant des remplacements en soins primaires effectuaient un meilleur dépistage des facteurs de risques de dépendance et utilisaient les opioïdes forts avec plus d'aisance. Bien que les connaissances globales des traitements de première intention soient acquises, il existe des réticences et des lacunes chez les IMG concernant le savoir-faire. Ceci, d'une part, met en évidence, la nécessité d'un apprentissage en situation réelle et d'autre part peut expliquer de meilleurs résultats chez les IMG effectuant des remplacements (12) (26).

Par ailleurs, 75% des IMG n'initiaient et n'adaptaient pas correctement le traitement par opioïdes forts chez la personne âgée. Les recommandations de la SFETD abordent succinctement la thématique de la personne âgée et les dernières recommandations publiées en France sur ce sujet datent de plus de quinze ans. Nous avons peu développé la spécificité de la personne âgée dans notre questionnaire. C'est pourquoi l'applicabilité de nos résultats est difficile à établir dans ce domaine. Néanmoins, un consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie a actualisé les dernières recommandations en 2017 : une étude sur son applicabilité permettrait d'approfondir nos résultats (29).

Concernant la conduite à tenir devant la présence d'addiction, 90% des IMG savaient orienter leur patient mais 30 % seulement substituaient l'opioïde fort et 8% stoppaient le traitement. Une fois le traitement débuté, les IMG reconnaissaient les patients présentant un mésusage ou une addiction. Cependant, leur attitude quant à la stratégie médicamenteuse à adopter posait problème. La SFETD souligne ce point dans les recommandations : la prise en charge n'est pas codifiée. La rotation des opioïdes, l'orientation vers un spécialiste en cas d'abus médicamenteux ou encore le suivi au long cours avec notamment les indications et les modalités d'arrêt du traitement ne sont pas concrètement abordés. Les recommandations de la SFETD permettent d'avoir des pistes mais laissent encore des interrogations sur la prise en charge pratique pour laquelle un complément de directive permettrait une meilleure maîtrise. (12) (30).

4. La formation des IMG en France

Cette étude a permis de confirmer l'hypothèse de départ : les IMG ayant une expérience en médecine générale libérale avaient une meilleure utilisation des opioïdes forts dans les DCNC. En effet, les IMG ayant réalisé un stage chez le praticien avaient une meilleure prescription des traitements de première intention ; mais ceux effectuant des remplacements, confrontés seuls aux problèmes des opioïdes dans les DCNC, avaient un meilleur savoir-faire et des connaissances plus précises sur les indications des opioïdes forts, le risque de mésusage et d'abus médicamenteux. Ceci met en lumière le fait que l'apprentissage de la prescription des opioïdes forts dans les DCNC nécessite de l'expérience personnelle, comme le suggère l'étude de Gooberman-Hill *et al.* (26). L'ensemble de ces résultats montre l'importance de l'expérience et de la pratique notamment au cours des stages en soins primaires. Ceci peut être expliqué en partie par la qualité de formation des IMG en France ; avec l'accent mis sur des cours théoriques dès les premières années d'études (module de 6 heures), des séminaires sur le thème de la douleur, les stages pratiques en médecine générale et la possibilité de remplacement en fin de 2^{ème} année contrairement à d'autres pays comme les Etats-Unis où l'enseignement de la douleur, selon l'intérêt du responsable d'enseignement dans chaque faculté, varie entre 2 heures et 180 heures (31).

Néanmoins, on note que seulement 7% des IMG ayant répondu à l'enquête de satisfaction avaient connaissance des recommandations de la SFETD. Ce fait met en évidence un manque d'information des IMG. Bien que la formation des IMG soit de qualité avec des formations obligatoires mises en place dès le 1^{er} et 2^{ème} cycle d'études médicales, par la suite les enseignements restent optionnels et la médecine de la douleur n'est pas reconnue et peu attractive (16). Ceci souligne la nécessité de poursuivre et d'améliorer la formation des IMG, à l'image du collège des enseignements de la douleur et de la SFETD, développant progressivement l'enseignement de la douleur et accompagnant les réformes des études pour que la médecine de la douleur y ait sa place.

Les résultats suggèrent donc que la vignette clinique permet une véritable cartographie des savoirs et des compétences autorisant une auto évaluation de l'IMG sur celles lui restant à acquérir, tout en ayant un regard critique sur la qualité des recommandations. En effet, 90% des répondants de l'enquête de satisfaction ont affirmé qu'ils auraient une meilleure utilisation des opioïdes forts auprès de leurs patients douloureux chronique à la suite de cette étude mais 8% soulignaient les insuffisances de la recommandation, limitant son applicabilité.

CONCLUSION

Prendre en charge efficacement les patients avec des DCNC par opioïdes forts tout en limitant le risque de mésusage et d'abus médicamenteux est un véritable enjeu de santé publique de cette décennie. Les recommandations de la SFETD ont été élaborées afin d'optimiser la prise en charge de cette population majoritairement suivie en médecine générale. Cependant, il est nécessaire que celles-ci soient connues des professionnels de santé et soient suffisamment claires et applicables en pratique clinique. La vignette clinique est la méthode idéale pour faire identifier aux IMG les connaissances et les capacités à acquérir pour gérer une situation complexe ; et permettre une véritable applicabilité des recommandations par une analyse critique. Cette étude a permis de pointer des difficultés pour les IMG dans l'initiation du traitement par opioïdes forts, le dépistage des facteurs de risques de mésusage avant et pendant la prescription d'opioïdes forts ainsi que la conduite à tenir devant une situation d'addiction ou de mésusage.

Par ailleurs, cette méthode d'évaluation à visée pédagogique pourrait être généralisée et appliquée à d'autres thématiques importantes de santé publique. Elle pourrait être proposées en formation aux internes de médecine générale au cours de séminaires ou enseignements optionnels par exemple. L'utilisation de cette vignette clinique sur une plus grande population de médecins généralistes permettrait de renforcer la connaissance des bonnes pratiques et d'aider à limiter l'impact de la crise américaine des opiacés en France.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Suppl.* 1986;3:S1-226.
2. HAS - Service des bonnes pratiques professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. Décembre 2008. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf. Consulté le 30 juin 2018.
3. Mansfield KE, Sim J, Croft P, Jordan KP. Identifying patients with chronic widespread pain in primary care. *Pain.* 2017;158(1):110-9.
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie>. Consulté le 2 juillet 2018.
5. Inserm. Douleur [Internet]. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>. Consulté le 30 juin 2018.
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain Lond Engl.* mai 2006;10(4):287-333.
7. O'Brien T, Breivik H. The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months. *Scand J Pain.* 29 déc 2017;3(1):23-9.
8. Andersen LN, Kohberg M, Juul-Kristensen B, Herborg LG, Sogaard K, Roessler KK. Psychosocial aspects of everyday life with chronic musculoskeletal pain: A systematic review. *Scand J Pain.* 29 déc 2017;5(2):131-48.

9. Leadley RM, Armstrong N, Reid KJ, Allen A, Misso KV, Kleijnen J. Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. juill 2014;14(6):547-58.
10. Ballantyne JC. Opioids for the Treatment of Chronic Pain: Mistakes Made, Lessons Learned, and Future Directions. *Anesth Analg*. 2017;125(5):1769-78.
11. Helmerhorst GT, Teunis T, Janssen SJ, Ring D. An epidemic of the use, misuse and overdose of opioids and deaths due to overdose, in the United States and Canada: is Europe next? *Bone Jt J*. 2017;99-B(7):856-64.
12. Scherrer JF, David Schneider F, Lustman PJ. Opioid analgesics and chronic non-cancer pain: a prescription for research in primary care. *Fam Pract*. 2016;33(6):569-71.
13. Seth P. Overdose Deaths Involving Opioids, Cocaine, and Psychostimulants — United States, 2015–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2018 [cité 24 juill 2018];67. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6712a1.htm>. Consulté le 24 juillet 2018.
14. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier R-M, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : «Les recommandations de Limoges 2010 ». /data/revues/16245687/v13i6/S1624568712004568/ [Internet]. 22 nov 2012 [cité 4 juin 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/769219>. Consulté le 4 juin 2018.
15. Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. [Use of strong opioids in chronic non-cancer pain in adults. Evidence-based recommendations from the French Society for the Study and Treatment of Pain]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2016;45(4 Pt 1):447-62.
16. Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Livreblanc_2017.pdf* [Internet]. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/livreblanc_2017.pdf. Consulté le 30 juin 2018.
17. Piano V, Lanteri-Minet M, Steegers M, Besse K, Donnet A, Verhagen S, et al. A case vignette study to assess the knowledge of pain physicians of neuropathic cancer pain: room for improvement. *Pain Physician*. déc 2013;16(6):E779-788.

18. Martinez V, Attal N, Vanzo B, Vicaut E, Gautier JM, Bouhassira D, et al. Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: results of a cross-sectional, randomized, « e » case-vignette survey. *PloS One*. 2014;9(4):e93855.
19. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. *Douleur Analgésie*. 1 mars 2002;15(1):71-9.
20. Besse K, Steegers M, Vernooij-Dassen M, Vissers K, Engels Y. Dutch Pain Specialists' Adherence to the Multidisciplinary Guideline on Treating Pain in Patients with Cancer: A Case Vignette Study. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. 2017;17(3):344-52.
21. Te Boveldt N, Vernooij-Dassen M, Besse K, Vissers K, Engels Y. Adaptation of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mai 2015;23(5):1409-20.
22. Arbeit-Jnioui Pauline. Une vignette clinique pour évaluer la connaissance et l'utilisation de la recommandation française des migraines et céphalées chez les internes en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2014.
23. Busse JW, editor. Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. pdf. [Internet]. Hamilton, ON: Université McMaster; 2017. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/FRENCH%20guideline.pdf>. Consulté le 12 juillet 2018.
24. Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benjamin R, Glaser SE, Adlaka R, et al. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician*. mars 2008;11(2 Suppl):S5-62.
25. Cheung CW, Qiu Q, Choi S-W, Moore B, Goucke R, Irwin M. Chronic opioid therapy for chronic non-cancer pain: a review and comparison of treatment guidelines. *Pain Physician*. oct 2014;17(5):401-14.

26. Gooberman-Hill R, Heathcote C, Reid CM, Horwood J, Beswick AD, Williams S, et al. Professional experience guides opioid prescribing for chronic joint pain in primary care. *Fam Pract.* févr 2011;28(1):102-9.
27. Blake H, Leighton P, van der Walt G, Ravenscroft A. Prescribing opioid analgesics for chronic non-malignant pain in general practice - a survey of attitudes and practice. *Br J Pain.* nov 2015;9(4):225-32.
28. Serra É, Marchand F, Mimassi N, Ganry H. Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juin 2014;172(4):323-9.
29. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). *Douleurs Éval - Diagn - Trait.* 1 oct 2017;18.
30. Vargovich AM, McNeil DW, Foley KP, Sperry J. Impact of a Psychological Opioid-Risk Evaluation on Opioid Prescribing in Primary Care. *Fam Med.* juill 2016;48(7):538-45.
31. Zoberi K, Everard KM. Teaching Chronic Pain in the Family Medicine Residency. *Fam Med.* 2018;50(1):22-7.
32. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* févr 2010;11(1):3-21.
33. antalgiques.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/sallerin/antalgiques.pdf. Consulté le 24 juillet 2018.
34. Sol JC, Chaynes P, Lazorthes Y. CHAPITRE 2 DOULEURS BASES ANATOMIQUES, PHYSIOLOG.pdf [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf. Consulté le 23 août 2018.

ANNEXES

ANNEXE 1. VIGNETTE CLINIQUE.

Partie 1

Vous recevez en consultation une nouvelle patiente de 52 ans pour des douleurs dans les genoux prédominant au genou droit. La patiente est aide-ménagère. Ses douleurs sont présentes depuis plusieurs années, avec des douleurs qu'elle juge supportables et qui sont dépendantes de ses activités. Depuis 6 jours, les douleurs s'accroissent ; elle ne peut plus faire 500 mètres sans déclencher des douleurs dans le genou droit et elle est réveillée la nuit par une douleur dans ce genou quand elle change de position. Elle ne peut plus s'accroupir ce qui la gêne dans son activité professionnelle. Elle vous raconte qu'elle a pris du PARACÉTAMOL 1000 mg puis une association PARACÉTAMOL CODÉINÉ 500 mg/30 mg mais que les douleurs persistent. Actuellement elle ne prend que du PARACÉTAMOL 1000 mg.

Dans ses antécédents, on note une HTA traitée par AMLODIPINE 5 mg / jour avec un bon contrôle (TA 14/8). Elle mesure 1,55 m et pèse 70kg.

À l'examen vous notez une déviation en discret varus bilatéral à la position debout. La flexion est à 80 à droite contre 100 à gauche. Il y a une petite laxité latérale, un discret épanchement rotulien mais pas d'amyotrophie.

Les examens radiologiques déjà réalisés confirment le diagnostic de gonarthrose droite évoluée.

1) Vous réalisez une ordonnance afin de soulager la patiente ; vous inscrivez : (plusieurs réponses possibles)

- a) IBUPROFENE 400 mg 1cp x3/j en association avec du PARACETAMOL 1000 mg 1 gélule x3/j
- b) PARACETAMOL 1000 mg 1 gélule x3/j + OXYCODONE 5 mg toutes les 6h si besoin
- c) Des séances de kinésithérapie
- d) OXYCODONE LP 10 mg matin et soir + OXYCODONE 5 mg toutes les 6h si besoin
- e) FENTANYL TRANSCUTANE 12 mcg : 1 dispositif toutes les 72 heures

Réponses : a. c.

Partie 2

Nous sommes à 6 mois de la première consultation, la patiente revient vous voir. Entre temps, elle a été prise en charge par un rhumatologue pour réaliser des séances de visco supplémentation qui s'avèrent peu efficaces. Vous avez également demandé un avis spécialisé concernant la possibilité d'une arthroplastie. La patiente refuse toute intervention chirurgicale car elle a un mauvais souvenir de l'opération de genou de sa cousine.

Le traitement médicamenteux que vous aviez prescrit a été efficace au début mais maintenant les douleurs reviennent. Ces douleurs rendent son travail de plus en plus difficile. Elle vous dit également que les sorties avec ses amies deviennent impossibles ; de toute façon elle n'en a plus envie et ne veut plus voir grand monde. Elle reste cloîtrée chez elle et ne veut plus sortir. Elle ne dort plus la nuit et pleure régulièrement.

- 2) Actuellement la patiente est sous PARACETAMOL 1000 mg 1 gélule x3/j associé à de l'IBUPROFENE 400 mg 1cp x3/j lors des crises douloureuse si besoin. Vous décidez alors (plusieurs réponses possibles)
- a) D'attendre et de poursuivre le traitement initial
 - b) De prescrire de l'OXYCODONE LP 10 mg
 - c) De faire une évaluation psychologique de la patiente en consultation, afin de déterminer la nécessité ou non de traiter un possible syndrome dépressif et/ou anxieux.
 - d) De prescrire un anxiolytique type ALPRAZOLAM 0.25 mg 1 comprimé le soir.
 - e) De prescrire une association TRAMADOL 50 mg - OXYCODONE LP 10 mg

Réponse : c

Partie 3

Suite à votre évaluation, vous avez choisi d'initier un traitement antidépresseur. Vous la revoez régulièrement en consultation. Au bout de trois semaines, le moral va mieux mais les douleurs du genou persistent malgré le traitement antalgique de pallier 2.

3) Vous décidez alors d'instaurer un traitement par opioïde fort avec l'accord de votre patiente. Vous réalisez l'ordonnance (plusieurs réponses possibles) :

- a) OXYCODONE 5 mg en interdose si besoin toutes les 4h
- b) OXYCODONE LP 10 mg 1cp matin et soir associé à du PARACETAMOL 1000 mg toutes les 6h si besoin
- c) Un laxatif osmotique, le MACROGOL 1 sachet par jour si besoin
- d) METOPIMAZINE 150 mg x3/jour si besoin
- e) FENTANYL sub lingual 100 µg toutes les 4h si douleurs

Réponses : b. c. d.

4) Si la patiente avait eu 75 ans avec une insuffisance rénale chronique (clairance de la créatinine à 65 ml/min) quelle aurait été votre ordonnance ? (Plusieurs réponses possibles)

- a) OXYCODONE 10 mg 1cp matin et soir + OXYCODONE 5 mg toutes les 6h si besoin
- b) OXYCODONE 5 mg toutes les 6h si besoin avec réévaluation dans une semaine
- c) Bilan biologique de contrôle de la fonction rénale dans six mois.
- d) Pas de prescription d'opioïde fort
- e) FENTANYL® sublingual 100 µg toutes les 4h si douleurs

Réponses : b. c.

Lors de cette consultation, la patiente vous amène sa sœur âgée de 55 ans qui est suivie depuis plusieurs années pour une fibromyalgie. Son médecin traitant étant indisponible, elle souhaite que vous lui renouveliez son traitement en rajoutant de la morphine car elle est en pleine crise.

5) Que faites-vous ?

- a) Vous expliquez à la sœur qu'elle doit être vue en consultation afin d'être évaluée avant l'instauration d'un traitement par opioïdes forts. Et vous convenez d'un rendez-vous avec le centre anti douleur.
- b) Vous rajoutez à son traitement habituel des faibles doses d'OXYCODONE 5 mg toutes les 6h si besoin.
- c) Vous expliquez à la patiente que la prescription d'opioïdes fort n'aidera pas dans ses douleurs.
- d) Vous prescrivez du FENTANYL® TRANSCUTANE 12 mcg toutes les 72 heures
- e) Vous prescrivez un laxatif type MACROGOL et un antiémétique type METOPIMAZINE lyoc

Réponse : c.

Partie 4

Un mois plus tard, la patiente vous consulte pour renouveler son traitement. Elle le tolère parfaitement. Les douleurs se sont bien améliorées. Elle reste quand même gênée dans sa vie professionnelle mais arrive à faire ses courses et son ménage.

6) Vous décidez (plusieurs réponses possibles) :

- a) D'augmenter la posologie du traitement par opioïdes forts
- b) De remplacer l'OXYCODONE LP par du FENTANYL® TRANSCUTANE 12 mcg toutes les 72 heures
- c) De vérifier la bonne prise du traitement
- d) De prendre un avis spécialisé (algologue)
- e) De stopper le traitement

Réponses : a. c.

Partie 5

Nous sommes à trois mois de traitement par opioïdes forts. Auparavant, la patiente est venue vous voir à plusieurs reprises ; vous avez changé de molécule d'opioïde fort avec

une efficacité modérée. Il a été tout de même nécessaire d'augmenter progressivement les doses des opioïdes forts. Ce jour, la patiente est accompagnée de sa fille. Elle se plaint à nouveau malgré une dose de SULFATE DE MORPHINE à 150 mg/j. Sa fille vous signale qu'elle n'est absolument pas soulagée par les traitements et qu'elle « mange les médicaments comme des bonbons ». Après examen, vous évaluez une amélioration de 20% de la qualité de vie.

7) Vous décidez (plusieurs réponses possibles) :

- a) D'augmenter la posologie du traitement par opioïdes forts
- b) De changer de molécule d'opioïde fort
- c) De vérifier la bonne prise du traitement
- d) De stopper progressivement le traitement
- e) De prendre un avis spécialisé (algologue)

Réponses : d. e.

ANNEXE 2. ENQUÊTE DE SATISFACTION

1) Qualité du questionnaire : le cas clinique est :

- a) Simple
- b) Difficile
- c) Trop difficile
- d) Courant en médecine générale
- e) Peu courant en médecine générale
- f) Très peu courant en médecine générale

2) Qualité des réponses au questionnaire (réponses allant de très claire, claire, moyennement claire, pas claire et pas claire du tout)

- a) Les réponses sont-elles claires ?
- b) Les réponses sont-elles détaillées ?
- c) Les réponses sont-elles fidèles aux recommandations de la SFETD

3) Aviez-vous connaissance de la recommandation de la SFETD sur la prescription des opioïdes forts avant de répondre au test

- a) Oui
- b) Non

4) Si non : quelles étaient vos sources d'information avant de répondre au test ? :

- a) Cours de préparation à l'ECN
- b) Formation médicale continue
- c) Topos à l'hôpital durant vos stages d'externe et/ou d'interne
- d) Recherches personnelles
- e) Autres :

5) Qualité de la recommandation après lecture du power point (réponses allant de très claire, claire, moyennement claire, pas claire et pas claire du tout)

- a) L'indication du traitement
- b) L'initiation d'un traitement par opioïdes forts

- c) Le choix des molécules
- d) Le dépistage des facteurs de risques de mésusages et d'addiction
- e) Le suivi
- f) La conduite à tenir devant une situation d'addiction ou de mésusage (recours à un avis spécialisé)

6) Quelle était et quelle sera votre application de la recommandation dans votre activité d'interne et de médecin généraliste ?

- a) Vous utilisiez déjà bien les recommandations avant de répondre au test.
- b) Après lecture de la recommandation, vous en aurez une meilleure application.
- c) Vous pensez trouver encore des difficultés car les recommandations vous paraissent trop complexes.
- d) Vous pensez trouver encore des difficultés car les recommandations vous paraissent trop imprécises.

ANNEXE 3. RAPPEL SUR LES ANTALGIQUES DE PREMIÈRE INTENTION DES DCNC.

Classification des antalgiques selon l’OMS :

- **Antalgiques de palier I :** Appelés antalgiques périphériques ou non opioïdes. Ils ont la puissance antalgique la plus faible et sont utilisés pour des douleurs faibles à modérées. Par exemple : Paracétamol, anti inflammatoire non stéroïdien.
- **Antalgiques de palier II :** Appelés opioïdes faibles. Ils sont actifs sur la perception de la douleur au niveau central et sont utilisés pour des douleurs modérées à intenses. Par exemple : Tramadol, codéine.
- **Antalgiques de palier III :** Appelés opioïdes forts. Ils sont utilisés pour des douleurs intenses à très intenses. Ils regroupent les agonistes morphiniques forts (morphine, oxycodone) et les agonistes antagonistes (buprénorphine)

Règles de prescription (15) (32) :

Douleurs chroniques nociceptives	
Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none">- Antalgiques de palier I : le paracétamol est la molécule de première intention pour des douleurs d’intensité faible.- AINS : en cure courte, si le paracétamol est inefficace- Antalgiques de palier II : pour des douleurs modérées à intenses- Traitements locaux : visco supplémentation
Traitement non médicamenteux	<ul style="list-style-type: none">- Exercices physiques et rééducation- Avis chirurgical pour arthroplastie- Suivi psychologique si comorbidités anxiodépressives associées

Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

- Antidépresseurs tricycliques et/ou antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et/ou antiépileptiques de la classe des gabapentinoïdes : seuls ou en association selon la tolérance et l'efficacité.
 - Patch de lidocaïne et/ou de capsaïcine haute concentration dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées
-

ANNEXE 4. PHYSIOLOGIE DES OPIOÏDES FORTS (33) (34).

Rappel sur la voie nociceptive.

- Système de détection

Il est constitué de récepteurs périphériques de la douleur ou nocicepteurs, reliés à des fibres nerveuses, appelées afférences primaires. Ces afférences transmettent les signaux en direction du système nerveux central. On distingue deux catégories de fibres afférentes, les fibres fines, amyélinisées, appelées fibres C et les fibres myélinisées de différents diamètres, appelées fibres A. D'une façon générale, les informations nociceptives sont véhiculées par des fibres C et des fibres A delta alors que les fibres alpha et beta sont responsables du tact et de la proprioception

Type de fibres	A beta	C
Récepteurs périphériques	Mécanonocicepteurs	Nocicepteurs Polymodaux
Stimulus spécifique	Pression forte	Pression forte T° > 45°C Chimique
Sensation produite	Douleur rapide : Vive, bien localisée, instantanée et de durée brève.	Douleur lente : Sourde, diffuse, d'installation lente, et de durée prolongée.

- Système de transmission : les neurones nociceptifs spécifiques et les neurones nociceptifs non spécifiques

Les synapses des fibres A delta et C s'établissent au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière avec deux types de deutoneurone.

- Les neurones nociceptifs spécifiques : recevant exclusivement des fibres A delta et C et ne déclenchant une activité qu'à partir d'un certain seuil de stimulation.
- Les neurones nociceptifs non spécifiques : recevant des informations nociceptives et non nociceptives. Leur activité est parallèle à l'intensité de la stimulation et donc à partir d'un certain seuil d'activité le message deviendra nociceptif.

Les axones de ces neurones sont à l'origine de faisceaux ascendants (faisceau spinothalamique et faisceau spinoréticulaire), et participent à l'élaboration des réponses réflexes segmentaires sympathiques et motrices.

- Système central d'analyse

Les informations véhiculées par les faisceaux spinaux ascendants se projettent sur :

- les noyaux du thalamus postérieur qui renvoient l'information vers le cortex somatosensoriel,
- la substance réticulée et les noyaux du thalamus médian qui redistribuent l'information vers des structures telles que le cortex cingulaire et l'insula.

- Système de contrôle

- Contrôle d'origine spinal : la stimulation des grosses fibres myélinisées A β à conduction rapide bloque les réponses des neurones médullaires nociceptifs de la corne postérieure induites par la stimulation des petites fibres A δ et C à conduction lente par l'intermédiaire d'un interneurone inhibiteur enképhalinergique. L'inhibition des fibres nociceptives par l'interneurone dépend de la libération d'enképhaline, qui va se fixer sur un récepteur spécifique situé à l'extrémité de la fibre nociceptive en position pré-synaptique, inhibant ainsi la libération, par cette fibre de ses propres neurotransmetteurs. C'est la théorie du « gate control » proposée par R Melzack et P Wall en 1965. D'après cette théorie, les influx en provenance des grosses fibres entretiendraient un tonus inhibiteur, lequel serait levé par l'arrivée d'une volée nociceptive suffisante entraînant l'ouverture de la porte.
- Contrôle d'origine supra-spinal en partie due à l'activation des contrôles inhibiteurs descendants pour inhiber par des mécanismes adrénérgiques, sérotoninergiques ou opioïdériques les neurones de la corne dorsale impliqués dans la transmission des messages nociceptifs vers les centres supérieurs.

Physiologie des opioïdes forts.

La morphine est la substance alcaloïde extraite de l'opium et constitue en majorité son activité analgésique. Le terme « opiacés » ou « opioïdes » regroupe l'ensemble des substances synthétisées chimiquement et ressemblant soit par leur structure soit par leur activité à la morphine. Ainsi, la morphine est le métabolite actif de plusieurs substances : l'héroïne, la codéine, la pholcodine, la codéthylène.

Les opiacés miment les effets des opioïdes endogènes : les enképhalines, les endorphines, les dynorphines. Plusieurs types de récepteurs aux opiacés ont été identifiés : récepteurs mu, kappa, delta. Chaque opiacé présente un profil d'affinité spécifique vis-à-vis de ces récepteurs, et chaque catégorie de ces récepteurs a une distribution qui lui est propre.

Une substance opioïde donnée peut interagir avec les trois types de récepteurs de manière différente. Ainsi la morphine et les dérivés morphiniques sont des agonistes complets : ils stimulent les trois sous types de récepteurs.

- Mécanisme d'action :

Les opiacés exercent leur effet antalgique central en inhibant la transmission nociceptive, en accroissant les contrôles inhibiteurs descendants et en bloquant les contrôles facilitateurs ascendants.

La morphine est la molécule de référence en ce qui concerne l'analgésie. Elle mime les effets des endorphines sur les 3 sous-types de récepteurs aux opiacés et élève ainsi le seuil de perception de la douleur. L'action anti nociceptive se caractérise expérimentalement par une augmentation des seuils nociceptifs.

La morphine est un antalgique dit « central » possédant une action supra-spinale et spinale.

L'action supra-spinale participe à la modification de la perception de la sensation douloureuse et au renforcement des contrôles inhibiteurs descendants. Au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, la morphine a une action pré- et post- synaptique du fait de son effet agoniste préférentiel pour les récepteurs mu qui sont nombreux dans cette structure. Ce site d'action inhibe directement la transmission des messages nociceptifs entrants.

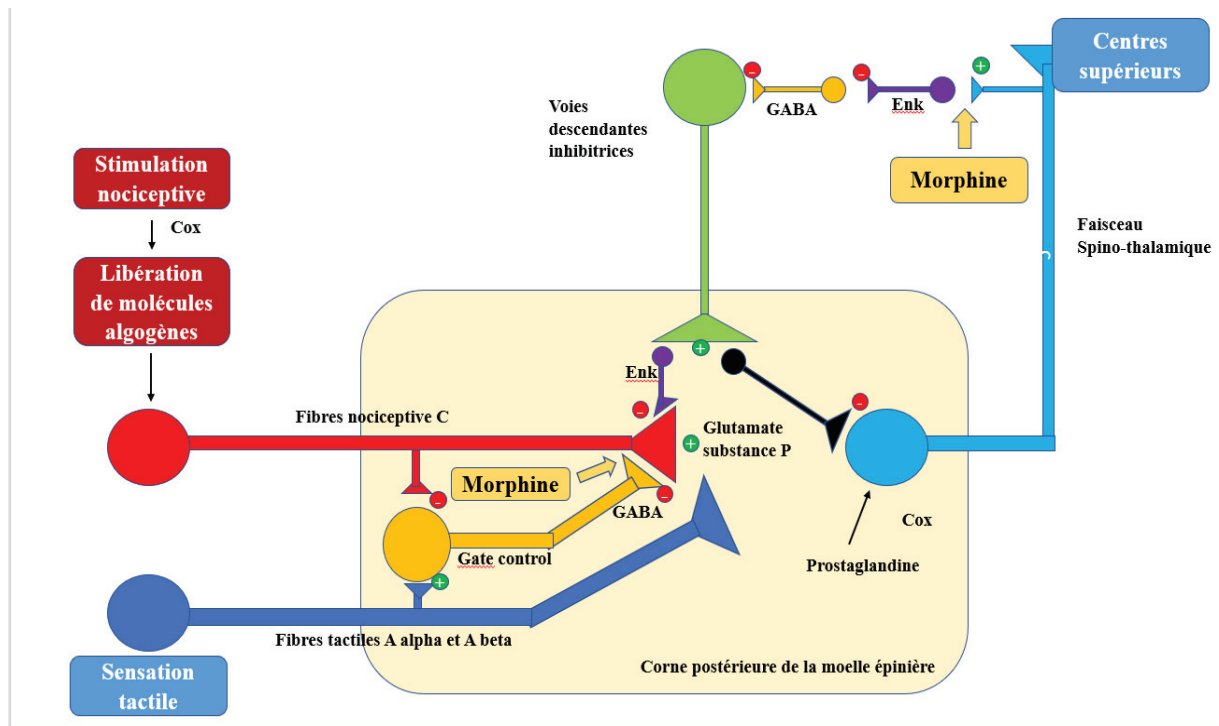


Figure 1. Mécanisme d'action des opioïdes forts

ANNEXE 5. TABLEAU V : Comparaison des réponses en adéquation avec les recommandations en fonction des caractéristiques démographiques des répondeurs.

Questions	Q1			Q2			Q3			Q4		
Caractéristiques	+	-	CHI 2	+	-	CHI 2	+	-	CHI 2	+	-	CHI 2
	n	n	p value	n	n	p value	n	n	p value	n	n	p value
	(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)	
Sexe			0,754			0,245			0,033			0,007
			0,4			0,6			0,8			0,8
Femme	124	100		37	179		19	189		53	155	
	55	45		17	83		9	91		25	75	
Homme	47	30		11	64		7	64		17	54	
	61	39		15	85		10	90		24	76	
Stage chez le praticien			3,629			0,625			1,001			0,07
			0,05			0,4			0,3			0,8
Non	15	20		4	30		4	27		6	25	
	43	57		12	88		13	87		19	81	
Oui	159	107		44	213		22	229		64	184	
	60	40		17	83		8	92		26	74	
Remplacement en cabinet			0,086			6,414			4,409			0,014
			0,7			0,01			0,03			0,9
Non	109	85		31	157		12	169		45	136	
	56	44		16	84		7	93		25	75	
Oui	62	45		30	73		14	84		25	73	
	58	42		29	71		14	86		26	74	
Académie			5,803			7,906			4,288			2,054
			0,3			0,2			0,5			0,8
Bordeaux	41	32		15	56		8	63		15	55	
	56	44		21	79		10	90		21	79	
Strasbourg	41	29		14	55		4	64		17	50	
	59	41		20	80		4	96		25	75	
Nice	34	30		8	56		4	53		17	41	
	53	47		10	90		8	92		29	71	
Rennes	19	19		1	35		4	30		9	25	
	50	50		3	97		12	88		26	74	
Marseille	27	10		7	28		3	30		6	25	
	73	27		18	82		3	97		19	81	
Toulouse	9	10		3	17		3	16		6	13	
	47	53		11	89		16	84		32	68	
Année d'internat			0,608			2,376			2,803			0,03
			0,7			0,3			0,2			0,9
1ere	23	21		7	36		6	35		10	31	
	52	48		16	84		15	85		24	76	
2ème	54	37		15	73		7	78		21	64	
	59	41		17	83		8	92		25	75	
3ème	94	72		17	143		10	143		39	114	
	57	43		11	89		6	94		25	75	

Questions	Q5			Q6			Q7		
Caractéristiques	+	-	CHI 2	+	-	CHI 2	+	-	CHI 2
	n	n	p value	n	n	p value	n	n	p value
	(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)	
Sexe			2,473			0,002			0,002
			0,1			0,9			0,9
Femme	14	194		33	174		13	188	
	7	93		16	84		6	94	
Homme	9	62		11	57		4	63	
	13	87		16	84		6	94	
Stage chez le praticien			0,758			0,002			0,02
			0,8			0,9			0,9
Non	3	28		4	26		3	26	
	10	90		13	87		10	90	
Oui	20	228		40	205		14	225	
	8	92		16	84		6	94	
Remplacement en cabinet			5,036			0,205			1,127
			0,02			0,6			0,3
Non	10	171		27	150		13	160	
	6	94		15	85		8	92	
Oui	13	85		17	81		4	91	
	13	87		17	83		4	96	
Académie			3,549			6,502			4,652
			0,6			0,3			0,3
Bordeaux	7	63		9	61		8	61	
	10	90		13	87		12	88	
Strasbourg	3	64		14	53		3	63	
	4	96		21	79		5	95	
Nice	5	53		9	48		2	53	
	9	91		16	84		4	96	
Rennes	5	29		6	28		3	30	
	15	85		18	82		9	91	
Marseille	3	28		1	27		1	25	
	10	90		4	96		4	96	
Toulouse	1	18		5	14		1	18	
	5	95		26	74		5	95	
Année d'internat			2,231			6,061			4,089
			0,4			0,05			0,1
1ere	2	39		3	37		5	34	
	5	95		8	92		13	87	
2ème	5	80		15	69		6	77	
	6	94		18	82		7	93	
3ème	16	137		37	114		6	140	
	10	90		25	75		4	96	

RÉSUMÉ

Objectif : 1) Principal : évaluer la connaissance des recommandations sur la prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) auprès des Internes en Médecine Générale (IMG) de France, en utilisant une vignette clinique. 2) Secondaire : étudier si les IMG ayant exercés en cabinet de ville, plus en contact avec les patients douloureux chroniques, avaient un meilleur taux de bonnes réponses.

Contexte : Première évaluation de la connaissance d'une recommandation sur la prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses en utilisant une vignette clinique.

Matériel et méthode : Enquête envoyée par e-questionnaire par mail aux IMG. L'étude s'appuyait sur une vignette clinique permettant d'évaluer les points clés des recommandations de la SFETD.

Résultats : Au total, 330 sur 2365 IMG ont répondu au questionnaire (14%). Un tiers des IMG répondaient en adéquation aux recommandations pour 50% de la vignette. Les IMG effectuant des remplacements en soins primaires avaient une meilleure prise en charge globale des patients douloureux chroniques ($p < 0,01$), une meilleure connaissance des étiologies des DCNC pour lesquelles les opioïdes forts sont indiqués ($p < 0,05$) et initiaient avec plus de facilité le traitement par opioïdes forts ($p < 0,05$).

Conclusion : La vignette clinique est une méthode intéressante pour évaluer l'applicabilité des recommandations sur les opioïdes forts. Cette méthodologie permet aux IMG de repérer leurs connaissances et les compétences qui leur restent à acquérir. Cette étude a permis de démontrer que la formation des IMG doit être poursuivie en insistant sur les indications du traitement par opioïdes forts, le dépistage des facteurs de risque d'addiction et de mésusage et la conduite à tenir devant leur survenue. Cette étude pourrait être étendue à l'ensemble des médecins généralistes pour déterminer sa réelle applicabilité dans la pratique courante.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des 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 les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Objectif : 1) Principal : évaluer la connaissance des recommandations sur la prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) auprès des Internes en Médecine Générale (IMG) de France, en utilisant une vignette clinique. 2) Secondaire : étudier si les IMG ayant exercés en cabinet de ville, plus en contact avec les patients douloureux chroniques, avaient un meilleur taux de bonnes réponses.

Contexte : Première évaluation de la connaissance d'une recommandation sur la prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses en utilisant une vignette clinique.

Matériel et méthode : Enquête envoyée par e-questionnaire par mail aux IMG. L'étude s'appuyait sur une vignette clinique permettant d'évaluer les points clés des recommandations de la SFETD.

Résultats : Au total, 330 sur 2365 IMG ont répondu au questionnaire (14%). Un tiers des IMG répondaient en adéquation aux recommandations pour 50% de la vignette. Les IMG effectuant des remplacements en soins primaires avaient une meilleure prise en charge globale des patients douloureux chroniques ($p < 0,01$), une meilleure connaissance des étiologies des DCNC pour lesquelles les opioïdes forts sont indiqués ($p < 0,05$) et initiaient avec plus de facilité le traitement par opioïdes forts ($p < 0,05$).

Conclusion : La vignette clinique est une méthode intéressante pour évaluer l'applicabilité des recommandations sur les opioïdes forts. Cette méthodologie permet aux IMG de repérer leurs connaissances et les compétences qui leur restent à acquérir. Cette étude a permis de démontrer que la formation des IMG doit être poursuivie en insistant sur les indications du traitement par opioïdes forts, le dépistage des facteurs de risque d'addiction et de mésusage et la conduite à tenir devant leur survenue. Cette étude pourrait être étendue à l'ensemble des médecins généralistes pour déterminer sa réelle applicabilité dans la pratique courante.

Mots-Clés : Opioïdes Forts, Douleurs chroniques non cancéreuses, recommandation, éducation, prise en charge, vignette clinique, Médecine Générale.