



HAL
open science

Étude des pratiques de prescription des antalgiques de paliers 3, par les médecins généralistes en ambulatoire, chez les sujets âgés de plus de 65 ans dans les douleurs chroniques non cancéreuses

Julie Pinabel

► **To cite this version:**

Julie Pinabel. Étude des pratiques de prescription des antalgiques de paliers 3, par les médecins généralistes en ambulatoire, chez les sujets âgés de plus de 65 ans dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02117575

HAL Id: dumas-02117575

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02117575>

Submitted on 2 May 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Etude des pratiques de prescription des antalgiques de palier 3, par les
médecins généralistes en ambulatoire, chez les sujets âgés de plus de 65
ans dans les douleurs chroniques non cancéreuses**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 28 Février 2019

Par Madame Julie PINABEL

Née le 10 décembre 1989 à Grasse (06)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FRANCES Yves

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Professeur MICALLEF-ROLL Joëlle

Assesseur

Madame le Docteur CARRIER Hélène

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

- 1990**
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)
- 1991**
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)
- 1992**
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)
- 1994**
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)
- 1995**
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)
- 1997**
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)
- 1998**
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)
- 1999**
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)
- 2000**
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)
- 2001**
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
- 2002**
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)
- 2003**
M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)
- 2004**
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)
- 2005**
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
- 2006**
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
- 2007**
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Au président du jury, Monsieur le *Professeur Yves Frances*. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Merci pour le temps que vous passez auprès des étudiants de notre faculté et la formation de qualité que vous leur apportez.

A Monsieur le *Professeur Pascal Rossi*. Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre implication et votre pédagogie lors de mon stage dans votre service.

A Madame le *Professeur Joëlle Micallef-Roll*. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de mon profond respect.

À ma directrice de thèse, Madame le *Docteur Hélène Carrier*. Merci de ta patience, de ton accompagnement au cours de ces mois (ou plutôt années...) et de tes précieux conseils.

À toutes les personnes formidables que j'ai rencontré tout au long de ma formation. À toute l'équipe du 9eB et surtout à mes co-internes pour leur aide dans ce premier semestre. À l'équipe de gériatrie de l'hôpital Nord et ces 6 mois avec les plus âgés qui ont fait naître l'idée de cette thèse. À mon maître de stage, le *Docteur Pascal Formery*, merci de m'avoir transmis ta connaissance et ton expérience de la médecine générale. À toutes les urgences de Martigues pour leurs enseignements et leur bonne humeur. À toutes les personnes de la PMI de Vitrolles pour leur écoute et leur bienveillance. Et merci à l'ensemble du centre de rééducation Paul Cézanne de m'avoir accueilli chaleureusement pour mon dernier semestre.

À *mes parents*, sans qui je ne serais surement pas arrivée jusqu'ici. Merci d'avoir fait naître en moi le plaisir d'apprendre et d'avoir toujours respecté et soutenu mes choix. Vos encouragements et votre amour m'ont vraiment porté pendant toutes ces années d'études. J'espère vous avoir rendu fiers.

À *mes grands-parents, à mes tantes Roselyne et Corinne*. Les occasions de se retrouver en famille sont rares et vous avoir avec moi pour ce jour si spécial me remplit de bonheur. Je vous remercie pour tout l'amour et le soutien que vous me témoignez depuis toujours.

À *Alexy, mon amour*. Merci pour tout le bonheur que tu m'apportes. Tu as le don de rendre la vie trépidante et enrichissante et chaque journée à tes côtés est pleine de surprise et de tendresse.

J'ai hâte d'être demain, avec toi, pour découvrir notre prochain défi et repousser encore un peu plus les limites.

À *Alexia, Faustine et Marion*. Je n'ai pas de mot suffisant pour exprimer toute ma gratitude et mon affection. Depuis notre rencontre, sur les bancs de la fac ou à une soirée estudiantine, dix ans se sont passés. Dix années de partage, de rires, de larmes et de petites histoires qui font les grandes amitiés. Et si je ne sais pas de quoi seront faites les prochaines années, je n'espère qu'une chose : qu'elles ne se passent pas sans vous.

À *Romain*. De «la copine de ta femme », j'ai la chance d'être devenue ton Amie. Je ne te remercierai jamais assez pour ton écoute, ta compassion et ta sincérité. Désormais je suis aussi « Tata », un nouveau statut qui promet encore plein de joie et d'émotions à vos côtés.

À *David-Emmanuelle*. Décidément, mes amies choisissent bien leurs hommes ! Notre rencontre est récente mais j'ai l'impression de te connaître depuis une éternité. Merci de me faire une place privilégiée dans les étapes de votre vie de couple et de famille, et surtout celle à venir, j'en suis très honorée.

À *Nicolas*. De nos sorties skateboards après le lycée à maintenant, il me semble que quelques jours seulement se sont écoulés et pourtant... Que tu sois à Marseille, à Bordeaux ou ailleurs... tu n'étais jamais vraiment loin. Merci d'être un ami fidèle, attentionné et résolument optimiste.

À *Valerian*. De la P2 à l'internat, des soirées médecine aux journées BU, des paillardes aux premières gardes, tu étais là. De tous ces années ensemble, je n'ai gardé que le meilleur. Merci d'être à présent mon ami, et de nous permettre de partager encore plein de belles choses.

Aux copains... *Clara, Julien, Isabelle, Thibault (Robedat), Pierre André, Thibaut (Ronchard), Charline*. Penser à mes années facultés, c'est penser à vous. A nos franches rigolades, nos souvenirs de stages, nos journées à la BU, nos pauses déjeuners « décompensation » à la cafet' médecine, nos soirées entre potes et surtout à toutes les prochaines. Un grand merci.

À *Audrey, Julien (Ubertalli) et Julien (Reymond)*. Merci au club des gapençais pour ces beaux souvenirs enneigés et un peu « houblonné ». Maintenant que cette thèse est achevée, je n'ai qu'une question...quand allons-nous skier ?

À *Anouck, Matthias et Nabil*. Nous avons déjà partagé beaucoup de choses tous ensemble, des rando-rappels aux sorties bateaux. Ce n'est que le début d'une belle amitié, vivement nos prochaines aventures !

À *la famille Gentile*. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité et votre gentillesse. Les Tupperwares du dimanche resteront un incontournable.

À *la famille Bourinet*. Je suis très reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi. Vous m'avez accueilli dans votre famille, m'avez offert votre affection et votre soutien. Je vous remercie du fond du cœur pour tout.

Aux *Farons, Hins, et Pelamatti*. Merci de m'accepter au sein de vos familles et merci pour tous ces jolis moments partagés.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	20
II.	METHODE	22
A.	POPULATION D'ETUDE	22
B.	QUESTIONNAIRE	22
C.	RECUEIL DES DONNEES	23
D.	ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	23
III.	RESULTATS	24
A.	POPULATION D'ETUDE	24
B.	PRATIQUES DE PRESCRIPTION	25
1.	<i>Fréquence d'instauration</i>	25
2.	<i>Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur</i>	26
3.	<i>Contexte de prescription des antalgiques de palier 3</i>	26
4.	<i>Les freins</i>	27
5.	<i>Les difficultés</i>	28
6.	<i>Soutien à la prise en charge de la douleur</i>	28
C.	VIGNETTES CLINIQUES	29
1.	<i>Première vignette clinique</i>	29
2.	<i>Deuxième vignette clinique</i>	30
D.	TESTS STATISTIQUES	30
IV.	DISCUSSION	34
A.	RESULTATS PRINCIPAUX	34
B.	COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	34
1.	<i>Pratiques et contexte</i>	34
2.	<i>Les effets indésirables</i>	35
3.	<i>Les freins</i>	36
4.	<i>Les difficultés</i>	37
5.	<i>Instauration d'un traitement antalgique de palier 3</i>	37
6.	<i>Alternative aux paliers 3</i>	38
7.	<i>Choix de la galénique</i>	38
C.	FORCES ET LIMITES	39
V.	CONCLUSION	41
VI.	BIBLIOGRAPHIE	42
VII.	TABLEAUX ET ANNEXES	45
VIII.	SERMENT D'HIPPOCRATE	54

I. INTRODUCTION

La douleur est définie par l'Association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain – [IASP](#)) comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes ».

La Haute Autorité de Santé (HAS) (1), en 2008, définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle est caractérisée par sa persistance ou sa récurrence au-delà de 3 mois, avec une réponse insuffisante au traitement ainsi qu'une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités quotidiennes. Elle peut être considérée comme une maladie à part entière quelle que soit son origine.

La prévalence de la douleur chronique chez les sujets adultes dans la population générale varie de 10 % à 55 % selon les études internationales (1)(2).

Chez le sujet âgé, elle est estimée entre 25 % et 50 % (3)(4).

Selon l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), la douleur est l'un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale (5). Il s'agit donc d'un enjeu majeur pour le médecin généraliste.

Elle a d'ailleurs fait l'objet de mesures gouvernementales au cours des vingt dernières années (6). Entre 1998 et 2010, trois plans ministériels successifs ont permis la structuration de la filière de soin, la création et le développement sur tout le territoire des consultations et centre de lutte contre la douleur. Ces plans ont sensibilisé les établissements et professionnels de santé à la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique et ont permis l'amélioration de la formation des professionnels de santé (avec par exemple l'intégration des modules « douleurs et soins palliatifs » dans le 2^{ème} cycle des études médicales ou le développement de la formation médicale continue et des diplômes universitaires sur le thème de la douleur).

Parallèlement à cela, l'indication des antalgiques de palier 3 a été élargie aux douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC). Elle a été au centre de plusieurs recommandations par des organismes officiels nationaux et internationaux. En France, on peut citer les plus marquantes comme les recommandations de Limoges de 2010 sur la prise en charge des douleurs ostéo articulaires (7) ou encore les recommandations de bonne pratique sur l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (8).

Une nette augmentation des prescriptions des paliers 3 ces dernières années a été observée aux États Unis puis en Europe. Selon une étude menée par l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA), entre 2004 et 2015, on relevait une augmentation de 74 % des prescriptions d'opioïdes (9). Dans cette même étude, la majorité des patients traités étaient des personnes âgées et n'avaient pas de cancer.

Malgré cette augmentation, la douleur reste encore sous-traitée. Une étude réalisée en 2005 sur la prise en charge de la douleur en médecine générale (étude EPIDOL (10)) montrait que seuls 64 % des patients traités par opioïdes forts étaient soulagés. De plus, comparativement à ses voisins européens, la France reste le plus faible consommateur d'antalgiques de palier 3 (11).

Il existe peu d'étude dans la littérature décrivant les habitudes de prescription des opioïdes forts dans les douleurs non cancéreuses et les freins qui pourraient persister vis-à-vis de ces prescriptions. Les sujets âgés sont également souvent sous représentés dans les différentes études du fait de la variabilité physiologique et de la difficulté de la prise en charge de la douleur.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques actuelles des médecins généralistes concernant la prescription des antalgiques paliers 3 chez le sujet âgé dans les DCNC. L'objectif secondaire est de mettre en évidence les facteurs influençant leur pratique de prescription.

II. METHODE

A. Population d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle transversale, menée auprès de médecins généralistes (MG) remplaçants ou installés, exerçant en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

B. Questionnaire

Les attitudes et pratiques concernant la prescription des antalgiques de palier 3 ont été explorées grâce à un questionnaire et des vignettes cliniques. Les réponses étaient proposées sous forme d'échelles de Lickert à 5 modalités incluant la proposition « ne se prononce pas ».

Le questionnaire a été établi après une revue de la littérature. Il a été testé sur trois médecins généralistes puis corrigé afin d'être rendu le plus clair et le plus pertinent possible. Il a ensuite été validé dans sa version définitive, disponible en annexe 1.

Il se composait de quatre parties :

- La première partie explorait la fréquence et le contexte pathologique de prescription des paliers 3 par les MG, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur, et les freins et difficultés rencontrés par les MG
- La seconde partie avec une vignette clinique explorant l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 chez un homme de 71 ans, sans antécédent marquant ni traitement autre que les antalgiques, souffrant d'une lombosciatique chronique ayant déjà bénéficié de plusieurs traitements médicamenteux et non médicamenteux. Le patient n'était pas suffisamment soulagé par son traitement actuel (annexe 1).
- La troisième partie était une seconde vignette clinique présentant le cas d'un homme de 91 ans grabataire non communiquant, souffrant d'une escarre sacrée dont le traitement par antalgique de palier 2 était insuffisant.
- La dernière partie était dédiée au recueil de caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins : commune d'exercice, âge, sexe, années d'exercice et formation.

Les densités de population (nombre d'habitants par km²) des communes d'exercice ont été obtenues par le site SIRSéPACA (12). La forte densité de population correspondait à 159,7 à 5391,8 habitants par km², moyenne : 18,6 à 158,8 hab./km² et faible : 0,1 à 18,4 hab./km².

C. Recueil des données

Le questionnaire a été diffusé en ligne, envoyé via Google Form de deux façons :

- Sur les réseaux sociaux par des groupes dédiés aux remplacements notamment.
- Via les pages jaunes, après sélection au hasard et appel des médecins. Ceux ayant acceptés de participer recevaient le lien du questionnaire par mail ainsi qu'une note explicative.

Les données ont été recueillies de mars 2018 à octobre 2018. Au total, 180 questionnaires ont été envoyés par mail (après sélection au hasard sur les pages jaunes, puis appel des médecins) et une série de relances a été faite.

Le nombre de vues des annonces publiées sur les réseaux sociaux était indisponible, ce qui ne permet pas de conclure sur le taux de participation globale de l'étude.

D. Analyse statistique des données

Les réponses au questionnaire ont été récoltées par tableur Microsoft Excel®. L'analyse des variables descriptives a été faite par ce même logiciel.

Deux variables dépendantes, correspondant aux pratiques de prescription, ont été analysées grâce à un logiciel d'analyse statistique :

- Choix de la thérapeutique, question 1 de la vignette clinique 1
- Choix de la galénique, question 1 de la vignette clinique 2

L'association entre ces variables dépendantes et différentes variables explicatives a été recherchée par le test du Chi 2 :

Le seuil de significativité était défini par $p < 0,05$.

III. RESULTATS

A. Population d'étude

Nous avons obtenu 103 réponses au questionnaire envoyé.

Les MG ayant répondu au questionnaire étaient jeunes (50 % des participants avaient moins de 40 ans) et 58 % d'entre eux étaient installés depuis moins de 10 ans.

Ils exerçaient pour 90,2 %, en zone de forte densité de population de PACA

Les hommes représentaient 58,2 % des répondants. (Tableau 1)

Seuls 22,3 % des participants avaient suivi des formations dans les domaines de la gériatrie ou de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes répondants

	Effectif (%) N=103
Sexe	
Homme	60 (58.2 %)
Femme	43 (41.7 %)
Age	
Moyenne, écart-type	39.64 ans, ± 12,3 ans
Lieu d'exercice*	
Forte densité de population	93 (90.2 %)
Moyenne densité	6 (5.8 %)
Faible densité	0
Années d'exercice	
0-10 ans	66 (64,0 %)
10-20 ans	11 (10,6 %)
20-30 ans	15 (14,5 %)
Plus de 30 ans	11 (10.6 %)
Formation	
En gériatrie	2 (1.9 %)
En soins palliatifs	11 (10.6 %)
Dans la prise en charge de la douleur	10 (9.7 %)
Aucune des proposées	80 (77.6 %)

*4 réponses manquantes

B. Pratiques de prescription

1. Fréquence d'instauration

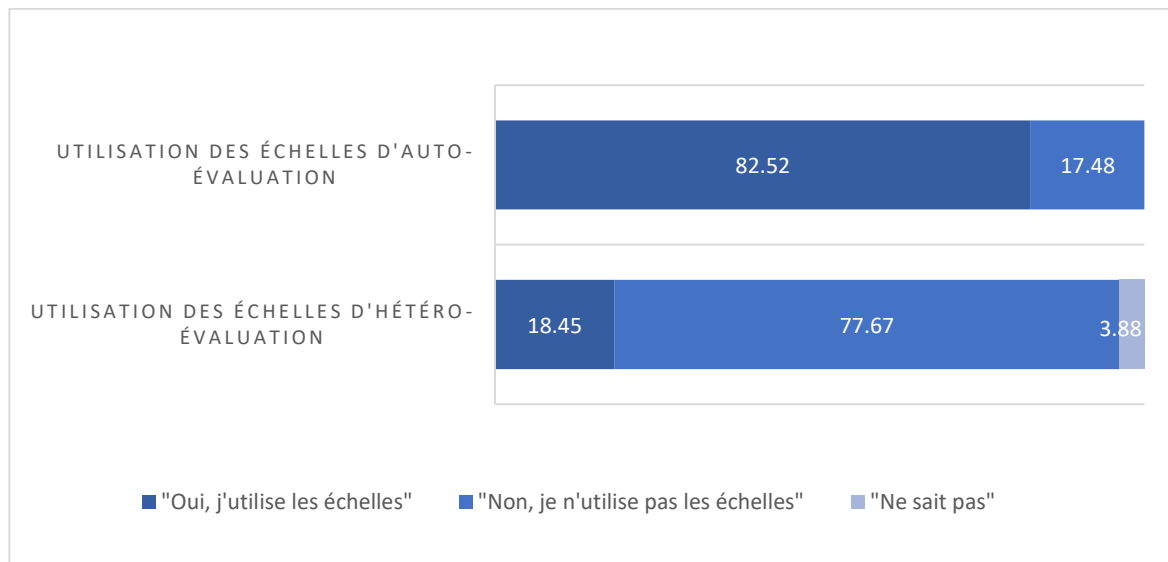
Dans notre échantillon, 5,8 % déclaraient ne « jamais » utiliser de palier 3 chez les sujets âgés dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses.

8,7 % des médecins interrogés les utilisaient souvent à très souvent. La majorité (85,4 %) déclarait une prescription occasionnelle.

2. Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur

Les MG interrogés utilisaient les échelles d'auto-évaluation à 82,5 % contre 18,4 % pour les échelles d'hétéro-évaluation (figure 1).

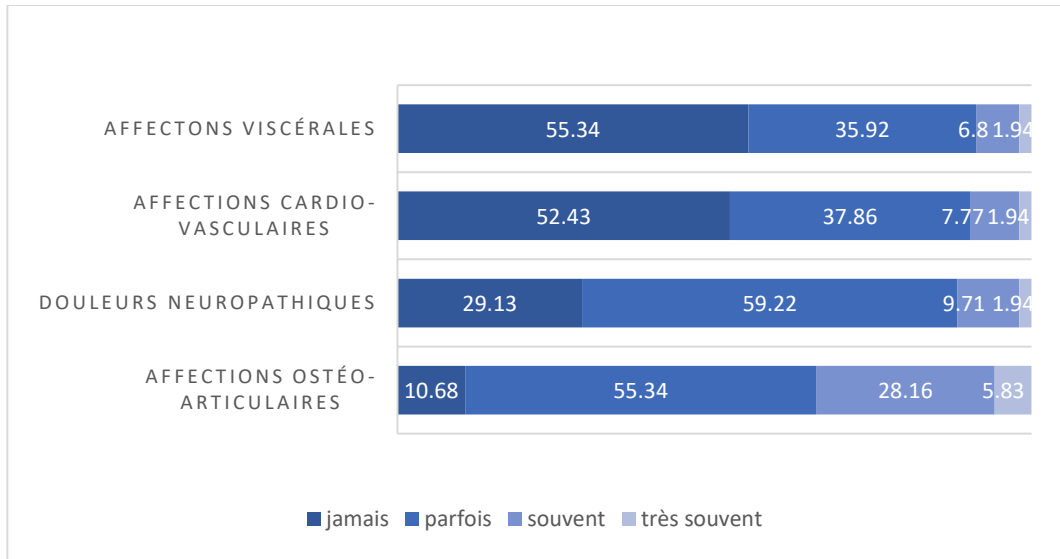
Figure 1 : Habitudes d'utilisation des échelles de la douleur par les MG interrogés



3. Contexte de prescription des antalgiques de palier 3

Les paliers 3 étaient utilisés en majorité dans deux grands cadres : les douleurs neuropathiques (zona, AVC, radiculopathies...) pour 70,8 % des MG et les douleurs ostéo articulaires (fractures, arthroses, polyarthrites...) pour 89,3 % (Figure 2).

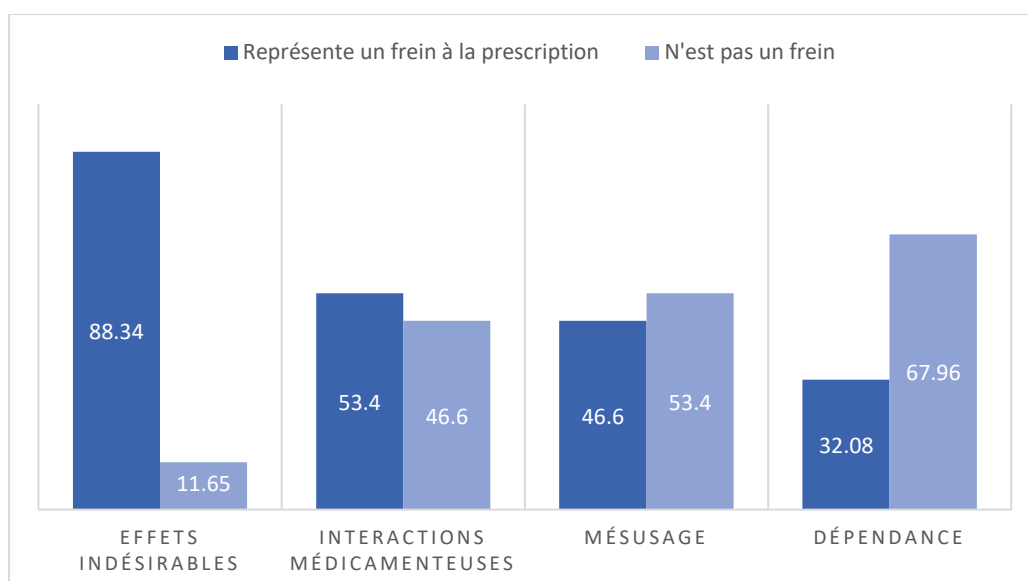
Figure 2 : Contexte de prescription des antalgiques de palier 3 chez les sujets âgés par les MG dans les DCNC



4. Les freins

Les principaux freins à la prescription des paliers 3 dans les douleurs chroniques du sujet âgé étaient les effets indésirables (88,3 % des MG répondants) suivi des interactions médicamenteuses (53,4 %) (Figure 3).

Figure 3 : Freins déclarés par les MG à la prescription des antalgiques de palier 3 aux sujets âgés dans les DCNC

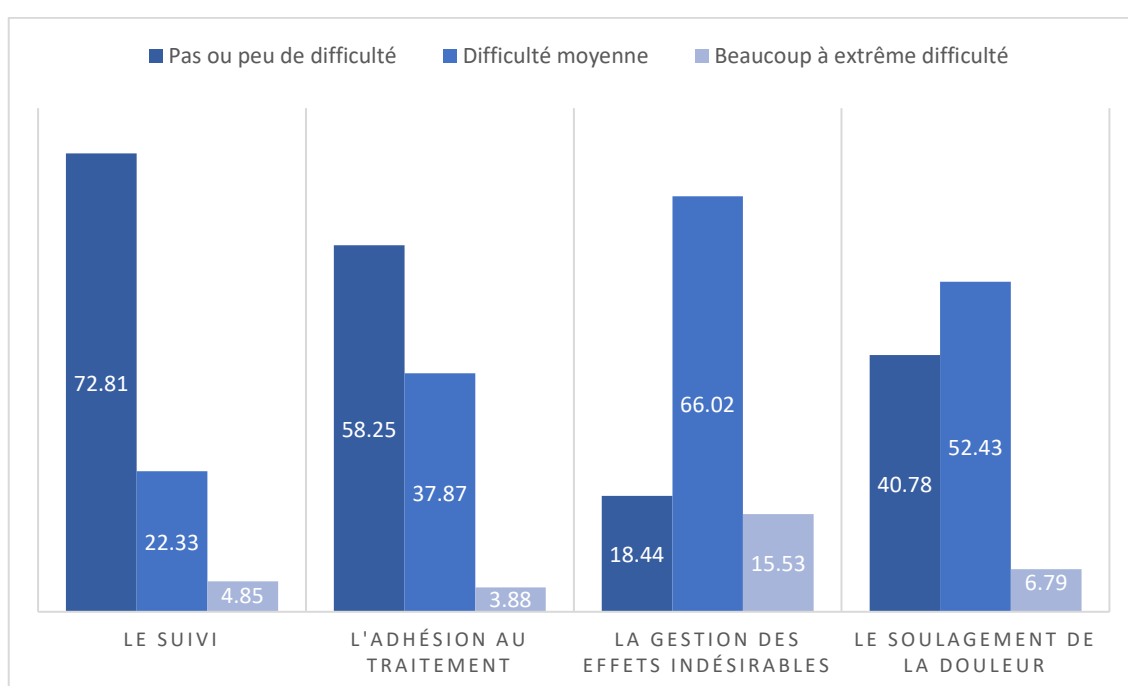


5. Les difficultés

Les effets indésirables représentaient, non seulement un frein à la prescription, mais également une difficulté lors de l'instauration du traitement. Pour 81,5 % des MG, la gestion des effets indésirables était une difficulté moyenne à extrême.

Le soulagement de la douleur posait également des difficultés pour 59,2 % des médecins généralistes répondants. (Figure 4)

Figure 4 : Difficultés rencontrées par les MG lors de la prescription de paliers 3 aux sujets âgés, dans la DCNC



6. Soutien à la prise en charge de la douleur

Parmi les aides proposées pour la prise en charge de la DCNC, les alternatives non médicamenteuses (type massages, kinésithérapie, physiothérapie, hypnose, relaxation ou sophrologie) sont choisies par 96,1 % des médecins.

Le recours aux centres de la douleur était une alternative pour 68,9 % des médecins.

Les consultations avec un médecin gériatre était une option dans l'aide à la prise en charge de la douleur pour 48,5 %.

C. Vignettes cliniques

1. Première vignette clinique

A la première question sur le choix de la thérapeutique, 54 des 103 participants (52,4 %), ont répondu « oui, passage aux antalgiques de palier 3 », alors que 42 (40,7 %) d'entre eux ont répondu « non ». Les 7 (6,8 %) restant ne se sont pas prononcés.

A ceux qui avaient choisi de changer le traitement pour des antalgiques de palier 3, soit 54 participants, il leur était proposé dans un premier temps de choisir entre plusieurs formes de sulfate de morphine orale.

La majorité (70,3 %) choisissait de passer à une forme à libération prolongée associée à une forme à libération immédiate pour les inter-doses. Contre 18,5 % pour une libération immédiate seule et 11,1 % pour une libération prolongée.

Ils avaient ensuite le choix de poursuivre ou non la prescription de plusieurs des traitements déjà en cours.

Parmi ceux ayant choisi de passer aux antalgiques de palier 3, 70,3 % poursuivaient la prégabaline et 98,1 % choisissaient de maintenir la prescription de paracétamol.

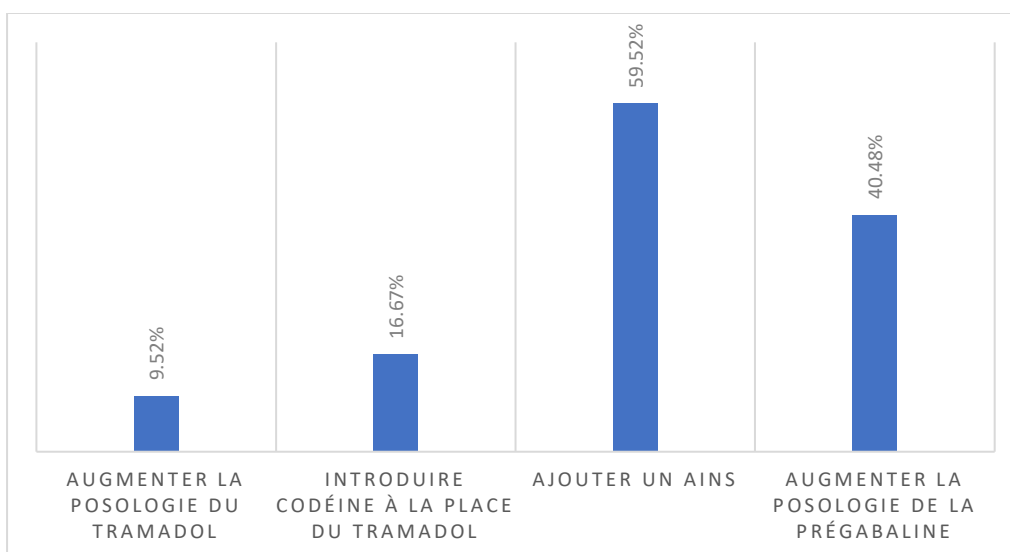
Le tramadol était stoppé par 96,3 % des MG.

42 médecins ne choisissaient pas de passer aux paliers 3. Parmi eux, 59,5 % choisissaient un anti-inflammatoire non stéroïdien comme alternative thérapeutique.

De même que 40,4 % d'entre eux étaient pour une augmentation de la prégabaline.

Pour 9,5 % des participants, la posologie du tramadol était à augmenter. (Figure 5)

Figure 5 : Choix des MG interrogés en l'absence de passage aux paliers 3 (vignette clinique 1)



2. Deuxième vignette clinique

Dans la vignette clinique numéro 2, 75,7 % (soit 78 MG interrogés) privilégiaient la forme transdermique. Alors que 16,5 % (17) préféraient la voie orale et 7,7 % (8) la voie sous cutanée.

En association aux antalgiques de palier 3, les laxatifs étaient introduits par 89,3 % des médecins généralistes et les antiémétiques à 43,6 %.

Pour 21,3 % des participants, les anxiolytiques étaient associés aux morphiniques.

Parmi les 12 MG qui avaient choisi la voie orale en première intention, et après soulagement partiel de la douleur, 5 d'entre eux (soit 29,4 %) augmentaient la dose de morphinique à libération immédiate contre 12 (soit 70,5 %) qui passaient à une forme à libération prolongée.

D. Tests statistiques

Le fait d'instaurer un antalgique de palier 3 dans la vignette clinique 1 était significativement associé au fait d'avoir participé à une formation en gériatrie, en soins palliatifs ou sur la prise en charge de la douleur (tableau 2).

Les autres caractéristiques des MG n'étaient pas significativement associées à cette instauration.

Tableau 2 : Formations des MG associées à la pratique d'instauration d'antalgique de palier 3
(vignette clinique 1)

	Passage aux paliers 3	Non, pas de paliers 3	Ne sait pas	
Aucune formation	45%	47,50%	7,50%	P=0,013
En gériatrie	50%	0%	50%	
En soins palliatifs	90,91%	9,09%	0%	
Sur la prise en charge de la douleur	70%	30%	0%	

Parmi les freins que nous avons évoqués, aucune association à la prescription d'antalgiques de palier 3 n'était statistiquement significative. Cependant, on remarquait quand même une proportion plus importante de médecins déclarant la dépendance, le mésusage ou les interactions médicamenteuses comme des freins dans le groupe « pas de traitement par palier 3 » (tableau 3).

Par exemple, dans ce groupe, la proportion de médecins déclarant les effets indésirables comme un frein à leur prescription était de 95,2 %, contre 83,3 % dans le groupe de médecins choisissant un traitement par antalgiques de palier 3 (p=0,135).

Tableau 3 : Association entre freins ressentis et habitudes de prescriptions déclarées par les MG dans la prescription d'antalgiques de palier 3 dans les DCNC (vignette clinique 1, question 1)

	Traitement par palier 3 n=54	Pas de traitement par palier 3 n=42	p
Les effets indésirables			
Sont un frein	83,3 %	95,2 %	0,135
Ne sont pas un frein	16,6 %	4,7 %	
La dépendance			
Est un frein	20,3 %	45,2 %	0,067
N'est pas un frein	79,6 %	54,7 %	
Le mésusage			
Est un frein	42,5 %	52,3 %	0,53
N'est pas un frein	54,4 %	42,5 %	
Les interactions médicamenteuses			
Sont un frein	48,1 %	57,1 %	0,86
Ne sont pas un frein	51,8 %	42,8 %	

En croisant les données, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le choix de la galénique de la vignette clinique 2 et la formation des MG.

Si aucune association n'était statistiquement significative entre les difficultés et les choix de galénique, on remarquait cependant que le groupe des médecins ayant choisi la forme orale dans notre vignette clinique, était proportionnellement plus nombreux à déclarer « peu ou pas de difficulté » dans la gestion des effets indésirables (35,2 % dans le groupe « choix de la voie orale » versus 12,5 % dans le groupe « voie sous cutanée » et 15,3 % dans le groupe « choix du transdermique » pour un $p=0,527$).

De même, on notait une proportion plus grande de MG avec « peu ou pas de difficulté » dans l'adhésion du patient au traitement dans le groupe du « choix de la voie orale » (70,58% versus 50% dans le groupe « voie sous cutanée » et 56,41% dans le groupe « voie transdermique » $p=0,845$).

Les difficultés ressenties quant au soulagement total de la douleur ou le suivi des patients, étaient réparties de façon homogène parmi les MG répondants, quelle que soit la galénique proposée. L'association n'était pas statistiquement significative.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

Parmi les médecins généralistes interrogés 5,8 % déclaraient ne jamais utiliser d'antalgiques de palier 3 chez les sujets âgés dans les DCNC et utilisaient largement (à plus de 80%) les échelles d'auto-évaluation de la douleur. Les paliers 3 étaient principalement utilisés dans les douleurs neuropathiques et les douleurs ostéo articulaires.

Les effets indésirables étaient perçus non seulement comme un frein par 88,3% des MG répondants mais posaient également des difficultés après instauration du traitement (81,5 %). Parmi les principaux freins, les médecins reconnaissaient aussi les interactions médicamenteuses (53,4 %).

Dans la première vignette clinique, 52,4% des médecins prescrivaient un antalgique de palier 3 à un sujet âgé souffrant de douleurs ostéo articulaires non soulagées par les thérapeutiques en cours. Il y avait statistiquement une plus grande proportion de médecins avec une formation dans ce groupe. Malgré des résultats non significatifs, il y avait une tendance à déclarer plus de frein chez les médecins ne choisissant pas d'instaurer un traitement par palier 3.

Pour le patient grabataire non communiquant de la vignette 2, ils étaient 75,7 % des MG à privilégier la voie transdermique. Il y avait une proportion plus grande de médecins exprimant « peu ou pas de difficulté » dans le groupe choisissant la voie orale quant à la gestion des effets indésirables ou l'adhésion du patient au traitement, même si les résultats n'étaient pas significatifs.

B. Comparaison avec la littérature

1. Pratiques et contexte

L'utilisation des paliers 3 dans la population d'étude était modérée. Plus de 5% déclaraient ne jamais les utiliser dans les douleurs chroniques non cancéreuses et la grande majorité des réponses était dominée par une utilisation occasionnelle.

Les chiffres étaient comparables à ceux disponibles dans la littérature. Dans une étude anglaise de 2015, 72,7 % des médecins interrogés déclaraient prescrire « parfois à fréquemment » des antalgiques de palier 3 dans les DCNC (13). Une autre étude plus ancienne, avait interrogé les médecins anglais sur leurs habitudes, et 75 % disaient les prescrire (14).

Malgré les efforts sur la prise en charge de la douleur et l'augmentation des prescriptions, il reste encore une part de praticiens n'en prescrivant peu ou jamais.

Les MG de notre échantillon retenaient comme principale contexte de prescription les douleurs ostéo articulaires et les douleurs neuropathiques.

Ces chiffres sont comparables à une méta-analyse, de 2006, sur l'efficacité et les effets indésirables des traitements par antalgiques de palier 3 dans les DCNC, qui montrait parmi 41 études, que les indications les plus fréquentes étaient les douleurs nociceptives (arthroses, rhumatismes inflammatoires) à 80% et les douleurs neuropathiques (douleurs post zostériennes, neuropathies diabétiques...) dans 12% des cas (15).

Les échelles de la douleur, de type auto évaluation, étaient largement utilisées par notre échantillon. En revanche, les échelles d'hétéro évaluation l'étaient beaucoup moins souvent. L'utilisation de ce type d'échelle (Doloplus, Algoplus) avait été mis en avant par les recommandations de l'HAS de 2000 sur la prise en charge de la douleur du sujet âgé ayant des troubles de la communication (16). Il s'agit peut-être d'une méconnaissance de ces échelles ou un manque de pratique liée à leur utilisation. Il aurait été intéressant d'explorer les outils d'évaluation de la douleur utilisés, en précisant le cadre (sujet non communiquant).

Les MG, qui participaient à une thèse soutenue en 2013 sur leurs difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique, avaient déclarés les échelles comme inadaptées aux douleurs chroniques ou mal comprises par les patients. Ils disaient laisser une place à la subjectivité (17).

2. Les effets indésirables

Les praticiens de notre étude retenaient surtout les effets indésirables comme principal frein à la prescription de paliers 3 dans les DCNC.

Pourtant, les effets indésirables sont pourtant bien identifiés aujourd'hui : constipation, nausées/vomissements, vertiges, somnolence, rétention urinaire ou encore dépression respiratoire (15). L'HAS recommande : « Pour les opioïdes et la morphine en particulier, la surveillance des effets secondaires chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit se focaliser sur les effets respiratoires et neuropsychiques. Parmi les autres effets secondaires, la constipation doit être précocement et systématiquement prévenue et la rétention d'urines recherchée. »(16)

Leur survenue est très fréquente et malgré les recommandations, pas toujours prévenue, ce qui pourrait expliquer une part des difficultés des médecins.

Dans le cas de la vignette clinique numéro 2, une grande majorité des MG instaurent des laxatifs en association aux paliers 3 mais moins de la moitié seulement instaurent un traitement anti émétique.

Une étude française, l'étude EPIDOL, élaborée en 2003, décrivait les pratiques médicales habituelles de prise en charge de la douleur par les paliers 3 à libération prolongée en médecine générale. Dans cette étude, on notait la survenue d'effets indésirables pour près de trois quarts des patients et seulement 60% des patients avaient un traitement correcteur, dont principalement la constipation. Par ailleurs, les effets indésirables étaient peu expliqués aux patients.

La prévention des effets indésirables reste encore à améliorer.

Dans notre échantillon, nous avons essayé de mettre en lien la perception des effets indésirables comme un frein avec le choix des traitements antalgiques. Si les résultats n'étaient pas significatifs, il y avait quand même une proportion plus grande de médecin exprimant des freins parmi ceux qui n'instauraient pas de palier 3 dans la vignette clinique 1. Ce lien avait déjà été exploré dans une étude réalisée en France. Elle avait comparé les attitudes et freins à la prescription de palier 3 dans les douleurs cancéreuses par les médecins généralistes et les oncologues. Les deux groupes déclaraient des réticences à l'instauration du traitement (50% des oncologues et 76% des généralistes) et identifiaient les effets indésirables comme la principale raison à leur réticence (18).

3. Les freins

Les réseaux de surveillance internationaux, et notamment en Amérique du Nord, faisaient état d'une explosion des mésusages et des addictions aux antalgiques opioïdes. D'après l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA), les hospitalisations pour overdose d'opioïdes ont augmenté de 167% de 2000 à 2017 et les décès liés aux overdoses ont significativement augmenté de 146% entre 2000 et 2015 (19).

Une étude récente explorait le point de vue des MG sur les risques de survenue d'une dépendance. Et si pour eux le risque de survenue d'une dépendance dans les douleurs cancéreuses ne représentait pas un frein, ça l'était pour un tiers des MG interrogés dans les douleurs chroniques non cancéreuses (20).

Malgré ces chiffres, la prévalence de la dépendance chez les sujets âgés, peu souvent explorée, serait faible. Les facteurs de risque de survenue de dépendance sont identifiables et leur recherche doit être systématique avant l'instauration d'un traitement par un antalgique de palier 3 quel qu'il soit (21). De plus une étude américaine sur des sujets âgés de plus de 60 ans et ayant déclaré des mésusages, rapportait pour la majorité des patients des douleurs chroniques sévères mal soulagées et le mésusage de leur traitement initial prescrit par leur médecin. L'étude mettait en lumière le lien entre sous traitement de la douleur et risque de mésusage (22).

Si dans notre échantillon, le risque de dépendance et de mésusage ne freinait pas la majorité, il préoccupait plus d'un tiers d'entre eux.

Il semblerait que pour les médecins la prise en charge de la douleur soit favorisée malgré les risques addictifs potentiels.

4. Les difficultés

Dans la littérature, la mauvaise image publique des antalgiques de palier 3 est souvent identifiée comme une difficulté à l'instauration et à l'adhésion du traitement (18).

En 2010, la société française de médecine générale avait effectué une enquête auprès des MG sur les freins et obstacles à l'instauration du traitement en rapport avec le patient et son entourage, et les principaux retenus étaient les effets indésirables et la représentation socio culturelle des patients (association à la fin de vie, gravité de la maladie...) (23).

L'adhésion au traitement semblait diviser les MG répondants, interrogés sur les difficultés lors d'un traitement par palier 3.

5. Instauration d'un traitement antalgique de palier 3

La question du passage aux antalgiques de palier 3 (vignette clinique 1, question 1) permettait de distinguer deux groupes de médecins. Nous avons essayé de mettre en évidence des liens entre l'appartenance à un groupe et les facteurs influençant la prescription. Une formation spécifique (en palliatifs, gériatrie ou en douleur) était associée de manière significative au choix du traitement. Cette tendance avait déjà été soulignée dans une étude anglaise de 2015 sur les attitudes et pratiques des MG : lorsque les médecins se sentaient suffisamment formés ou moins inquiets de nuire aux patients, ils étaient moins réticents à prescrire des opioïdes dans les DCNC. (13)

Lors du choix de la forme de morphine orale, la majorité de notre échantillon prescrivait une forme à libération immédiate associée à une forme à libération prolongée (LP) et moins d'un quart faisait le choix d'une titration par forme à libération immédiate (LI) seule.

Pourtant la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, recommande la forme à libération immédiate en titration chez les personnes âgées ou les insuffisants rénaux (8). Le risque de surdosage étant majoré chez le sujet âgé du fait des modifications pharmacologiques lié au vieillissement. Les doses doivent également être divisées par deux. Dans la population générale, il est recommandé de favoriser la forme à LP à dose de 30 mg de morphine orale par jour (24). Chez le sujet très âgé, il est recommandé de passer à la forme LP, seulement à la fin de la période de titration par forme LI (25).

Pourtant, dans notre vignette clinique 2, après une titration et un soulagement partiel de la douleur, la plupart des médecins de l'étude passait à une forme LP et moins d'un tiers poursuivaient la titration avec la forme LI.

Le choix des molécules ne semblait pas conforme aux recommandations, peut-être par méconnaissance des spécificités liées au sujet âgé ou par expérience.

Cependant l'utilisation des classes d'antalgiques de l'OMS était maîtrisée pour la majorité des MG (arrêt des antalgiques de palier 2 et maintien du paracétamol).

6. Alternative aux paliers 3

Il n'existait pas de contre-indication dans l'énoncé de notre sujet à l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les recommandations sur les AINS chez le sujet âgé sont « une utilisation prudente » la plus courte et à dose la plus faible possible en tenant compte des antécédents et du risque d'interactions médicamenteuses (16). Ils ont néanmoins leur place dans la prise en charge de l'arthrose en seconde intention en cas d'échec du paracétamol (26).

Il est intéressant de constater que parmi les médecins qui choisissent de ne pas instaurer d'opioïdes forts avec une tendance à exprimer plus de frein, comme les effets indésirables, choisissent d'instaurer un anti inflammatoire. Les AINS sont de grands pourvoyeurs d'effets indésirables et représentent une grande part des hospitalisations pour effets indésirables majeurs, particulièrement chez les sujets âgés. Il est bien évidemment difficile d'évaluer et d'extrapoler, au travers d'un cas clinique, les conséquences des croyances et habitudes des médecins généralistes.

7. Choix de la galénique

Lorsque le choix de la galénique était laissé dans la vignette clinique 2, les trois quarts des médecins avaient choisi la voie transdermique alors que le cas mentionnait la prise actuelle d'un antalgique par voie orale et donc laissait la possibilité de poursuivre cette galénique.

L'HAS recommande de toujours privilégier la voie orale lorsque celle-ci est possible. Elle recommande également de ne pas débiter le traitement par voie transdermique chez des patients naïfs de tout opioïdes mais par des formes à libération immédiate comme précisé précédemment, et particulièrement chez le sujet âgé.

Cette tendance à utiliser en première intention le fentanyl par voie transdermique avait déjà été observée dans une étude italienne en 2006, dans les douleurs d'origine cancéreuses que ce soit en titration ou dans les douleurs instables et en l'absence de trouble de la déglutition (27). Cela se remarque aussi en France, où la commission nationale des stupéfiants et des

psychotropes de 2008 a montré que les antalgiques stupéfiants les plus prescrits étaient les patchs de fentanyl (28).

Une thèse réalisée en 2017 sur l'utilisation et les bonnes pratiques des patchs opioïdes chez les sujets âgés par les médecins généralistes permettait d'évaluer leurs connaissances. Ils étaient 84 % de la population d'étude à ne pas connaître les recommandations et pourtant 34 % déclaraient les connaître. Ils évoquaient la nécessité d'une meilleure formation (29).

Mais le choix de la voie transdermique s'explique par les avantages qu'elle peut offrir. Si l'équivalence d'efficacité entre les différentes molécules morphiniques a été démontrée, il semblerait que dans les différentes études réalisées, les sorties d'étude pour effets indésirables soient moins nombreuses avec les patchs qu'avec les autres galéniques (8). Dans notre échantillon, même si aucun résultat n'était statistiquement significatif, la proportion des MG exprimant des difficultés avec les effets indésirables était plus importante dans le groupe de ceux choisissant la forme transdermique ou sous cutanée que la voie orale. La taille de l'échantillon ne nous permettait donc pas de conclure si les effets indésirables étaient un facteur influençant le choix.

C. Forces et limites

Nous avons choisi la méthode des vignettes cliniques car elle permet de définir et donc de contrôler les caractéristiques des patients. Cela permet d'éviter les biais dus à des facteurs non mesurés en situation réelle tel que le temps de consultation (30,31). Bien que les vignettes cliniques de l'étude décrivent des situations fréquentes en médecine générale, elles ne permettent pas d'explorer toutes les situations complexes : il faut rester prudent quant à la généralisation des résultats dans un contexte clinique plus général (15). De plus, cette approche permet d'étudier la variabilité des pratiques des MG selon différentes situations ou caractéristiques des patients. Cependant, certains facteurs non mesurables sont susceptibles d'influencer les décisions et prises en charge (qualité de la relation médecin-patient par exemple). Il est probable que l'on recueille ce que le MG pense devoir faire plutôt que ce qu'il ferait en situation réelle devant une situation particulière.

Par ailleurs, des biais de désirabilité sociale et de conformisme ne peuvent être exclus dans les études interrogeant les attitudes et pratiques des médecins. Ces biais pourraient sous-estimer une prise de risque éventuelle dans certaines situations.

L'effectif de notre étude était faible, avec seulement 103 participants, ce qui n'a pas permis de réaliser des analyses multivariées et a pu limiter la significativité des résultats des tests statistiques. Cependant, les résultats obtenus permettent de donner des tendances sur les attitudes et pratiques des MG concernant la prescription d'antalgiques de palier 3 chez les sujets âgés atteints de douleurs chroniques non cancéreuses.

L'échantillon de notre étude n'était pas constitué de MG représentatifs de la moyenne. Même si le sexe ratio était comparable à celui de PACA, l'âge et le milieu d'exercice n'étaient pas proches des caractéristiques régionales.

Comparé aux données disponibles, l'âge moyen de l'échantillon (39 ans) était de 12 ans plus jeune à la moyenne des médecins généralistes de PACA (32) (d'après le conseil national des médecins, relevés 2013). De plus, les médecins exerçaient en grande majorité en zone urbaine de forte densité de population, ce qui excluait une tranche de la démographie médicale.

Notre travail a permis de répondre à notre question principale, et nos résultats obtenus étaient souvent proches des données de la littérature.

Cela nous permet de suggérer des liens et ouvrir des perspectives pour des prochaines études à venir.

V. Conclusion

Malgré l'augmentation des prescriptions observées ces dernières années, il persiste des médecins ne prescrivant pas d'opioïdes forts dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse du sujet âgé.

Notre étude a permis de constater qu'il existe encore des réticences chez les médecins généralistes.

Les principales réticences à l'utilisation des antalgiques de palier 3 sont inhérentes au traitement lui-même. La préoccupation première des MG peut être la volonté de ne pas nuire aux patients en mesurant la balance bénéfico-risque des thérapeutiques engagées.

D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les leviers permettant d'aider les médecins dans leurs prescriptions d'antalgiques de palier 3 en ambulatoire dans les douleurs chroniques non cancéreuses chez les sujets âgés.

VI. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
2. 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.
3. Connelly P. The Management of Chronic Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 1 mai 1998;46(5):635-51.
4. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*. 1 sept 2001;17(3):417-31.
5. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN. 13 avr 2017;52.
6. DGOS. Douleur : l'action des pouvoirs publics [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/l-action-des-pouvoirs-publics>
7. 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 ». *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 déc 2012;13(6):259-75.
8. Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 juin 2016;17(3):145-60.
9. BARREAU M, CHENAF C, KABORE JL, BERTIN C, DELORME J, RIQUELME-ARBRE M, et al. Pharmacoépidémiologie de l'usage des antalgiques opioïdes en France. *Courr Addict*. déc 2017;Vol.19, n°4:8-10.
10. Emery C, George B, Gomas J-M, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 déc 2005;6(6):366-73.
11. Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *Br J Clin Pharmacol*. 1 juin 2018;84(6):1324-34.
12. Base de données socio-sanitaires et environnementales territorialisées de l'ORS Paca [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.sirsepac.org/ors93/index.php#s=2015;l=fr;i=de>
13. 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.

14. Hutchinson K, Moreland AME, de Williams ACC, Weinman J, Horne R. Exploring beliefs and practice of opioid prescribing for persistent non-cancer pain by general practitioners. *Eur J Pain*. 1 janv 2007;11(1):93-93.
15. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects., Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can CMAJ Can Med Assoc J*. 23 mai 2006;174, 174(11, 11):1589, 1589-94.
16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
17. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine par Dana BUCUR : Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes? [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4328f60d-b1cc-4d02-8240-2a69eeeb0d1>
18. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer*. 1 déc 1995;76(11):2375-82.
19. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality. *Eur J Pain* [Internet]. [cité 11 sept 2018];0(0). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.1291>
20. 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.
21. Edlund MJ, Martin BC, Fan M-Y, Devries A, Braden JB, Sullivan MD. Risks for opioid abuse and dependence among recipients of chronic opioid therapy: Results from the TROUP Study. *Drug Alcohol Depend*. 1 nov 2010;112(1):90-8.
22. Levi-Minzi MA, Surratt HL, Kurtz SP, Buttram ME. Under Treatment of Pain: A Prescription for Opioid Misuse Among the Elderly? *Pain Med*. nov 2013;14(11):1719-29.
23. Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de [Internet]. studylibfr.com. [cité 26 déc 2018]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/3411069/freins-et-obstacles-à-l-initiation-d-un-traitement-antalg...>
24. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. déc 2004;5(6):324-6.
25. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf.
26. Coutaux A. Traitements antalgiques de l'arthrose. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 févr 2005;6(1, Part 2):22-7.
27. Ripamonti C, Fagnoni E, Campa T, Brunelli C, De Conno F. Is the use of transdermal fentanyl inappropriate according to the WHO guidelines and the EAPC recommendations? A study of cancer patients in Italy. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mai 2006;14(5):400-7.

28. Mallaret M, Lagier M, Belhadj-Tahar M, Bronner M, Debruyne M, Delile M, et al. COMMISSION NATIONALE DES STUPEFIANTS ET DES PSYCHOTROPES. 2008;16.
29. Dumont P. Utilisation et bonnes pratiques des patchs opioïdes chez une population de 65 ans et plus en médecine générale en Haute Normandie. 25 sept 2017;115.
30. Veloski J, Tai S, Evans AS, Nash DB. Clinical Vignette-Based Surveys: A Tool for Assessing Physician Practice Variation. Am J Med Qual. 1 mai 2005;20(3):151-7.
31. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, et al. Measuring the Quality of Physician Practice by Using Clinical Vignettes: A Prospective Validation Study. Ann Intern Med. 16 nov 2004;141(10):771.
32. paca_2013.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf

VII. Tableaux et annexes

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes répondants

	Effectif (%) N=103
Sexe	
Homme	60 (58.2 %)
Femme	43 (41.7 %)
Age	
Moyenne, écart-type	39.64 ans, ± 12,3 ans
Lieu d'exercice*	
Forte densité de population	93 (90.2 %)
Moyenne densité	6 (5.8 %)
Faible densité	0
Années d'exercice	
0-10 ans	66 (64,0 %)
10-20 ans	11 (10,6 %)
20-30 ans	15 (14,5 %)
Plus de 30 ans	11 (10.6 %)
Formation	
En gériatrie	2 (1.9 %)
En soins palliatifs	11 (10.6 %)
Dans la prise en charge de la douleur	10 (9.7 %)
Aucune des proposées	80 (77.6 %)

*4 réponses manquantes

Figure 1 : Habitudes d'utilisation des échelles de la douleur par les MG interrogés

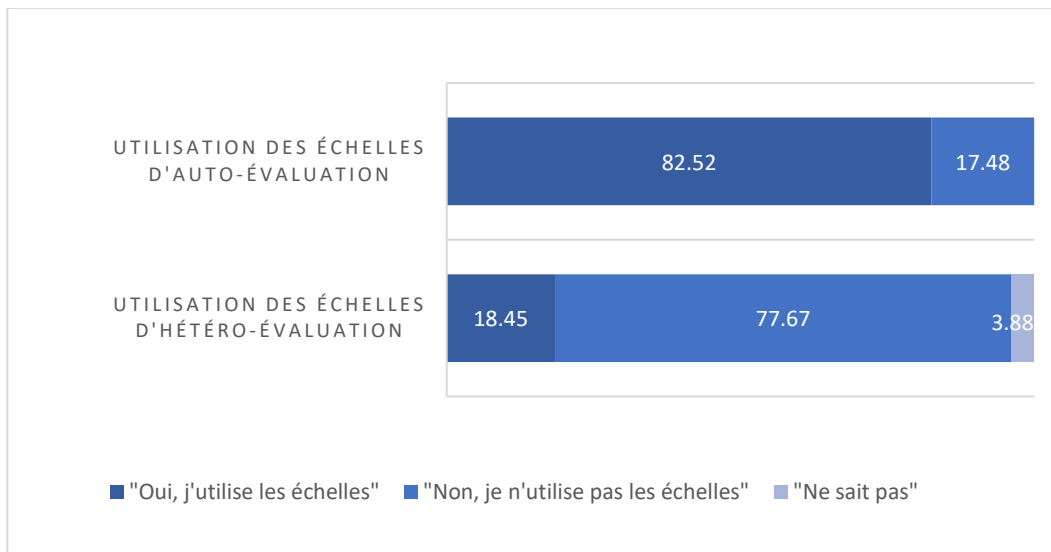


Figure 2 : Contexte de prescription des antalgiques de palier 3 chez les sujets âgés par les MG dans les DCNC

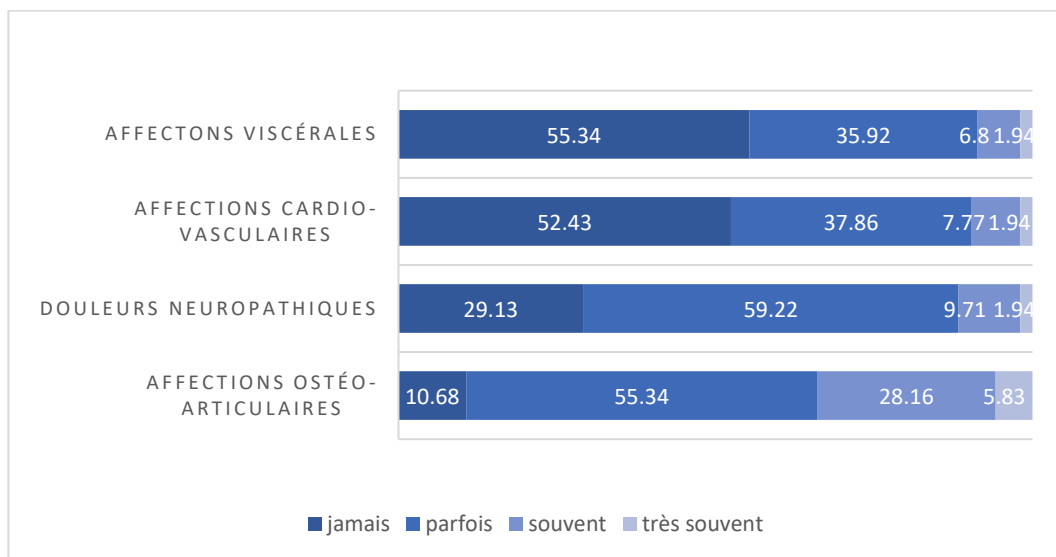


Figure 3 : Freins déclarés par les MG à la prescription des antalgiques de palier 3 aux sujets âgés dans les DCNC

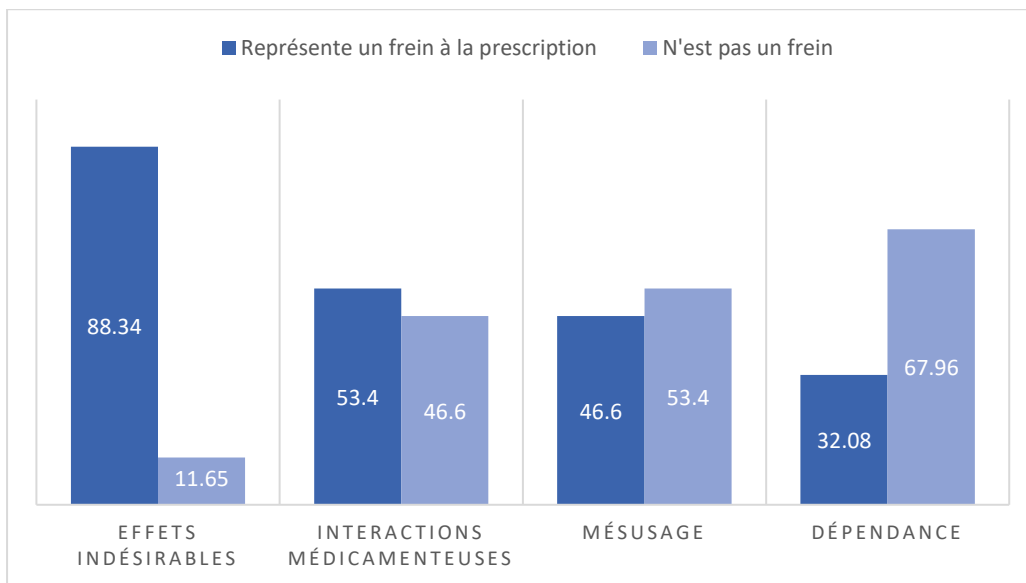


Figure 4 : Difficultés rencontrées par les MG lors de la prescription de paliers 3 aux sujets âgés, dans la DCNC

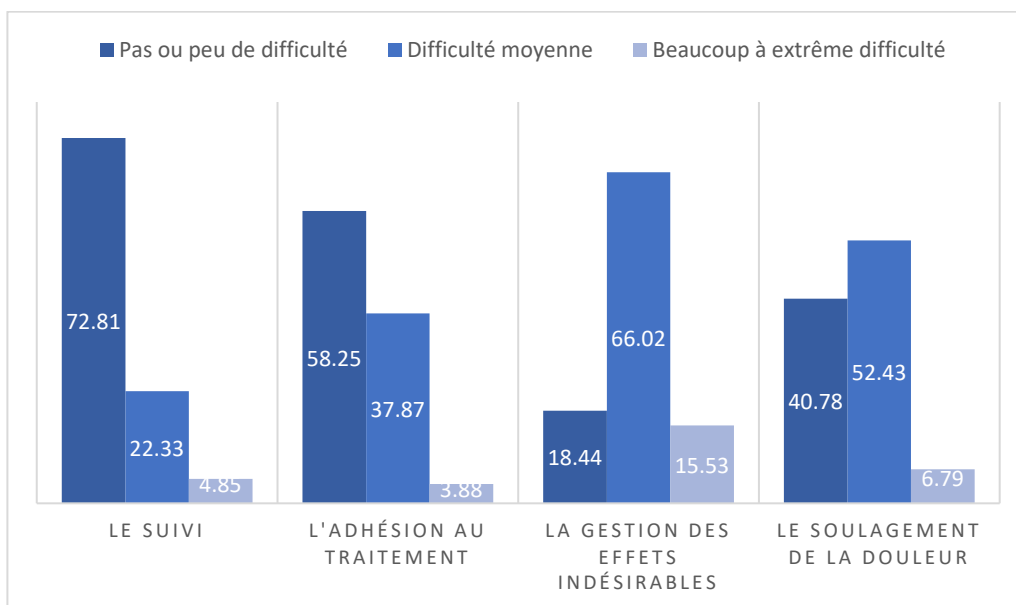


Figure 5 : Choix des MG interrogés en l'absence de passage aux paliers 3 (vignette clinique 1)

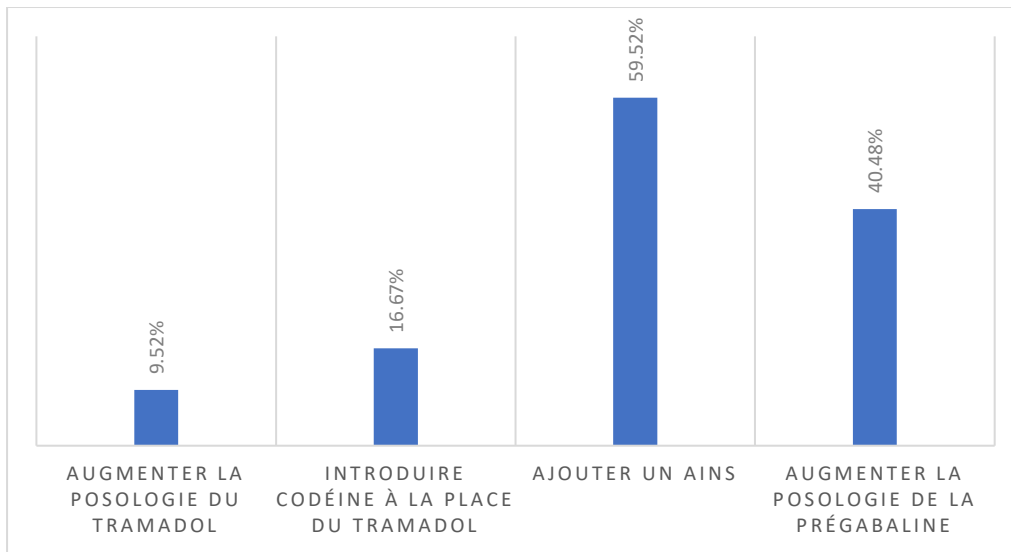


Tableau 2 : Formations des MG associées à la pratique d'instauration d'antalgique de palier 3 (vignette clinique 1)

	Passage aux paliers 3	Non, pas de paliers 3	Ne sait pas	
Aucune formation	45%	47,50%	7,50%	P=0,013
En gériatrie	50%	0%	50%	
En soins palliatifs	90,91%	9,09%	0%	
Sur la prise en charge de la douleur	70%	30%	0%	

Tableau 3 : Association entre frein ressenties et habitudes de prescriptions déclarés par les MG dans la prescription d'antalgiques de palier 3 dans les DCNC (vignette clinique 1, question 1)

	Traitement par palier 3 n=54	Pas de traitement par palier 3 n=42	p
Les effets indésirables			
Sont un frein	83,3 %	95,2 %	0,135
Ne sont pas un frein	16,6 %	4,7 %	
La dépendance			
Est un frein	20,3 %	45,2 %	0,067
N'est pas un frein	79,6 %	54,7 %	
Le mésusage			
Est un frein	42,5 %	52,3 %	0,53
N'est pas un frein	54,4 %	42,5 %	
Les interactions médicamenteuses			
Sont un frein	48,1 %	57,1 %	0,86
Ne sont pas un frein	51,8 %	42,8 %	

Annexe 1 :

Questionnaire de thèse

1- A quelle fréquence utilisez-vous les antalgiques de palier 3 chez le sujet âgé de plus de 65 ans et douloureux ?

Très souvent

Souvent

Parfois

Jamais

2-Utilisez-vous les échelles d'auto-évaluation de la douleur (type échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple...)

Oui

Non

Ne sait pas

Utilisez-vous les échelles d'hétéro-évaluation (type échelle Doloplus...)

Oui

Non

Ne sait pas

3-Dans quel contexte douloureux prescrivez-vous les paliers 3 chez le sujet âgé ?

4 réponses possibles : Très souvent, souvent, parfois, jamais

Douleurs neuropathiques (diabète, AVC, zona, radiculopathie...)

Affections viscérales (douleurs abdominales chroniques, douleurs uro-génitales...)

Affection ostéo articulaire (arthrose, fracture, polyarthrite...)

Affections cardio-vasculaires (œdèmes, ulcères, artériopathie...)

4-Vous vous sentez freiné à l'instauration d'un traitement par palier 3 chez le sujet âgé dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses par :

5 réponses possibles pour chaque proposition : oui, plutôt oui, plutôt non, non, ne sait pas

La possible survenue d'interactions médicamenteuses

Les potentiels effets indésirables

La possible survenue d'une dépendance

Un éventuel mésusage

5-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors d'une prescription de palier 3 dans DCNC (douleur chronique non cancéreuse) du SA ?

Réponses possibles : note de 0 « je n'ai aucune difficulté » à 5 « j'ai d'extrêmes difficultés »

Le suivi des patients

L'adhésion au traitement par le patient

Les effets indésirables

Obtenir le soulagement total de la douleur

6- Parmi les propositions suivantes sur lesquelles vous appuyez vous pour améliorer la prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé non cancéreux de plus de 65 ans

5 réponses possibles pour chaque proposition : oui, plutôt oui, plutôt non, non, ne sait pas

Les alternatives non médicamenteuses (massages, kinésithérapie, physiothérapie, hypnose, relaxation, sophrologie...)

Les centres de la douleur

Les consultations gériatriques

7- Première vignette clinique

Vous recevez un homme de 71 ans, souffrant d'une lombosciatalgie chronique sur une arthrose évoluée. Il a eu plusieurs infiltrations cette année. Il suit actuellement une rééducation en kinésithérapie depuis plus de 4 mois.

Son traitement antalgique actuel est : paracétamol 1gx4/j, Tramadol LP 150 mg matin et soir, prégabaline (Lyrica®) 50mg matin midi et soir

Il consulte car sa lombosciatalgie est actuellement mal soulagée. Il évalue sa douleur par l'échelle numérique de la douleur à 8 aujourd'hui.

Il n'a pas d'autres antécédents ni traitements.

Lui proposez-vous de passer immédiatement à un traitement par antalgique de palier 3 ?

Oui

Non

Ne sait pas

Si non quelle est votre attitude ?

Augmenter la posologie du tramadol

Introduire paracétamol codéiné à la place de tramadol

Augmenter la posologie de la prégabaline

Ajouter un AINS

Si oui, vous décidez d'instaurer un traitement par sulfate de morphine. Que choisissez-vous ?

Forme à libération immédiate seule (type Actiskenan)

Forme à libération prolongée seule (type Moscontin, Skenan)

Forme à libération prolongée + forme à libération immédiate

Dans ses traitements, lequel(s) poursuivez-vous ?

Pour chaque proposition 3 réponses possibles : oui, non, ne sait pas

Paracétamol

Tramadol

Prégabaline

Aucun

8- Deuxième vignette clinique

Vous êtes appelé au domicile d'un patient de 91ans par son infirmière à domicile. Ce patient dément grabataire et non communicant est dénutri et présente une escarre sacrée pour lequel il semble très douloureux.

Son traitement actuel est : paracétamol+tramadol (Ixprim®)

Vous constatez en arrivant qu'effectivement le patient est très douloureux. Vous avez écarté avec votre examen une autre cause de sa douleur. Vous choisissez de prescrire un traitement par palier 3 et d'arrêter l'ixprim.

Quelle forme galénique choisissez-vous ?

Voie orale (comprimés)

Voie transdermique

Voie sous cutanée

Associez-vous une autre classe médicamenteuse à votre prescription ?

Pour chaque proposition 3 réponses possibles : oui, non, ne sait pas

Laxatifs

Anti nauséux

Anxiolytiques

Si la réponse « voie orale » avait été choisie :

L'infirmière vous rappelle sept jours plus tard, votre prescription d'oxynormoro 5mg toutes les 6h semble avoir partiellement soulagé le patient. Par ailleurs, il le tolère bien.

Que faites-vous ?

Augmentation de la dose d'oxynormoro

Passage à une forme à libération prolongée équivalente

Changement de molécule

9- Quelle est votre commune d'exercice ?

Champ libre

10- Quel âge avez-vous ?

25-75ans

11- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que MG ambulatoire ?

0-5 ans

5-10 ans

10-15 ans

15-25 ans

25-30ans

Plus de 30 ans

12- Êtes-vous ?

Un homme

Une femme

11- Avez-vous suivi une formation spécialisée dans les domaines suivants :

En gériatrie

Sur la prise en charge de la douleur

En soins palliatifs

Aucune des formations précédentes

VIII. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.