UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

Le médecin généraliste face à la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution aux opiacés :

Etat des lieux des représentations, des ressentis et des pratiques dans les Alpes-Maritimes

THESE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'État)

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Nice

Le 26 juin 2018

Par

Marie AUDIGIÉ

Née le 21 octobre 1987 à Aix-en-Provence (13)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI	Président du jury
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Assesseur
Madame le Docteur Nadine MEMRAN	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean NOUCHI	Directeur de thèse

« Chacun peut maîtriser une douleur, excepté celui qui souffre. »

William Shakespeare

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
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

Professeurs Honoraires

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

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

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

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 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	Ophtalmologie (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	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
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	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 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)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 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.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
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-Vénéréologie (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)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 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

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	Bactérilogie-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)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

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)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI,
Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail. J'en suis d'autant plus honorée que je sais les nombreuses obligations professionnelles et universitaires qui vous incombent. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Nadine MEMRAN,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Ce fut un plaisir d'avoir pu échanger avant la soutenance. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Jean NOUCHI,
Je vous remercie d'avoir encadré ce travail. Votre écoute et votre disponibilité tout au long de ces mois ont été pour moi d'un grand soutien. Outre un appui scientifique, vous m'avez apporté conseil et bienveillance. Merci de votre confiance et de vos encouragements.

A ma famille,

A mes parents,

Si je suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à vous. Vous m'avez élevée dans le respect des valeurs du travail avec humilité et bienveillance sans jamais faillir à vos devoirs de soutien parentaux. Vous m'avez toujours poussée dans l'accomplissement de mes rêves en m'apprenant que simplicité et modestie pouvaient mener très loin. Je vous remercie pour tout l'amour, le dévouement et le soutien sans faille que vous m'avez apportée jusqu'à présent. Je vous aime.

A mon frère Babou,

Toi aussi tu as été à mes côtés durant toutes ces années et tu as toujours répondu présent à mes sollicitations. Ta générosité, ton empathie et ton intelligence sont des modèles pour moi. Je suis fière d'avoir un frère comme toi.

A ma famille,

Merci de votre soutien et de votre présence à mes cotés aujourd'hui pour remplir avec moi mon « petit panier ».

A mes amis,

A Carole,

Comme tu l'as si bien dit dans ta thèse, cela fait 10 ans que nos routes se sont croisées. Du CCM à cette salle de thèses en passant par nos voyages et les soirées médecine, nous en avons fait du chemin ensemble. Bien que nous nous soyons un peu éloignées ces dernières années pour des raisons professionnelles, je sais qu'il restera toujours entre nous ce lien indéfectible qui s'appelle l'amitié. Je te remercie d'avoir quitté ta campagne mâconnaise pour être à mes côtés aujourd'hui.

A Sophie,

Tu as été présente à mes côtés dans toutes les étapes importantes de ma vie personnelle et professionnelle. Je suis très honorée que tu sois encore là aujourd'hui et que notre amitié perdure malgré mon manque de pugnacité à maintenir le lien.

A Marjyro,

Tu es celle qui était à mes côtés pour préparer les crêpes à tous les gloutons montjayais, celle qui chantait avec moi lors de nos balades à Chapaïsses, celle qui partageait ma tente lors des soirées camping dans la forêt. Mais tu es aussi et surtout celle qui m'envoie des mots de réconfort dans les moments difficiles et celle qui m'a vue grandir et m'épanouir dans mes projets. Tu es bien plus qu'une amie à mes yeux et même l'éloignement n'y pourra rien changer.

A mes 2 loulous,

Mon amour pour vous et trop grand pour que je puisse l'écrire sur cette page. Vous êtes ma plus belle réussite et ma plus grande fierté.

A mon Choupi,

Je te remercie d'avoir cru en moi depuis le début et de m'avoir toujours poussée et soutenue dans mes projets. Ces derniers mois, tu as été d'un soutien sans faille et tu as géré la maison d'une main de maître sans jamais te plaindre. Alors, merci pour tout ça et aussi pour ton amour, ta joie de vivre et ton optimisme qui rendent la vie à tes cotés si agréable et savoureuse. Je t'aime.

A mon Titi,

Ce petit message est pour toi. Bien sûr tu ne sais pas encore lire mais peut-être qu'un jour tu tomberas sur ces quelques lignes et tu te souviendras que ta maman te parlait de ses problématiques TSO. Tu ne comprenais certainement pas grand-chose mais tu as toujours pris le temps de m'écouter et de me répondre avec un grand sourire « poisson » ou « moto ». Je t'aime fort mon Titi.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES 16

INTRODUCTION 17

MATÉRIEL ET MÉTHODE 21

A. Description de l'étude quantitative 21

B. Population étudiée 21

1. Critères d'inclusion dans l'étude 22
2. Critères de non inclusion dans l'étude 22
3. Constitution de la base de sondage 22
4. Elaboration du questionnaire 23
   - 4.1. Mise en forme du questionnaire 23
   - 4.2. Les différentes parties du questionnaire 24
5. Déroulement de l'étude quantitative 25
   - 5.1. Durée du travail 25
   - 5.2. Déroulement de l'étude 25
6. Recueil et analyse statistique 27
   - 6.1. Le recueil des données 27
   - 6.2. Analyse statistique 27

RÉSULTATS 28

A. Caractéristiques socio-démographiques des médecins inclus dans l'étude 29

B. Le rapport des médecins à l'addictologie 30

C. Les représentations des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO 31

D. Le ressenti des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO 31

E. Les pratiques des médecins généralistes concernant l'analgésie des patients hors TSO. 33

1. Les antalgiques prescrits en cas de douleur modérée 33
2. Les antalgiques prescrits en cas de douleur intense 34

F. Les pratiques des médecins généralistes concernant l'analgésie des patients sous TSO 35

1. En cas de douleur modérée 35
   - 1.1. Chez les patients sous Méthadone 35
   - 1.2. Chez les patients sous buprénorphine 39
2. En cas de douleur intense 43
   - 2.1. Chez les patients sous méthadone 43

2.2. Chez les patients sous buprénorphine 47
3. Facteurs influençant les pratiques d'analgésie des patients sous TSO 50
3.1. Chez les patients sous méthadone 50
3.2. Chez les patients sous buprénorphine 52

G. Evaluation des besoins en formation des médecins interrogés 54

DISCUSSION 55

A. Discussion de la méthodologie 55
1. Les limites liées à la participation 55
2. Les limites liées au questionnaire 56
3. Les atouts de l'étude 56

B. Discussion des résultats 57
1. Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée 57
2. Les conditions d'exercice 57
3. Les rapports des médecins à l'addictologie 58
3.1. Les prescriptions de TSO 58
3.2. La formation en addictologie 58
4. Le ressenti des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO 59
5. Les représentations de la douleur des patients sous TSO 60
6. Les pratiques d'analgésies des médecins généralistes 60
6.1. Chez les patients ne recevant pas de TSO 60
6.2. Chez les patients recevant un TSO 62

C. Les perspectives de l'étude 65

CONCLUSION 67

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 68

ANNEXES 76

SERMENT D'HIPPOCRATE 90

RÉSUMÉ 91

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

BUP : Buprénorphine

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

EN : Echelle Numérique

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MTD : Méthadone

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte-d'Azur

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SFMG : Société Française de Médecine Générale

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

SUDOC : Système Universitaire de Documentation (catalogue du)

INTRODUCTION

La douleur est un phénomène à la fois universel et totalement intime dont chaque être humain a déjà fait l'expérience. L'International Association for the Study of Pain (IASP) la définit comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire existant ou potentiel ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion » (1). Cette définition, très générale, démontre toute la complexité et la subjectivité de ce phénomène.

Dans sa forme aiguë, la douleur peut être assimilée à un « signal d'alarme » de l'organisme face à une agression dont la finalité est de protéger son intégrité. Dans sa forme chronique, elle prend un caractère multidimensionnel avec un retentissement psycho-social et perd son rôle de signal d'alarme. Elle devient alors, une maladie en tant que telle responsable d'une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités quotidiennes. Elle se caractérise, quelque soit son intensité et sa typographie, par une persistance au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée (2).

Depuis 30 ans, la lutte contre la douleur est une priorité et les mesures mises en place par les pouvoirs publics en témoignent. La prise en charge de la douleur a été inscrite dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle a été consacrée comme priorité nationale dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (3,4).

La prise en charge de la douleur du patient toxicomane, qu'il soit actif, ancien ou substitué, peut sembler un problème spécifique éloigné du champ de la médecine générale.

Pourtant, la douleur est un symptôme fréquent dont la prévalence oscille entre 17% et 55% (5–8). Elle occupe une place importante dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, puisque, selon une étude rétrospective nationale menée entre 1994 et 2010 auprès de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), 3 consultations de médecine générale sur 4 font référence à la douleur (8).

De plus, le médecin généraliste s'avère être la clé de voûte du traitement de la dépendance aux opiacés.

Bien que l'estimation du nombre d'usagers problématiques d'opiacés reste difficile, elle est proche de 210 000 consommateurs. Dans son étude de juin 2017, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) s'alarme de l'augmentation du nombre de français ayant expérimenté l'héroïne et de l'émergence de l'utilisation des antalgiques opiacés à des fins récréatives (9,10).
Près de 25 ans après l'introduction des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en France, leur efficacité est clairement établie sur le plan socio-sanitaire et ils constituent, aujourd'hui, les fondements de la politique de réduction des risques en favorisant l'accès aux soins des usagers de drogues dépendant aux opiacés et en diminuant la morbi-mortalité.
En France, deux molécules sont actuellement utilisées pour le traitement de la dépendance aux opiacés : la buprénorphine haut dosage et la méthadone. La buprénorphine, initialement commercialisée en 1995 sous le nom de Subutex®, est disponible depuis 2012 en association avec la naloxone sous le nom de Suboxone® afin de prévenir le mésusage.

Au cours des six dernières années, le nombre de patients ayant bénéficié d'une prescription de TSO en France s'est stabilisé autour de 180 000 avec une implication importante des médecins généralistes dans ces prescriptions. En effet, 69% des TSO sont prescrits par les médecins généralistes (10).

Il n'a jamais été proposé en France de durée optimale d'utilisation des TSO, ni dans les Résumés des Caractéristiques des Produits (RCP) ni dans la conférence de consensus qui leur a été consacrée, mais on sait que leur usage doit s'inscrire sur une longue durée. Il n'est donc pas rare qu'un patient sous TSO soit confronté à une situation de douleur aiguë.

D'ailleurs, la plainte douloureuse chez ces patients n'est pas si anecdotique qu'il n'y parait. En effet, ce symptôme est beaucoup plus fréquent dans cette population, avec des prévalences douloureuses allant de 61,3% à 80% (11,12). Les causes sont multiples. Outre un vécu douloureux péjoratif, ces patients sont plus susceptibles de développer des polypathologies (12). Mais cette plus forte prévalence est aussi la conséquence d'une physiologie particulière de la douleur dans cette population. En effet, la prise d'un traitement agoniste opioïde, sous forme de TSO, sur une longue durée entraine une diminution du seuil de tolérance à la douleur responsable d'une hyperalgésie et provoque une désensibilisation des récepteurs opioïdes responsable d'une tolérance aux opioïdes (13–16). Ces phénomènes de tolérance et d'hyperalgésie induite sont responsables d'une plus grande sensibilité à la douleur des patients sous TSO et d'une moindre efficacité des antalgiques opiacés (17,18).

Parallèlement à la complexité physiologique de la douleur des patients sous TSO, il existe, chez les médecins prenant en charge ces patients un certain nombre d'idées reçues quant à la prescription d'antalgiques opiacés pouvant donc influencer leur prise en charge (19).

Ainsi, il est parfois mis en avant que les effets neurologiques centraux et dépresseurs respiratoires des antalgiques opioïdes et des TSO se potentialisent au risque d'entraîner une dépression respiratoire (17,20,21). Bien qu'en théorie, l'association de multiples opiacés puisse entraîner une dépression respiratoire, ce risque n'a jamais été cliniquement démontré lorsque les TSO et les antalgiques opiacés sont prescrits selon les recommandations de bonnes pratiques (22).

Pour certains médecins, l'instauration d'un traitement antalgique opioïde chez un patient sous TSO peut entraîner une rechute dans la consommation active d'opiacés illicites. Là encore, aucune étude clinique n'a rapporté de rechute dans la consommation d'héroïne à la suite d'une prescription d'antalgiques opiacés chez un patient sous TSO (23,24). Bien au contraire, il a été démontré qu'une analgésie insuffisante chez ces patients est plus susceptible de déclencher une rechute qu'une analgésie adaptée (45-48).

Pour d'autres, la prise d'un traitement agoniste opioïde sous forme de TSO suffirait à assurer l'analgésie des patients. Or les TSO lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre de la substitution, c'est-à dire consommés en monoprise quotidienne, ne permettent pas d'assurer une analgésie suffisante puisque leur action analgésique ne couvre qu'une période de 4 à 8 heures (19,25,26).

Enfin, il est parfois objecté que la plainte douloureuse chez un ancien consommateur d'héroïne est une manipulation dont le but est l'obtention d'une substance opiacée (11,12,27).

L'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë dans la population générale sont aujourd'hui bien codifiées. Depuis 1987 et l'établissement des recommandations de prise en charge de la douleur cancéreuse par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de nouvelles mises à jour ont émergé, contribuant ainsi au bon usage des antalgiques et à la prise en charge optimale de la douleur des patients (28,29). Néanmoins, des situations particulières subsistent parmi lesquelles les professionnels de santé peuvent se sentir démunis et pour lesquelles il n'existe aucune recommandation. C'est le cas de l'analgésie des patients sous TSO (16,30–32).

La prise en charge de la douleur des patients recevant un TSO apparait ainsi complexe. D'une part, du fait de l'opiophobie manifeste des professionnels de santé et des idées reçues que véhicule ce sujet et d'autre part, du fait de l'absence de recommandations clairement établies (33,34). Tout ceci peut déboucher sur une prise en charge insuffisante de la douleur chez ces patients dont les

conséquences peuvent être dramatiques allant du mésusage de substances psychoactives en tout genre à la rupture du suivi addictologique voire l'arrêt du traitement de substitution (11,12,35,36).
On comprend alors tous les enjeux d'une bonne prise en charge de la douleur chez ces patients et l'impact socio-économique qui en découle.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes interrogés sur la manière dont les médecins généralistes abordaient cette problématique.
Notre objectif principal a été de réaliser un état des lieux des représentations, des ressentis et des pratiques des médecins généralistes sur cette question. Cette étude observationnelle descriptive a consisté à interroger les médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

Tout d'abord, nous avons interrogé les médecins sur leurs ressentis et leurs idées reçues face à la plainte douloureuse chez un patient sous TSO. Puis nous nous sommes enquis de la prise en charge de la douleur aiguë chez ces patients en nous intéressant aux prescriptions d'antalgiques et à l'adaptation du traitement de substitution. Par la suite, nous avons comparé ces pratiques aux pratiques d'analgésie des patients ne recevant pas de TSO. Enfin, nous avons questionné les médecins sur leurs besoins en formation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Description de l'étude quantitative

Nous sommes partis de l'hypothèse que les médecins généralistes des Alpes-Maritimes confrontés à la douleur aigüe nociceptive des patients sous TSO étaient le plus souvent en difficulté.
La seconde hypothèse est qu'il existe, chez ces médecins, des freins à la prise en charge de cette douleur. Ces freins pourraient être en lien avec des représentations erronées sur le sujet, des ressentis ou une méconnaissance du sujet.

L'objectif principal de cette étude a donc été de faire un état des lieux des représentations, des ressentis et des pratiques d'analgésie des médecins généralistes des Alpes-Maritimes face à la douleur aiguë nociceptive des patients sous TSO.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'identifier les facteurs favorisant l'analgésie optimale de ces patients et d'évaluer les besoins en formation sur ce sujet.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive transversale déclarative par courriel auprès d'un échantillon des médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes et recevant des patients sous TSO.

Ce travail s'est déroulé avec l'aide méthodologique du service de santé publique du CHU de Nice du Professeur Christian PRADIER.

B. Population étudiée

Notre étude s'est intéressée aux médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes. Pour cela, nous avons déterminé la population à observer selon des critères d'inclusion et de non inclusion.

1. Critères d'inclusion dans l'étude

- Les médecins titulaires d'un diplôme de médecine générale
- Exerçant dans les Alpes-Maritimes
- En activité

2. Critères de non inclusion dans l'étude

- Les médecins généralistes exerçant une activité salariée exclusive
- Les médecins exerçant exclusivement une autre spécialité que la médecine générale (acupuncture, angiologie…)
- Les médecins remplaçants
- Les médecins généralistes ne recevant pas de patients sous TSO.

3. Constitution de la base de sondage

Il n'existe pas de base de données correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Nous avons donc constitué la base de données du sondage en deux temps (annexe 2).

Dans un premier temps, nous avons répertorié les médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes une activité régulière, libérale ou mixte (libérale et salariée). Pour recenser cette population, nous avons utilisé plusieurs sources:

- Le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins qui recense les médecins généralistes du département et fait la distinction entre les médecins ayant une activité régulière de ceux ayant une activité de remplacement.
- Le site internet de l'Assurance Maladie qui recense les médecins généralistes libéraux par secteur d'activité. Cette source ne répertorie que les médecins ayant une activité libérale.

Nous avons ainsi recensé 1141 médecins exerçant effectivement la médecine générale de façon libérale ou mixte dans les Alpes-Maritimes.

L'objectif initial étant d'atteindre 50 réponses au questionnaire, nous avons tirés au sort 400 médecins parmi cette population de 1141 médecins.

Dans un second temps, nous avons contacté les 400 médecins généralistes tirés au sort.

Les coordonnées des médecins tirés au sort ont été obtenues auprès de plusieurs sources:

- Le secrétariat du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine du Nice qui dispose d'une liste non exhaustive des coordonnées téléphoniques et électroniques des médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes.
- Le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins et le site internet de l'Assurance Maladie qui recensent les coordonnées téléphoniques des médecins.
- Les pages jaunes afin de compléter les numéros de téléphone manquants.

Les médecins généralistes dont l'adresse électronique n'était pas disponible auprès du secrétariat du Département de Médecine Générale ont été contactés par téléphone, soit directement soit par l'intermédiaire de leur secrétariat, afin d'obtenir leur adresse courriel.

Le questionnaire envoyé aux médecins comportait une question « sélective » à réponse binaire permettant de déterminer la population d'étude, à savoir, les médecins généralistes recevant des patients sous traitement de substitution aux opiacés (annexe 1).

4. Elaboration du questionnaire

4.1. Mise en forme du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire de 5 à 22 questions selon les réponses. En cas de réponse négative à la question 5, les médecins étaient exclus de l'étude.
Après validation des réponses aucun retour en arrière n'était possible.

Le questionnaire a été mis en forme avec l'aide d'une plate-forme de sondage en ligne : Survey Monkey.
Le questionnaire était accompagné d'un courriel d'introduction présentant notre démarche et en bas duquel se trouvait un lien internet pour accéder au questionnaire.

En introduction du questionnaire il a été rappelé les définitions des douleurs légères, modérées et intenses selon les valeurs de l'échelle numérique (69). Ainsi, dans ce questionnaire, était considéré comme :

- une douleur légère, une douleur pour laquelle la cotation sur l'échelle numérique était comprise entre 1 et 3.
- une douleur modérée, une douleur pour laquelle la cotation sur l'échelle numérique était comprise entre 4 et 6.
- une douleur intense, une douleur pour laquelle la cotation sur l'échelle numérique était supérieure à 6.

4.2. Les différentes parties du questionnaire

Notre questionnaire comportait six parties.

4.2.1. Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Cette partie regroupait des questions relatives aux données socio-démographiques des médecins (tranche d'âge, sexe) ainsi que des questions relatives à leurs conditions d'exercice (situation géographique, exercice seul ou en cabinet de groupe).

4.2.2. Le rapport des médecins à l'addictologie

Dans cette seconde partie, nous avons interrogé les médecins généralistes sur la part de patients sous TSO au sein de leur patientèle, la régularité du suivi de ces patients au sein de leur activité, leurs habitudes de prescriptions en matière de TSO (prescription ou non de TSO, type de TSO prescrit) ainsi que leur appartenance au Réseau Addictions des Alpes-Maritimes (Réseau Addictions 06).

4.2.3. Le ressenti et les représentations des médecins généralistes sur le sujet

Nous avons évalué le ressenti et les représentations des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO. Nous les avons interrogés sur leur sentiment d'aisance face à cette question et leurs freins à la prescription d'antalgiques opiacés.
Nous avons utilisé des questions à choix unique.

4.2.4. Les pratiques d'analgésie des patients ne recevant pas de TSO

Ces pratiques ont été évaluées grâce à deux questions à choix multiple. L'une portant sur le type d'antalgiques prescrit en cas de douleur modérée et l'autre portant sur le type d'antalgiques prescrit en cas de douleur intense.

4.2.5. Les pratiques d'analgésie des patients sous TSO

Dans cette partie nous avons interrogé les médecins sur leur attitude thérapeutique face à une douleur d'intensité variable chez un patient sous TSO. Nous leur avons demandé de détailler leur prescription d'antalgiques et leur attitude vis à vis du TSO.
Nous avons utilisé des questions à choix unique.

4.2.6. Evaluation des besoins en formation

A l'issue du questionnaire nous avons interrogé les médecins sur leur besoin en formation au sujet de la prise en charge de la douleur des patients sous TSO. Puis il leur a été demandé de préciser le type de formation le plus adapté à leurs besoins à travers une question à choix multiple.

5. Déroulement de l'étude quantitative

5.1. Durée du travail

Les travaux de recherche et d'élaboration du questionnaire se sont déroulés de décembre 2016 à octobre 2017.
L'étude s'est déroulée d'octobre 2017 à janvier 2018.

5.2. Déroulement de l'étude

PRE-TEST - Durée 15 jours
Un pré test a été envoyé à 2 médecins généralistes volontaires regroupant les critères d'inclusion mais ne faisant pas partie des 400 médecins généralistes tirés au sort.

Chaque médecin a été contacté par téléphone et a donné son accord pour participer au pré-test dans le cadre de cette étude quantitative.

L'objectif de ce pré-test était de vérifier:

- La formulation des questions et leur compréhension
- Le choix de la méthode de recueil des données
- La faisabilité et l'acceptabilité du questionnaire
- Le temps de réponse

Il a été réalisé dans des conditions similaires à celles du questionnaire final.
A la suite de ce pré-test des modifications ont été apportées au questionnaire. Les questions 16, 17, 18 et 19 ont été remaniées sur la forme afin de faciliter la compréhension de la consigne. Le contenu des questions n'a pas été modifié entre les deux versions du questionnaire.
Les résultats de ces deux pré-tests ont été inclus aux résultats finaux de l'étude.

L'ETUDE - Durée 11 semaines
L'étude a commencé le 17 octobre 2017 et s'est terminée le 2 janvier 2018.
Le temps de réponse moyen était de 8 minutes.
Les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire dans un délai de deux semaines ont reçu un nouveau message électronique contenant le même questionnaire. Seul le courriel d'introduction présentant la démarche et contenant le lien vers le questionnaire a été modifié entre la premier envoi et la relance.

POST-TEST - Janvier 2018
A l'issu du questionnaire et, selon le souhait émis par les médecins ayant participé à l'étude, un courriel leur a été envoyé pour les remercier de leur participation. Ce courriel a été accompagné de deux tableaux récapitulatifs de la prise en charge de la douleur aiguë nociceptive des patients sous TSO (annexe 3 et annexe 4).
Il leur a été précisé que ces tableaux étaient le fruit de nos travaux de recherches bibliographiques et n'avaient pas vocation à faire référence.

6. Recueil et analyse statistique

6.1. Le recueil des données

Les données ont été recueillies à partir de la plate-forme de sondages en ligne, SurveyMonkey puis ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel (version 16.11.1).

6.2. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel R (version 3.4.4).

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse univariée pour décrire l'échantillon en utilisant des effectifs et des pourcentages pour l'étude des variables qualitatives et des moyennes et des écarts-types pour l'étude des variables quantitatives.
Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse bivariée afin de rechercher des relations entre des paires de variables. Nous avons considéré l'hypothèse nulle H_0 comme une hypothèse de non différence (absence de différence significative entre deux variables) et l'hypothèse H_1 comme l'hypothèse alternative (présence d'une différence significative entre les deux variables).

Pour comparer les variables qualitatives nous avons utilisé le test du Khi^2. Tous les effectifs théoriques devaient être supérieurs ou égaux à 5 pour que ce test soit valide. Dans le cas inverse, nous avons utilisé un test de Fisher.

Pour comparer des variables quantitatives aux variables qualitatives nous avons utilisé le test de Student (test de comparaison de moyenne). Deux conditions étaient nécessaires pour que ce test soit valide. Tout d'abord, la variable quantitative devait suivre une distribution normale dans les deux groupes puis les variances de la variable quantitative devaient être égales dans les deux groupes (homo scédasticité). Nous avons donc considéré que le rapport entre ces deux variances devait être de 1,5. Dans le cas contraire, nous avons réalisé une approximation de Welche.

RÉSULTATS

Sur les 400 médecins généralistes tirés au sort, 317 n'ont pas participé à l'étude et 83 médecins ont répondu au questionnaire. Parmi ceux-ci, 35 ont été exclus car ils ne recevaient pas de patients sous TSO et 8 ont été exclus pour avoir répondu à moins de 10% du questionnaire.
Ainsi, 42 médecins généralistes ont été inclus dans l'analyse finale de l'étude (figure 1).

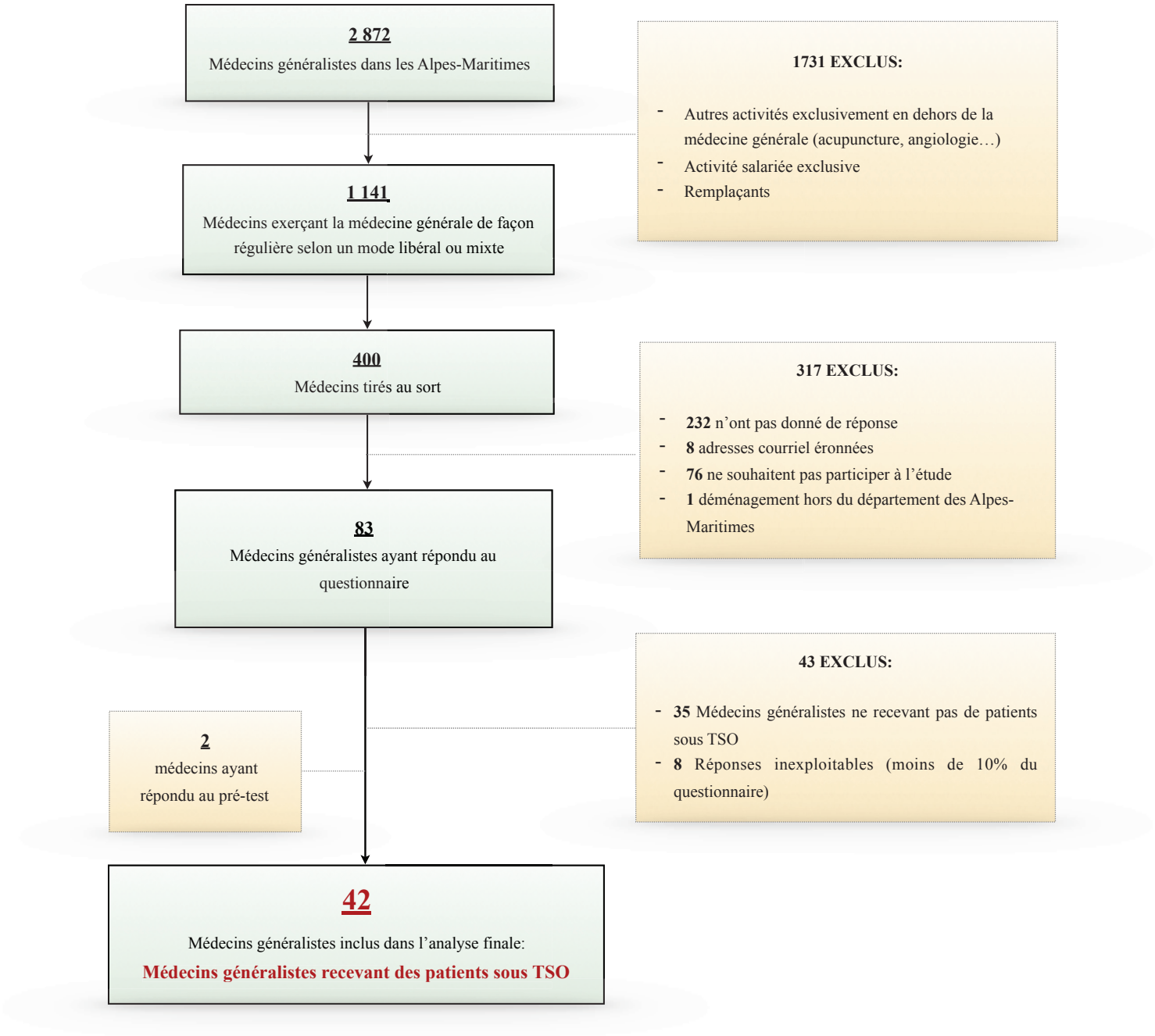


Figure 1: Flowchart de l'étude

A. Caractéristiques socio-démographiques des médecins inclus dans l'étude

Dans la population d'étude, les 42 participants étaient en majorité des hommes d'âge moyen 46 ans, travaillant en cabinet de groupe.

Tous les médecins interrogés travaillaient à moins d'une heure d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou d'un Centre anti-douleur.

Le tableau 1 récapitule les caractéristiques socio démographiques des médecins interrogés.

	Médecins généralistes inclus dans l'étude
	n (%)
Sexe	
Hommes	22 (52%)
Femmes	20 (48%)
Age	
Moins de 30 ans	2 (5%)
30 - 45 ans	21 (50%)
46 - 60 ans	14 (33%)
Plus de 60 ans	5 (12%)
Conditions d'exercice	
Seul	17 (40%)
Cabinet de groupe	25 (60%)
Centre de santé	0
Distance par rapport à un CSAPA ou un Centre anti-douleur	
Moins de 30 min	38 (90%)
30 min - 1h	4 (10%)
Plus d'1h	0

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés

B. Le rapport des médecins à l'addictologie

La majorité des médecins interrogés déclare suivre moins de 5 patients sous TSO par an (86%) et prescrire les deux types de TSO (55%).
Chez les médecins prescrivant un seul type de TSO, on constate une prédominance à la prescription de buprénorphine [1] (tableau 2).

Il est à noter que dans la population d'étude, 4 médecins (10%) ne prescrivent pas de TSO.

	Médecins généralistes inclus dans l'étude
	n (%)
Suivi des patients sous TSO	
Dernière consultation < 6 mois	22 (52%)
Dernière consultation > 6 mois	20 (48%)
Nombre de patient suivis par an	
Moins de 5/an	36 (86%)
Entre 5 et 10/an	3 (7%)
Plus de 10/an	3 (7%)
Type de TSO prescrit	
Buprénorphine	10 (26%, n=38)
Méthadone	7 (19%, n=38)
Les deux	21 (55%, n=38)
Lien avec l'addictologie	
Adhésion au Réseau Addiction 06	5 (12%)

Tableau 2: Les rapports des médecins à l'addictologie

[1] Le terme buprénorphine regroupe la buprénorphine haut dosage (Subutex®) et la buprénorphine en association à la naloxone (Suboxone®)

C. Les représentations des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO

52,5% des médecins interrogés considèrent que la prise prolongée d'opiacés sous forme de TSO entraîne une diminution du seuil de perception de la douleur responsable d'une plus grande prévalence de la douleur chez ces patients.

Toutes les représentations des médecins généralistes sont détaillées dans le tableau 3.

	Médecins généralistes inclus dans l'étude
	n (%)
Représentations	
La douleur chez les patients sous TSO est plus fréquente car la prise d'opiacés à long terme entraine une diminution du seuil de perception de la douleur (hyperalgésie induite)	22 (52,5%)
La douleur chez les patients sous TSO est aussi fréquente que dans la population générale	19 (45%)
La douleur chez les patients sous TSO est plus facilement soulagée car la prise prolongée d'opiacés sous forme de TSO augmente l'efficacité des antalgiques opiacés	1 (2,5%)
	42 (100%)

Tableau 3: Les représentations des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO

D. Le ressenti des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO

Dans la population d'étude, 25 médecins (60%) expriment une gêne devant une plainte douloureuse chez un patient sous TSO alors que 17 médecins (40%) se sentent compétents pour gérer cette plainte douloureuse.

Concernant la prescription d'antalgiques opiacés, 8 médecins (19%) se disent à l'aise avec cette prescription chez les patients sous TSO, alors que 34 médecins (81%) expriment une réticence.
Les freins à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO sont répertoriés dans le tableau 4.

	Médecins généralistes inclus dans l'étude …… *n (%)*
Freins	
La prescription d'antalgiques opiacés peut entraîner une rechute dans la consommation active	19 (45%)
L'association TSO - antalgiques opiacés peut entraîner une dépression respiratoire	6 (14%)
Les TSO sont déjà des antalgiques puissants	5 (12%)
La plainte douloureuse est une manipulation pour obtenir plus d'opiacés	4 (10%)
	34 (81%)

Tableau 4: Les freins à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO

E. Les pratiques des médecins généralistes concernant l'analgésie des patients hors TSO.

1. Les antalgiques prescrits en cas de douleur modérée

Nous avons demandé aux médecins quels antalgiques ils prescriraient en cas de douleur modérée chez un patient ne recevant pas de TSO (patient hors TSO). Plusieurs choix étaient possibles parmi quatre propositions : antalgiques de palier 1 - opioïdes faibles - opioïdes forts - Néfopam.

Nous avons considéré, comme ayant des pratiques permettant une analgésie optimale, les médecins prescrivant:

- un opioïde faible (seul, en association avec du Néfopam et/ou un antalgique de palier 1)
- ou du Néfopam (seul, en association avec un antalgique de palier 1 et/ou un opioïde faible).

En cas de douleur modérée, **29 médecins (69%) ont une pratique permettant une analgésie optimale des patients hors TSO.**

Les opioïdes faibles sont les antalgiques privilégiés (64%) et le Néfopam est prescrit par 3 de ces médecins (7%) (tableau 5).

	Médecins généralistes inclus dans l'étude *n (%)*
Antalgiques prescrits par les médecins ayant une pratique permettant une analgésie optimale	
Antalgiques de palier 1 + opioïdes faibles	15 (36%)
Opioïdes faibles seuls	11 (26%)
Antalgiques de palier 1 + Néfopam	2 (5%)
Antalgiques de palier 1 + opioïdes faibles + Néfopam	1 (2%)
Antalgiques prescrits par les autres médecins	
Antalgiques de palier 1	13 (31%)

Tableau 5: Antalgiques prescrits par les médecins face à une douleur modérée chez un patient hors TSO

2. Les antalgiques prescrits en cas de douleur intense

Nous avons demandé aux médecins quels antalgiques ils prescriraient en cas de douleur intense chez un patient hors TSO. Plusieurs choix étaient possibles parmi quatre propositions : antalgiques de palier 1 - opioïdes faibles - opioïdes forts - Néfopam.

Nous avons considéré, comme ayant des pratiques permettant une analgésie optimale, les médecins prescrivant :

- un opioïde faible (seul, en association avec du Néfopam et/ou un antalgique de palier 1)
- ou un opioïde fort (prescrit seul, en association avec un antalgique de palier 1 et/ou du Néfopam).

En cas de douleur intense, **29 médecins (69%) ont une pratique permettant une analgésie optimale des patients hors TSO.**

Ces médecins prescrivent autant d'opioïdes faibles que d'opioïdes forts et sont 3 (7%) à prescrire du Néfopam (tableau 6).

	Médecins généralistes inclus dans l'étude *n (%)*
Antalgiques prescrits par les médecins ayant une pratique permettant une analgésie optimale	
Opioïdes forts seuls	11 (26%)
Opioïdes faibles seuls	8 (19%)
Antalgiques de palier 1 + opioïdes faibles	4 (10%)
Antalgiques de palier 1 + opioïdes forts	3 (7%)
Opioïdes faibles + Néfopam	2 (5%)
Opioïdes forts + Néfopam	1 (2%)
Antalgiques prescrits par les autres médecins	
Opioïdes faibles + opioïdes forts	8 (19%)
Antalgiques de palier 1 et/ou Néfopam	5 (12%)

Tableau 6: Antalgiques prescrits par les médecins face à une douleur intense chez un patient hors TSO.

F. Les pratiques des médecins généralistes concernant l'analgésie des patients sous TSO.

1. En cas de douleur modérée

Il a été demandé aux médecins de décrire leur attitude thérapeutique face à une douleur modérée chez un patient sous méthadone puis sous buprénorphine en détaillant, d'une part, leur prescription d'antalgiques et, d'autre part, leur attitude vis à vis du TSO. Puis nous avons déterminé si ces pratiques permettaient une analgésie optimale.

1.1. Chez les patients sous Méthadone

Parmi les 42 médecins inclus dans l'étude, 41 ont répondu aux questions relatives à la prise en charge de la douleur modérée des patients sous méthadone.

1.1.1. Les antalgiques prescrits

Nous avons demandé aux médecins quels antalgiques ils prescriraient en cas de douleur modérée chez un patient sous méthadone. Un seul choix était possible parmi trois propositions : pas de prescription d'antalgique - opioïde faible et antalgique de palier 1 - Néfopam et antalgique de palier 1.

Tout comme chez les patients hors TSO, **les opioïdes faibles sont les antalgiques privilégiés** pour la prise en charge de la douleur modérée des patients sous méthadone (44%).
Il est intéressant de noter qu'en cas de douleur modérée, les médecins prescrivent plus de Néfopam aux patients sous méthadone qu'aux patients hors TSO **(p=0,0002)** (tableau 7).

6 médecins (15%) ne prescrivent aucun antalgique.

	Prescriptions d'antalgiques chez les patients hors TSO *n (%)*	Prescriptions d'antalgiques chez les patients sous MTD [2] *n (%)*	p (Chi2)
Antalgiques			
Opioïdes faibles	27 (64%)	18 (44%)	0,06
Néfopam	3 (7%)	17 (41%)	**0,0002**

Tableau 7: Prescriptions d'opioïdes faibles et de Néfopam en cas de douleur modérée chez un patient hors TSO et sous méthadone.

1.1.2. La gestion du TSO

Devant une douleur modérée chez un patient sous méthadone, il a été demandé aux médecins ce qu'ils feraient de la méthadone parmi cinq propositions : maintenir les doses quotidiennes - maintenir et fractionner les doses quotidiennes - augmenter et fractionner les doses quotidiennes - diminuer les doses quotidiennes - orienter le patient vers un centre spécialisé (un centre anti-douleur ou un CSAPA).

Nous avons regroupé les réponses en 2 catégories :

- « **Médecins modulant la méthadone** » dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant:
  - le maintien et le fractionnement des doses quotidiennes de méthadone
  - l'augmentation et le fractionnement des doses quotidiennes de méthadone
  - ou la diminution des doses quotidiennes de méthadone
- « **Médecins conservant en l'état la méthadone** » dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant le maintien sans fractionnement des doses quotidiennes de méthadone.

En cas de douleur modérée, 21 médecins (51%) conservent en l'état la méthadone et 8 médecins (20%) la modulent.
12 médecins (29%) orientent les patients vers des centres spécialisés pour la gestion du TSO.

[2] Méthadone

1.1.3. Les pratiques d'analgésie

Nous avons considéré, comme ayant :

- **« Une pratique permettant une analgésie optimale »**, les médecins :
  - maintenant les posologies quotidiennes de méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et du Néfopam
  - maintenant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et du Néfopam
  - augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone sans y associer d'antalgique
  - ou augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et du Néfopam
- **« Une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante »** les médecins :
  - prescrivant un opioïde faible (quelque soit la gestion du TSO qui en est faite)
  - maintenant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone sans y associer d'antalgique

En cas de douleur modérée chez un patient sous méthadone, **13 médecins (32%) ont une pratique permettant une analgésie optimale** et 20 médecins (49%) ont une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

Les différentes attitudes thérapeutiques des médecins sont répertoriées dans le tableau 8.

Lorsque l'analgésie est optimale, l'attitude thérapeutique privilégiée est celle qui consiste à maintenir les doses quotidiennes de méthadone sans les fractionner en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et du Néfopam (22%).

	Médecins ayant pris en charge la douleur modérée des patients sous MTD (n=41) *n (%)*
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique permettant une analgésie optimale	
Maintien des doses quotidiennes de méthadone + antalgique de palier 1 et Néfopam	9 (22%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + pas d'antalgique	2 (5%)
Maintien et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + antalgique de palier 1 et Néfopam	1 (2,5%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + antalgique de palier 1 et Néfopam	1 (2,5%)
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante	
Prescription d'un opioïde faible	18 (44%)
Maintien et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + pas d'antalgique	2 (5%)
Orientation vers un centre spécialisé	
Vers un CSAPA	10 (24%)
Vers un Centre anti douleur	2 (5%)

Tableau 8: Attitudes thérapeutiques des médecins face à une douleur modérée chez un patient sous méthadone [3].

Parmi les 12 médecins (26%) orientant les patients vers un centre spécialisé, 6 médecins prescrivent du Néfopam, 4 médecins prescrivent des opioïdes faibles et 2 ne prescrivent aucun antalgique.

En cas de douleur modérée, les pratiques d'analgésie sont plus optimales chez les patients hors TSO que chez les patients sous méthadone **(p=0,0006)**.

[3] Parmi les médecins orientant les patients vers un centre spécialisé, 4 ont prescrit des opioïdes faibles et sont donc aussi comptabilisés parmi les médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

1.2. Chez les patients sous buprénorphine

Parmi les 42 médecins inclus dans l'étude, 39 ont répondu aux questions relatives à la prise en charge de la douleur modérée des patients sous buprénorphine.

1.2.1. Les antalgiques prescrits

Nous avons demandé aux médecins quels antalgiques ils prescriraient en cas de douleur modérée chez un patient sous buprénorphine. Un seul choix était possible parmi trois propositions : pas de prescription d'antalgique - opioïdes faibles et antalgique de palier 1 - Néfopam et antalgique de palier 1.

Tout comme chez les patients hors TSO, **les opioïdes faibles sont les antalgiques privilégiés** pour la prise en charge de la douleur modérée des patients sous buprénorphine (54%).
Il est intéressant de noter qu'en cas de douleur modérée, les médecins prescrivent plus de Néfopam aux patients sous buprénorphine qu'aux patients hors TSO **(p=0,0002)** (tableau 9).

6 médecins (15%) ne prescrivent aucun antalgique.

	Prescriptions d'antalgiques		
	chez les patients hors TSO	**chez les patients sous BUP [4]**	p (Chi2)
	n (%)	*n (%)*	
Antalgiques			
Opioïdes faibles	27 (64%)	21 (54%)	0,06
Néfopam	3 (7%)	12 (31%)	**0,0002**

Tableau 9: Prescriptions d'opioïdes faibles et de Néfopam en cas de douleur modérée chez un patient hors TSO et sous buprénorphine.

[4] Buprénorphine

1.2.2. La gestion du TSO

Devant une douleur modérée chez un patient sous buprénorphine, il a été demandé aux médecins généralistes ce qu'il feraient de la buprénorphine parmi cinq propositions : maintenir les doses quotidiennes - maintenir et fractionner les doses quotidiennes - augmenter et fractionner les doses quotidiennes - diminuer les doses quotidiennes - orienter le patient vers un centre spécialisé.

Nous avons regroupé les réponses en 2 catégories :

- **« Médecins modulant la buprénorphine »** dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant :
  - le maintien et le fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine
  - l'augmentation et le fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine
  - ou la diminution des doses quotidiennes de buprénorphine
- **« Médecins conservant en l'état la buprénorphine »** dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant le maintien sans fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine.

Ainsi, en cas de douleur modérée, 20 médecins (51%) conservent en l'état la buprénorphine et 7 médecins (18%) la modulent.
12 médecins (31%) orientent les patients vers des centres spécialisés pour la gestion du TSO.

1.2.3. Les pratiques d'analgésie

Nous avons considéré comme ayant :

- **« Une pratique permettant une analgésie optimale »**, les médecins :
  - maintenant les posologies quotidiennes de buprénorphine en y associant une prescription d' antalgique de palier 1 et du Néfopam
  - maintenant et fractionnant les posologies quotidiennes de buprénorphine en y associant une prescription d' antalgique de palier 1 et du Néfopam
  - augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de buprénorphine sans y associer d' antalgique
  - ou augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de buprénorphine en y associant une prescription d' antalgique de palier 1 et du Néfopam

- **« Une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante»**, les médecins :
    - prescrivant un opioïde faible (quelque soit la gestion du TSO qui en est faite)
    - maintenant et fractionnant les posologies quotidiennes de buprénorphine sans y associer d' antalgique

En cas de douleur modérée chez un patient sous buprénorphine, **11 médecins (28%) ont une pratique permettant une analgésie optimale** et 22 médecins (56,5%) ont une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

Les différentes attitudes thérapeutiques sont répertoriées dans le tableau 10.

Lorsque l'analgésie est optimale, l'attitude thérapeutique privilégiée est celle qui consiste à maintenir les doses quotidiennes de buprénorphine en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et du Néfopam (20%).

	Médecins ayant pris en charge la douleur modérée des patients sous BUP (n=39) *n (%)*
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique permettant une analgésie optimale	
Maintien des doses quotidiennes de buprénorphine + antalgique de palier 1 et Néfopam	8 (20,5%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine + antalgique de palier 1 et Néfopam	2 (5%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine + pas d'antalgique	1 (2,5%)
Maintien et fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine + antalgique de palier 1 et Néfopam	0
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante	
Prescription d'un opioïde faible	21 (54%)
Maintien des doses quotidiennes de buprénorphine + pas d'antalgique	1 (2,5%)
Orientation des patients vers un centre spécialisé	
Vers un CSAPA	10 (26%)
Vers un Centre anti douleur	2 (5%)

Tableau 10: Attitudes thérapeutiques des médecins face à une douleur modérée chez un patient sous buprénorphine [5].

Parmi les 12 médecins (31%) orientant les patients vers un centre spécialisé, 6 médecins prescrivent des opioïdes faibles, 4 ne prescrivent aucun antalgique et 2 prescrivent du Néfopam.

En cas de douleur modérée, les pratiques d'analgésie sont plus optimales chez les patients hors TSO que sous chez les patients sous buprénorphine **(p=0,00024)**.

[5] Parmi les médecins orientant les patients vers un centre spécialisé, 6 médecins ont prescrit des opioïdes faibles et sont donc aussi comptabilisés parmi les médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

2. En cas de douleur intense

Il a été demandé aux médecins de décrire leur attitude thérapeutique face à une douleur intense chez un patient sous méthadone puis sous buprénorphine en détaillant, d'une part, leur prescription d'antalgiques et, d'autre part, leur attitude vis à vis du TSO. Puis nous avons déterminé si ces pratiques permettaient une analgésie optimale.

2.1. Chez les patients sous méthadone

Parmi les 42 médecins inclus dans l'étude, 41 ont répondu aux questions relatives à la prise en charge de la douleur intense des patients sous méthadone.

2.1.1. Les antalgiques prescrits

Nous avons demandé aux médecins quels antalgiques ils prescriraient en cas de douleur intense chez un patient sous méthadone. Un seul choix était possible parmi trois propositions : pas de prescription d'antalgique - opioïdes faibles et antalgique de palier 1- opioïdes forts et antalgique de palier 1.

En cas de douleur intense, **les médecins prescrivent majoritairement des opioïdes faibles chez les patients sous méthadone (44%)** alors qu'ils privilégient la prescription d'opioïdes forts chez les patients hors TSO (55%).

7 médecins (17%) ne prescrivent aucun antalgique.

Le tableau 11 détaille les prescriptions d'antalgiques opioïdes.

	Prescriptions d'antlagiques chez les patients hors TSO *n (%)*	Prescriptions d'antlagiques chez les patients sous MTD *n (%)*	p (Chi2)
Antalgiques			
Opioïdes faibles	21 (50%)	18 (44%)	0,73
Opioïdes forts	23 (55%)	16 (39%)	0,15

Tableau 11: Prescriptions d'antalgiques opioïdes en cas de douleur intense chez un patient hors TSO et sous méthadone

2.1.2. La gestion du TSO

Devant une douleur intense chez un patient sous méthadone, il a été demandé aux médecins généralistes ce qu'ils feraient de la méthadone parmi cinq propositions : maintenir les doses quotidiennes - maintenir et fractionner les doses quotidiennes - augmenter et fractionner les doses quotidiennes - arrêter la méthadone - orienter le patient vers un centre spécialisé.

Nous avons regroupé les réponses en 2 catégories :

- **« Médecins modulant la méthadone »** dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant:
  - le maintien et le fractionnement des doses quotidiennes de méthadone
  - l'augmentation et le fractionnement des doses quotidiennes de méthadone
  - ou l' arrêt de la méthadone
- **« Médecins conservant en l'état la Méthadone »** dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant le maintien sans fractionnement des doses quotidiennes de méthadone.

En cas de douleur intense, 8 médecins (20%) conservent en l'état la méthadone et 12 (29%) la modulent.

21 médecins (51%) orientent les patients vers un centre spécialisé pour la gestion du TSO. Il est intéressant de noter qu'en cas de douleur intense, les médecins orientent davantage les patients sous méthadone vers un centre spécialisé pour la gestion du TSO **(p= 0,042).**

2.1.3. Les pratiques d'analgésie

Nous avons considéré comme ayant :

- **« Une pratique permettant une analgésie optimale »**, les médecins :
  - maintenant les posologies quotidiennes de méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et un opioïde fort
  - maintenant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et un opioïde fort
  - ou augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et un opioïde fort
- **« Une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante »,** les médecins :
  - prescrivant un opioïde faible (quelque soit la gestion du TSO qui en est faite)
  - maintenant les posologies quotidiennes de méthadone sans y associer d'antalgique
  - maintenant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone sans y associer d'antalgique
  - augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de méthadone sans y associer d'antalgique
  - arrêtant la méthadone en y associant une prescription d'antalgique de palier 1 et un opioïde fort

En cas de douleur intense chez un patient sous méthadone, **10 médecins (24%) ont une pratique permettant une analgésie optimale** et 22 médecins (54%) ont une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

Les différentes attitudes thérapeutiques des médecins sont répertoriés dans le tableau 12.

Lorsque l'analgésie est optimale, l'attitude thérapeutique privilégiée est celle qui consiste à maintenir les doses quotidiennes de Méthadone en y associant une prescription d'opioïdes forts (10%).

	Médecins ayant pris en charge la douleur intense des patients sous MTD (n=41) *n (%)*
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique permettant une analgésie optimale	
Maintien des doses quotidiennes de méthadone + opioïde fort	4 (10%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + opioïde fort	3 (7%)
Maintien et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + opioïde fort	3 (7%)
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante	
Prescription d'un opioïde faible	18 (44%)
Maintien des doses quotidiennes de méthadone + pas d'antalgique	1 (2,5%)
Maintien et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + pas d'antalgique	1 (2,5%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de méthadone + pas d'antalgique	1 (2,5%)
Arrêt de la méthadone + opioïde fort	1 (2,5%)
Orientation vers un centre sépcialisé	
Vers un CSAPA	10 (24%)
Vers un Centre anti douleur	11 (27%)

Tableau 12: Attitudes thérapeutiques des médecins face à une douleur intense chez un patient sous méthadone [6].

Parmi les 21 médecins (51%) orientant les patients vers un centre spécialisé, 12 médecins prescrivent des opioïdes faibles, 5 médecins prescrivent des opioïdes forts et 4 ne prescrivent aucun antalgique .

En cas de douleur intense, les pratiques d'analgésie des médecins sont plus optimales chez les patients hors TSO que sous méthadone **(p=0,0001)**.

[6] Parmi les médecins orientant les patients vers un centre spécialisé, 12 ont prescrit des opioïdes faibles et sont donc aussi comptabilisés parmi les médecins ayant une pratique ne permettant une analgésie suffisante.

2.2. Chez les patients sous buprénorphine

Parmi les 42 médecins inclus dans l'étude, 37 ont répondu aux questions relatives à la prise en charge de la douleur intense des patients sous buprénorphine.

2.2.1. Les antalgiques prescrits

Nous avons demandé aux médecins quels antalgiques ils prescriraient en cas de douleur intense chez un patient sous buprénorphine. Un seul choix était possible parmi trois propositions : pas de prescription d'antalgique - opioïdes faibles et antalgique de palier 1 - opioïdes forts et antalgique de palier 1.

Tout comme chez les patients hors TSO, **les opioïdes forts sont les antalgiques privilégiés** pour la prise en charge de la douleur intense des patients sous buprénorphine (49%).

6 médecins (16%) ne prescrivent aucun antalgique.

Le tableau 13 détaille les prescriptions d'antalgiques opioïdes.

	Prescriptions d'antalgiques		
	chez les patients hors TSO	**chez les patients sous BUP**	p (Chi2)
	n (%)	*n (%)*	
Antalgiques			
Opioïdes faibles	21 (50%)	13 (35%)	0,18
Opioïdes forts	23 (55%)	18 (49%)	0,58

Tableau 13: Prescriptions d'antalgiques opioïdes en cas de douleur intense chez les patients hors TSO et sous buprénorphine

2.2.2. La gestion du TSO

Devant une douleur intense chez un patient sous buprénorphine, il a été demandé aux médecins généralistes ce qu'il feraient de la buprénorphine parmi cinq propositions: maintenir les doses quotidiennes - maintenir et fractionner les doses quotidiennes - augmenter et fractionner les doses quotidiennes - arrêter la buprénorphine - orienter le patient vers un centre spécialisé.

Nous avons regroupé les réponses en 2 catégories :

- **« Médecins modulant la buprénorphine »** dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant :
  - le maintien et le fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine
  - l'augmentation et le fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine
  - ou l' arrêt de la buprénorphine
- **« Médecins conservant en l'état la buprénorphine »** dans laquelle nous avons inclus les réponses comprenant le maintien sans fractionnement des doses quotidiennes de buprénorphine.

En cas de douleur intense, 7 médecins (19%) conservent en l'état la buprénorphine et 12 médecins (32%) la modulent.
18 médecins (49%) orientent les patients vers un centre spécialisé pour la gestion du TSO. Il est intéressant de noter qu'en cas de douleur intense, les médecins orientent davantage les patients sous buprénorphine vers les centres spécialisés **(p= 0,0096).**

2.2.3. Les pratiques d'analgésie

Nous avons considéré comme ayant :

- **« Une pratique permettant une analgésie optimale»**, les médecins :
  - arrêtant de la buprénorphine en y associant une prescription d'opioïde fort
- **« Une pratique ne permettant une analgésie suffisante »**, les médecins :
  - prescrivant un opioïde faible (quelque soit la gestion du TSO qui est faite)
  - associant un opioïde fort à la buprénorphine
  - maintenant les posologies quotidiennes de buprénorphine sans y associer d'antalgique
  - augmentant et fractionnant les posologies quotidiennes de buprénorphine sans y associer de prescription antalgique

En cas de douleur intense chez un patient sous buprénorphine, **2 médecins (5%) ont une pratique permettant une analgésie optimale** et 31 médecins (84%) ont une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

Les différentes attitudes thérapeutiques des médecins sont répertoriés dans le tableau 14.

En cas de douleur intense, les pratiques d'analgésie des médecins sont plus optimales chez les patients hors TSO que sous buprénorphine **(p=0,013)**.

	Médecins ayant pris en charge la douleur intense des patients sous BUP (n=37)
	n (%)
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique permettant une analgésie optimale	
Arrêt de la Buprénorphine + opioïde fort	2 (5%)
Attitudes thérapeutiques des médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante	
Association Buprénorphine - opioïde fort	16 (43%)
Prescription d'un opioïde faible	13 (35%)
Maintien des doses quotidiennes de buprénorphine + pas d'antalgique	1 (3%)
Augmentation et fractionnement des doses quotidiennes de Buprénorphine + pas d'antalgique	1 (3%)
Orientation vers un centre spécialisé	
Vers un CSAPA	8 (22%)
Vers un Centre anti douleur	10 (27%)

Tableau 14: Attitudes thérapeutiques des médecins concernant la prise en charge de la douleur intense des patients sous Buprénorphine [7].

Parmi les 18 médecins orientant les patients vers des centres spécialisés, 9 médecins prescrivent des opioïdes faibles , 5 médecins prescrivent des opioïdes forts et 4 ne prescrivent aucun antalgique.

[7] Parmi les médecins orientant les patients vers un centre spécialisé, 9 ont prescrit des opioïdes faibles et 5 ont prescrit des opioïdes forts et sont donc aussi comptabilisés parmi les médecins ayant une pratique ne permettant pas une analgésie suffisante.

3. Facteurs influençant les pratiques d'analgésie des patients sous TSO

3.1. Chez les patients sous méthadone

Après avoir observé les pratiques des médecins face à une douleur d'intensité variable chez un patient sous méthadone, nous avons cherché à savoir si certains facteurs pouvaient influencer ces pratiques.

Pour ce faire, nous avons constitué deux catégories:

- **« médecins ayant une pratique adaptée à la prise en charge de la douleur des patients sous méthadone »**, dans laquelle nous avons inclus les médecins ayant, au moins, une prescription permettant une analgésie optimale.
- **« médecins ayant une pratique inadaptée à la prise en charge de la douleur des patients sous méthadone »**, dans laquelle nous avons inclus les autres médecins.

Ainsi, **17 médecins (41%) ont une pratique adaptée à la prise en charge de la douleur** des patients sous méthadone.

Les caractéristiques de ces médecins sont présentées dans le tableau 15.

Il n'existe pas de différence significative en terme de sexe, d'âge et de condition d'exercice.

En revanche, cette étude a permis de mettre en évidence que les médecins qui ont une pratique adaptée suivent plus de patients sous TSO que les autres **(p=0,008)** et expriment moins de freins à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patient sous TSO **(p= 0,048).**

	Médecins ayant une <u>pratique adaptée</u> à la prise en charge de la douleur des patients sous MTD (n=17)	**Médecins ayant une <u>pratique inadaptée</u> à la prise en charge de la douleur des patients sous MTD** (n=24)	p (Chi2 - Fischer - Student)
	n (%) ou m	*n (%) ou m*	
Sexe			
Hommes	7 (41%)	14 (58%)	0,28
Femmes	10 (59%)	10 (42%)	
Age			
Age moyen	48,9	44,8	0,27
Conditions d'exercice			
Type d'exercice			
Seul	9 (53%)	8 (33%)	0,20
En groupe	8 (47%)	16 (67%)	
Distance par rapport à un centre spécialisé			
Moins de 30 min	15 (88%)	22 (92%)	1
30 min -1h	2 (12%)	2 (8%)	
Rapport des médecins à l'addictologie			
Nombre de patients suivis annuellement			
Plus de 5/an	5 (29%)	0	**0,008**
Type de TSO prescrit			
Méthadone	3 (19%, n=16)	4 (19%, n=21)	1
Les deux	10 (62%, n=16)	10 (48%, n=21)	0,36
Adhésion au Réseau Addiction 06	4 (24%)	1 (4%)	0,14
Ressenti des médecins généralistes			
Face à la plainte douloureuse			
Compétence	8 (47%)	9 (36%)	0,54
Gêne	9 (53%)	16 (64%)	
Freins à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO	11 (65%)	23 (92%)	**0,048**

<u>Tableau 15:</u> Caractéristiques des médecins généralistes ayant une pratique adaptée et inadaptée à la prise en charge de la douleur des patients sous méthadone

3.2. Chez les patients sous buprénorphine

Après avoir observé les pratiques des médecins face à une douleur d'intensité variable chez un patient sous buprénorphine, nous avons cherché à savoir si certains facteurs pouvaient influencer ces pratiques.

Pour ce faire, nous avons constitué deux catégories:

- **« médecins ayant une pratique adaptée à la prise en charge de la douleur des patients sous buprénorphine »**, dans laquelle nous avons inclus les médecins ayant, au moins, une prescription permettant une analgésie optimale.
- **« médecins ayant une pratique inadaptée à la prise en charge de la douleur des patients sous buprénorphine »**, dans laquelle nous avons inclus les autres médecins.

Ainsi **12 médecins (31%) ont une pratique adaptée à la prise en charge de la douleur** des patients sous buprénorphine.

Les caractéristiques des ces médecins sont présentées dans le tableau 16.

Il n'existe pas de différence significative en terme de sexe, d'âge et de condition d'exercice.

En revanche, cette étude a permis de mettre en évidence que les médecins qui ont une pratique adaptée suivent plus de patients sous TSO que les autres **(p=0,04).**

La présence d'un frein à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO influe de façon presque significative sur la prise en charge de la douleur des patients sous buprénorphine (p=0,08).

	Médecins ayant une <u>pratique adaptée</u> à la prise en charge de la douleur des patients sous BUP (n=12)	**Médecins ayant une <u>pratique inadaptée</u> à la prise en charge de la douleur des patients sous BUP** (n=27)	p (Chi2 - Fischer - Student)
	n (%) ou m	*n (%) ou m*	
Sexe			
Hommes	7 (58%)	13 (48%)	0,55
Femmes	5 (42%)	14 (52%)	
Age			
Age moyen	47,2	46,3	0,81
Conditions d'exercice			
Type d'exercice			
Seul	5 (42%)	12 (44%)	0,87
En groupe	7 (58%)	15 (56%)	
Distance par rapport à un centre spécialisé			
Moins de 30 min	12 (100%)	23 (85%)	0,29
30 min -1h	0	4 (15%)	
Rapport des médecins à l'addictologie			
Nombre de patients suivis annuellement			
Plus de 5/an	5 (42%)	0	**0,0013**
Type de TSO prescrit			
Buprénorphine	1 (9%, n=11)	8 (32%, n=25)	0,22
Les deux	7 (64%, n=11)	13 (52%, n=25)	0,71
Adhésion au Réseau Addiction 06	3 (25%)	2 (7%)	0,15
Ressenti des médecins généralistes			
Face à la plainte douloureuse			
Compétence	7 (58%)	8 (30%)	0,15
Gêne	5 (42%)	19 (70%)	
Freins à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO	7 (58%)	24 (89%)	0,08

<u>Tableau 16:</u> Caractéristiques des médecins généralistes ayant une pratique adaptée et inadaptée à la prise en charge de la douleur des patients sous buprénorphine

G. Evaluation des besoins en formation des médecins interrogés

A l'issu du questionnaire, nous avons interrogé les médecins sur leurs attentes en matière de formation sur le sujet. Il leur a été demandé de préciser le type de formation le plus adapté à leur besoin parmi cinq propositions : formation incluse dans le cursus universitaire - formation médicale continue (FMC) - séminaires - formation numérique - soirées à thème.

Parmi les médecins ayant répondu à cette question, **27 médecins (73%) souhaitent bénéficier d'une formation** dont le type est précisé dans la figure 2.

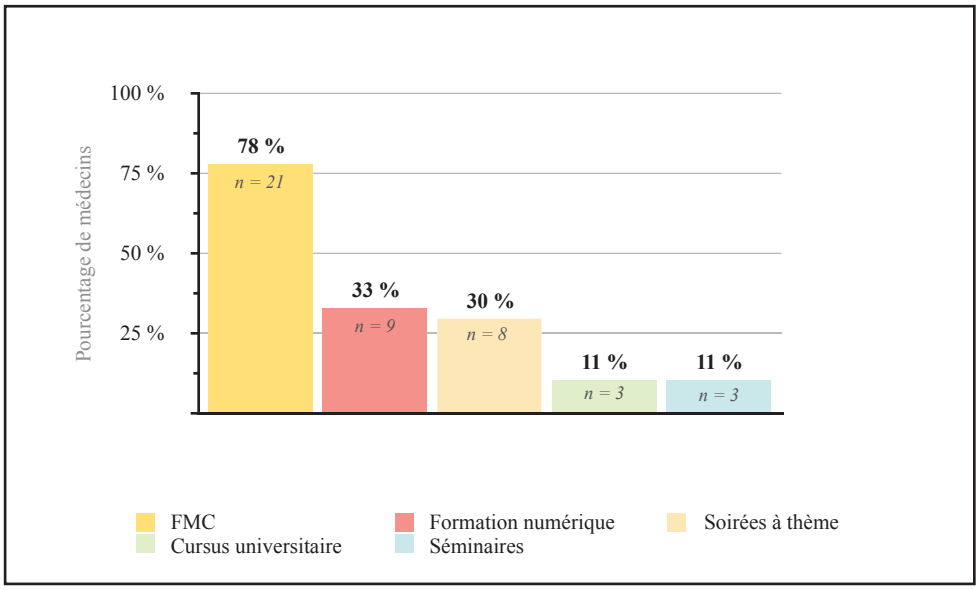


Figure 2: Types de formation souhaités par les médecins désireux d'être formés sur le sujet.

Le tableau 17 résume les caractéristiques des médecins exprimant un besoin en formation.

Les médecins exprimant un besoin en formation suivent plus de patients sous TSO que les autres **(p= 0,0002)**.

DISCUSSION

Cette étude met en avant l'appréhension des médecins généralistes face à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO et la gêne qu'ils ressentent face à cette plainte douloureuse.

Concernant les pratiques d'analgésie, celles-ci sont très disparates selon l'intensité de la douleur et le type de TSO prescrit.
En cas de douleur modérée, près d'un tiers des médecins inclus dans l'étude ont des pratiques permettant une analgésie optimale. En revanche, en cas de douleur intense, alors que 24% des médecins ont des pratiques permettant une analgésie optimale des patients sous méthadone, chez les patients sous buprénorphine, ils ne sont que 5%.

Cette étude quantitative observationnelle est la première étude réalisée dans les Alpes-Maritimes sur le thème de la gestion de la douleur des patients sous TSO. Elle permet de faire un état des lieux des pratiques avant de proposer des solutions pour les améliorer.

A. Discussion de la méthodologie

1. Les limites liées à la participation

Plusieurs facteurs ont probablement limité le concours des médecins à cette enquête. La raison principalement évoquée lors du refus de participation était le manque de disponibilité des médecins mais le thème de notre étude et l'inexactitude de certaines adresses courriel ont également contribué à réduire ce concours.
Pour maximiser le taux de participation, nous avons adressé un second courriel contenant le lien du questionnaire aux médecins n'ayant pas répondu dans un délai de 15 jours.

Ceci explique que le taux de participation à l'étude ait été de 21,25 %. Même si ce taux reste imparfait, il semble néanmoins comparable à celui d'autres thèses de médecine proposées sur la même thématique (37).

2. Les limites liées au questionnaire

Afin de favoriser la bonne participation des médecins à notre enquête, nous avons élaboré un questionnaire le plus attrayant, le plus intelligible et le plus court possible. Pour ce faire, nous avons soigné son graphisme, utilisé des questions fermées en favorisant les réponses à choix unique et limité sa longueur à 22 questions pour restreindre le temps de réponse (annexe 1).
Par ailleurs, afin d'éviter que l'intitulé de certaines questions n'induise la réponse aux questions suivantes nous avons empêché le retour en arrière après validation des réponses.

Notre questionnaire était composé de mises en situations cliniques concernant l'analgésie des patients hors et sous TSO. L'objectif étant d'offrir un reflet de la pratique dans cette discipline. Les réponses à ces situations ont apporté un premier aperçu des connaissances en la matière mais leur interprétation est à pondérer en raison de l'absence de recommandations clairement établies quant à l'analgésie des patients sous TSO. En effet, cette analyse s'est faite à partir de critères que nous avons établis d'après l'étude de la littérature et qui n'ont fait l'objet d'aucune validation par un organisme d'Etat.

3. Les atouts de l'étude

Cette thèse, bien qu'abordant un sujet éminemment ancré dans la pratique de la médecine générale, est inédite dans les Alpes-Maritimes. En effet, à travers le catalogue SUDOC, nous n'avons retrouvé aucune thèse ni aucune étude abordant ce sujet au sein de l'Université Nice-Sophia Antipolis.

Afin d'assurer une meilleure représentativité de notre population d'étude, nous avons choisi, à la différence de nombreuses études observationnelles de pratiques professionnelles, une méthode d'échantillonnage aléatoire.
La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes et le Conseil départemental de l'Ordre des médecins n'ont pas souhaité nous fournir de liste exhaustive des médecins généralistes exerçant dans le département. Nous avons donc réalisé un tirage au sort à partir de l'annuaire des médecins généralistes disponible sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins (38).
L'inscription au tableau de l'Ordre étant une obligation déontologique pour tout médecin et ce site Internet étant régulièrement actualisé, nous avons considéré cet annuaire comme étant exhaustif.

B. Discussion des résultats

1. Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Dans notre étude, 52% des médecins était des hommes et 48% était des femmes. Ce chiffre apparait superposable à celui proposé par le Conseil national de l'Ordre des médecins qui recense, dans le département des Alpes-Maritimes, 55% de médecins généralistes masculins et 45% de médecins généralistes féminins (39).

Dans notre échantillon la moyenne d'âge était de 46 ans alors que le Conseil national de l'Ordre des Médecins propose une moyenne d'âge de 53,6 ans pour les médecins généralistes des Alpes-Maritimes (40). La différence observée s'explique en partie par la méthodologie que nous avons employée pour récolter cette donnée. En effet, nous avons demandé aux médecins d'indiquer la tranche d'âge à laquelle ils appartenaient parmi 4 propositions (moins de 30 ans, entre 30 et 45 ans, entre 46 at 60 ans et plus de 60 ans).

2. Les conditions d'exercice

En terme de condition d'exercice, la catégorie la plus représentée dans notre étude est celle des médecins exerçant en cabinet de groupe (60%) ce qui reflète la tendance actuelle des regroupements de médecins.

En terme de répartition sur le territoire, l'enquête a montré que 90% des médecins exerçait leur activité à moins de 30 minutes d'un CSAPA ou d'un centre anti-douleur. Ces structures sont situées dans les grandes métropoles du département puisque le Réseau Addictions 06 recense 6 CSAPA à Nice, 2 à Menton, 2 à Antibes, 1 à Cannes, 1 à Vallauris et 1 à Grasse. Le Ministère des Solidarités et de la Santé recense un centre anti-douleur à Nice (41,42).
La répartition sur le territoire des médecins interrogés est donc superposable à celle des médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes (43).

En conclusion, notre population d'étude semble représentative de la population des médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

3. Les rapports des médecins à l'addictologie

Nous avons inséré dans notre questionnaire des questions relatives à l'activité addictologique des médecins. L'objectif était de mettre en évidence des facteurs influençant la prise en charge de la douleur des patients sous TSO.

3.1. Les prescriptions de TSO

Nous avons pris le parti d'inclure dans notre étude tous les médecins recevant des patients sous TSO, qu'ils gèrent ou non le traitement de substitution. En effet, le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours, peut être, un jour, confronté à ce problème de douleur chez un patient substitué, qu'il soit prescripteur ou non de TSO.

Nous retrouvons dans cette étude une forte implication des médecins dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Notre étude comme le dernier baromètre de santé des médecins généralistes rapporte que près de 90% des médecins recevant des patients sous TSO en prescrivent (44).

A ce jour, la buprénorphine est le TSO le plus prescrit par les médecins généralistes en France en raison de plus simples modalités de prescriptions (10). Bien que la buprénorphine soit le TSO privilégié par les médecins généralistes, notre étude permet d'affirmer qu'ils ne la prescrivent pas de façon exclusive puisque 55% d'entre eux prescrit les deux types de TSO.

3.2. La formation en addictologie

La faible taille de notre échantillon a été responsable d'un faible recrutement de médecins adhérant au Réseau Addictions 06 (5 médecins). Ceci nous a empêché de trouver des liens significatifs dans notre analyse de données.

Il aurait été intéressant de recruter plus de médecins dans notre échantillon afin de mettre en évidence d'éventuels liens de causalité.

4. Le ressenti des médecins généralistes face à la douleur des patients sous TSO

Notre étude révèle qu'une majorité de médecins exprime une gêne face à la plainte douloureuse des patients sous TSO (60%) alors qu'une minorité se juge compétente pour la gérer (40%). Ce pourcentage est comparable à celui retrouvé par Jeanne Pereira le Corre dans sa thèse réalisée en 2013 auprès de 50 médecins généralistes parisiens. Elle retrouvait un « sentiment fort » de compétence chez 44% des médecins (37).
Cette gêne peut être en partie expliquée par la réticence des médecins à prescrire des antalgiques opiacés dans cette population. En questionnant les médecins sur les quatre grandes idées reçues relatives à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO, nous avons constaté que 81% de ces médecins émettait un frein à leur prescription en rapport avec ces préjugés (19).

La première idée reçue est que la prescription d'antalgiques opiacés peut entraîner une rechute dans la consommation active. Bien que ce préjugé soit prépondérant dans notre étude (45%), il n'existe, à ce jour, aucune preuve selon laquelle l'exposition à un antalgique opiacés, dans le cadre de l'antalgie, augmente le taux de rechute dans la consommation active chez ces patients (23,24).
Bien au contraire, il a été démontré qu'une analgésie insuffisante chez les patients sous TSO est plus susceptible de déclencher une rechute qu'une analgésie adaptée. Ce risque est multiplié par 2 ou 3 (45-48).

La seconde idée reçue, partagée par 14% des médecins de l'étude, est que l'association d'un antalgique opiacé à un TSO peut entraîner une dépression respiratoire. S'il est vrai que l'alliance de deux opioïdes peut, théoriquement, entrainer une dépression respiratoire, ce risque n'a jamais été cliniquement démontré lorsque les TSO et les antalgiques opiacés sont prescrits selon les recommandations de bonnes pratiques. De plus, lorsque le TSO est utilisé régulièrement dans le cadre d'un suivi rigoureux, ce risque est faible en raison du phénomène de tolérance croisée (17,19-21,48,49).

La troisième idée reçue, selon laquelle les TSO sont des antalgiques puissants permettant l'analgésie des patients est contredite par les propriétés pharmacocinétiques des TSO. La buprénorphine et la méthadone, lorsqu'elles sont utilisées dans le cadre de la substitution, c'est-à dire consommées en monoprise quotidienne, ne permettent pas d'assurer une analgésie suffisante. En effet, leur action analgésique ne couvre qu'une période de 4 à 8 heures (19,25,26).
De plus, la prise prolongée d'un traitement agoniste opioïde, sous forme de TSO, est responsable d'une plus grande sensibilité à la douleur de ces patients (16,18,20,50).

Pourtant, près d'un médecin sur huit interrogés (12%) se dit limité dans sa prescription d'antalgique opiacés pour cette raison.

Enfin, il apparait plus rarement auprès des médecins de notre enquête (10%) que la plainte douloureuse soit une manipulation pour obtenir des opioïdes. Cette inquiétude, bien que fréquemment décrite dans la littérature, est mise en défaut par plusieurs études (11,12,27,33).

Comme nous le supposions dans notre hypothèse de départ, les idées reçues sur le sujet sont rapportées par la majorité des médecins généralistes et constituent un frein à l'optimisation de la prise en charge de la douleur des patients sous TSO (p=0,048 pour les patients sous méthadone et p=0,08 pour les patients sous buprénorphine).

5. Les représentations de la douleur des patients sous TSO

La physiopathologie complexe de la douleur dans cette population rend l'analgésie des patients sous TSO plus difficile qu'il n'y parait (11,12,16,20,26). Nous avons trouvé intéressant de questionner les médecins sur cette physiopathologie afin d'apprécier leur perception de la douleur. L'objectif était de mettre en évidence un lien entre ces représentations et leurs pratiques.
Plus de la moitié des médecins interrogés (52%) connaissent les spécificités de cette douleur.

6. Les pratiques d'analgésies des médecins généralistes

Nous avons inséré dans notre questionnaire des mises en situation cliniques concernant l'analgésie des patients ne recevant pas de TSO puis des patients en recevant. L'objectif était d'offrir un reflet de la pratique réelle mais aussi une comparaison des pratiques entre ces deux populations.

6.1. Chez les patients ne recevant pas de TSO

6.1.1. Justification de l'interprétation des résultats

Les recommandations de prise en charge de la douleur dans la population générale sont assez bien codifiées. Depuis 1987 et l'établissement des paliers antalgiques pour la prise en charge de la douleur cancéreuse par l'OMS, de nouvelles mises à jour ont émergé et se sont étendues aux douleurs

non cancéreuses, contribuant au bon usage des antalgiques et à la prise en charge optimale de la douleur (28,29).
Dans cette classification, il est difficile de situer la place du Néfopam. En l'absence de propriétés opioïdes, le Néfopam est classé comme un antalgique de palier 1 néanmoins sa puissance analgésique est comparable à celle des opioïdes faibles. Ceci explique qu'il soit souvent classé parmi les antalgiques de palier 2 (51,52). Afin d'éviter toute confusion dans les choix de réponses, nous avons pris le parti de le dissocier de la classification par paliers.

Au regard de ces recommandations, nous avons déterminé quelles étaient les pratiques permettant une analgésie optimale (28,29).
En cas de douleur modérée, nous avons considéré comme ayant des pratiques permettant une analgésie optimale, les médecins prescrivant un opioïde faible (seul, en association avec du Néfopam et/ou un antalgique de palier 1) ou du Néfopam (seul, en association avec un antalgique de palier 1 et/ou un opioïde faible).
En cas de douleur intense, nous avons considéré comme ayant des pratiques permettant une analgésie optimale, les médecins prescrivant un opioïde faible (seul, en association avec du Néfopam et/ou un antalgique de palier 1) ou un opioïde fort (seul, en association avec du Néfopam et/ou un antalgique de palier 1).

6.1.2. Analyse des résultats

Dans l'étude, les médecins privilégient les opioïdes faibles pour la prise en charge de la douleur modérée, alors qu'en cas de douleur intense, ils prescrivent autant d'opioïdes faibles que d'opioïdes forts.
Ces résultats ne nous paraissent pas étonnants et semblent en accord avec les recommandations de l'OMS sur l'utilisation graduelle des antalgiques en fonction de l'intensité de la douleur. D'ailleurs, l'étude révèle que les médecins ont une bonne connaissance de ces recommandations car plus de 2/3 des médecins interrogés ont des pratiques d'analgésie qui suivent ces recommandations.

Quelque soit l'intensité de la douleur, les médecins interrogés prescrivent peu de Néfopam (7%). Cette tendance se confirme dans l'étude menée entre 2007 et 2009 par la Société Française de Médecine Générale qui retrouve un taux de prescription de Néfopam quasi nul pour ces trois années (53).

Cela semble peu étonnant au regard des modalités d'utilisation de ce médicament. Conditionné sous forme d'ampoule, le Néfopam ne dispose que d'une AMM par voie injectable. Pourtant de nombreux médecins l'utilisent par voie entérale, en le proposant sur un sucre (54,55).

6.2. Chez les patients recevant un TSO

6.2.1. Justification de l'interprétation des résultats

Le soulagement de la douleur chez les patients sous TSO a pour objectif prioritaire de maintenir une abstinence aux opiacés illicites. Il n'existe à ce jour aucune recommandation de prise en charge de la douleur et l'analgésie chez ces patients relève de divers protocoles thérapeutiques énumérés à travers la littérature et résumés en annexe (annexe 3 et annexe 4) (56).

En tout état de cause, il convient de prescrire un traitement antalgique adapté à l'intensité de la douleur en privilégiant dans un premier temps les antalgiques non opiacés (16,21,30).
Lorsqu'un traitement antalgique opiacé s'avère nécessaire, certaines précautions d'emploi s'imposent. Tout d'abord, il est recommandé d'éviter les opioïdes faibles, de plus faible affinité pour les récepteurs mu et donc de moindre efficacité (17,57). Ensuite, comme le rappelle le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), l'utilisation d'un opioïde fort en association avec de la buprénorphine est contre-indiquée (58,59).
Il est également possible de moduler les posologies des médicaments de substitution déjà en place pour permettre l'analgésie puisque la buprénorphine et la méthadone, avant d'être prescrits comme des TSO, sont classés comme des antalgiques (60,61).

Après examen de la littérature, nous avons déterminé quelles étaient les pratiques permettant une analgésie optimale et nous avons considéré comme ayant de telles pratiques les médecins dont les prescriptions correspondent à celles énumérées dans les annexes 3 et 4 (11,12,16,19,21).

6.2.2. Analyse des résultats

Nous avons demandé aux médecins de décrire leur attitude thérapeutique face à une douleur d'intensité variable chez un patient sous méthadone puis sous buprénorphine en détaillant, d'une part, leur prescription d'antalgiques et, d'autre part, leur attitude vis à vis du TSO. Puis nous avons déterminé si ces pratiques permettaient une analgésie optimale.

- **Etat des lieux des prescriptions d'antalgiques**

L'étude fait apparaître qu'en cas de douleur modérée, quelque soit le TSO consommé, les médecins privilégient les opioïdes faibles avec des prévalences de prescription allant de 44% à 54%.
Mais, bien que les opioïdes faibles soient les antalgiques les plus prescrits, leur prévalence de prescription chez les patients recevant un TSO est moins élevée que chez les patients n'en recevant pas, avec une différence proche de la significativité (p=0,06). Une étude menée en 2015 par Delorme et al. à partir des données exhaustives de l'Assurance Maladie française corrobore ces résultats. Cette étude fait état d'une prévalence de prescription d'antalgiques opioïdes divisée par 2,7 chez les patients recevant un TSO (34).
Parallèlement, notre étude et celle menée par Delorme et al. retrouvent une plus forte prévalence de prescription d'antalgiques non opioïdes, comme le Néfopam (34).
Cette réticence à la prescription d'antalgiques opioïdes, qualifiée d'opiophobie dans la littérature, ne parait pas étonnante au regard des idées reçues émises sur le sujet (33). De plus, c'est certainement cette opiophobie qui explique que nous retrouvions un plus grand nombre d'orientation vers les structures spécialisées lorsque l'intensité de la douleur croit.

En cas de douleur intense, l'étude révèle que les médecins privilégient les opioïdes faibles pour les patients sous Méthadone et les opioïdes forts pour les patients sous buprénorphine (49%). Près de 9 médecins sur 10, parmi ceux prescrivant des opioïdes forts chez les patients sous buprénorphine associent cette prescription antalgique à ce TSO. Ce résultat nous parait étonnant pour deux raisons. Tout d'abord, parce qu'il va à l'encontre de la gêne exprimée par les médecins quant à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients recevant un TSO, mais également parce qu'il est contradictoire avec les données pharmacologiques de la buprénorphine (58). L'instauration d'un antalgique opioïde fort chez un patient sous buprénorphine est contre indiquée. En effet, en raison de ses propriétés agonistes-antagonistes, la buprénorphine peut diminuer l'effet antalgique de l'opioïde fort par blocage compétitif des récepteurs mu nécessitant alors une augmentation des posologies d'antalgiques pour obtenir l'effet souhaité. Le risque est donc l'apparition d'un dépression respiratoire par surdosage en opiacés (19,62,63).

L'une des hypothèses pour expliquer la plus forte prévalence de prescription d'opioïdes forts chez les patients sous buprénorphine est la plus grande assurance ressentie par les médecins avec ce TSO qu'ils prescrivent plus souvent (10).

- **Etat des lieux de la gestion des TSO face à la plainte douloureuse**

A travers cette étude, nous avons remarqué que face à une douleur aiguë nociceptive chez un patient sous TSO, les médecins étaient plutôt hésitants à moduler le TSO pour contribuer à l'analgésie. Cette attitude conservatrice parait peu étonnante lorsque l'on sait la gêne ressentie par les médecins pour gérer les TSO. En effet, dans sa thèse, Charly Beyaert, estimait que seul 50% des médecins prescripteurs de TSO étaient à l'aise avec cette prescription et que 54% n'en n'avaient jamais prescrit en raison de leur complexité d'utilisation (64).
C'est certainement pour ce motif que seul 5% des médecins généralistes suivent 80% des toxicomanes en France (65).

La raison principalement invoquée dans la littérature pour expliquer ce manque d'assurance face aux TSO est un manque de connaissances sur ces traitements (66-68). On comprend alors aisément que les médecins de notre étude soient si nombreux à exprimer un besoin en formation (73%).

- **Etat des lieux des pratiques d'analgésie**

Dans cette étude, près d'un tiers des médecins ont des pratiques permettant une analgésie optimale lorsque celles-ci ne nécessitent pas de modulation de TSO. En revanche, dès lors que l'analgésie requiert une modulation du TSO pour être optimale, comme c'est le cas chez les patients sous buprénorphine présentant une douleur intense, seul 5% des médecins ont une pratique adaptée.
Ceci s'explique, en autre, par le manque d'aisance des médecins généralistes vis-à-vis des TSO que nous venons d'évoquer.
Nous comprenons donc sans difficulté que le fait de suivre plus de 5 patients par an soit un facteur facilitant la prise en charge de la douleur de ces patients ($p=0,04$; $p=0,008$).

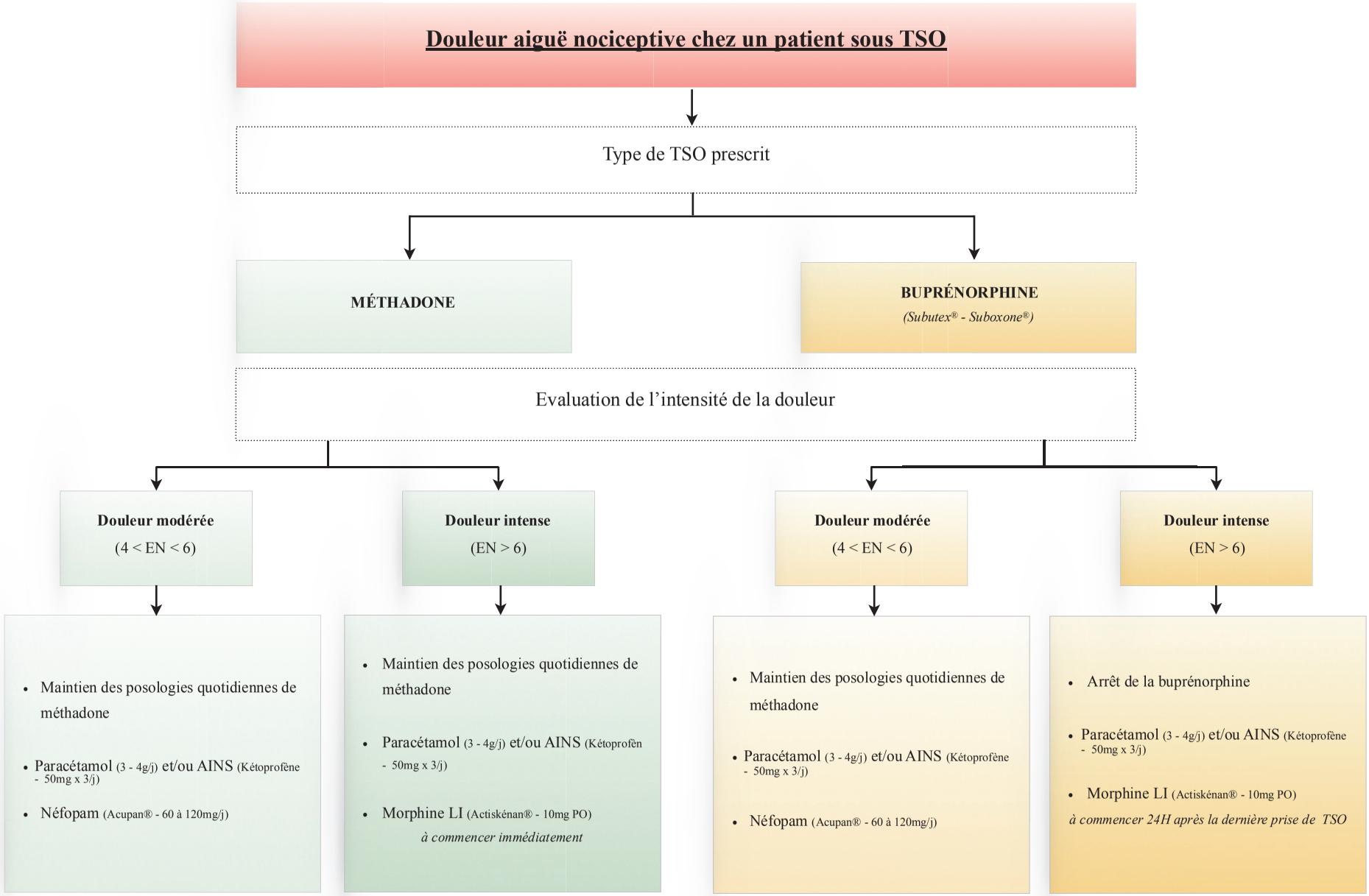
Il aurait été intéressant de comparer les pratiques d'analgésie des médecins généralistes à celles des médecins exerçant en CSAPA afin de voir si ces derniers, plus rompus à la manipulation des TSO, avaient des pratiques différentes.

Il apparait alors important de renforcer la pluridisciplinarité afin d'améliorer la prise en charge de la douleur aiguë de ces patients. D'ailleurs, notre étude souligne ce besoin de pluridisciplinarité puisque nous montrons que plus l'intensité de la douleur croit, plus les médecins ont recours à des structures spécialisées pour les épauler face à cette problématique ($p<0,05$).

C. Les perspectives de l'étude

A travers cette étude, nous avons établi que les médecins généralistes exprimaient une gêne manifeste face à la plainte douloureuse des patients sous TSO et émettaient de nombreuses réticences à prescrire des antalgiques opiacés. Cette opiophobie, associée à un manque d'aisance dans la gestion du TSO sont responsables d'une analgésie insuffisante des patients. En effet, quelque soit le TSO prescrit et l'intensité de la douleur, l'étude révèle que les pratiques d'analgésie sont moins efficaces chez les patients sous TSO que chez les patients hors TSO ($p<0,05$).

Forts de ces constats, et au regard des stratégies d'analgésie actuellement proposées dans la littérature, nous avons établi un algorithme simplifié de prise en charge de la douleur de ces patients.
Ce dernier ne saurait représenter une réponse univoque face aux patients algiques recevant un TSO et n'a pas vocation à se substituer aux avis spécialisés mais constitue une simple aide thérapeutique facilement utilisable en consultation.
Nous espérons, via le Réseau Addictions 06, diffuser cet algorithme au plus grand nombre afin de contribuer à la construction d'une culture et d'un langage commun en addictologie.


Douleur aiguë nociceptive chez un patient sous TSO
Type de TSO prescrit
MÉTHADONE
BUPRÉNORPHINE
(Subutex® - Suboxone®)
Evaluation de l'intensité de la douleur
Douleur modérée
(4 < EN < 6)
Douleur intense
(EN > 6)
Douleur modérée
(4 < EN < 6)
Douleur intense
(EN > 6)
• Maintien des posologies quotidiennes de méthadone
• Paracétamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène - 50mg x 3/j)
• Néfopam (Acupan® - 60 à 120mg/j)
• Maintien des posologies quotidiennes de méthadone
• Paracétamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofèn - 50mg x 3/j)
• Morphine LI (Actiskénan® - 10mg PO)
à commencer immédiatement
• Maintien des posologies quotidiennes de méthadone
• Paracétamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène - 50mg x 3/j)
• Néfopam (Acupan® - 60 à 120mg/j)
• Arrêt de la buprénorphine
• Paracétamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène - 50mg x 3/j)
• Morphine LI (Actiskénan® - 10mg PO)
à commencer 24H après la dernière prise de TSO

CONCLUSION

La prise en charge de la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution aux opiacés est complexe en raison d'un grand nombre de préjugés et d'une physiologie particulière de la douleur chez ces patients. L'absence de recommandations clairement établies contribue à cette complexité de prise en charge dans laquelle le médecin peut se sentir démuni. Pourtant, le soulagement de la douleur chez ces patients est fondamental pour maintenir une abstinence aux opiacés illicites.
Notre objectif était donc d'étudier les représentations, les ressentis et les pratiques des médecins généralistes face à cette plainte douloureuse.

A travers cette étude observationnelle, nous avons établi que les médecins exprimaient une gêne manifeste face à la plainte douloureuse des patients sous TSO et émettaient de nombreuses réticences à prescrire des antalgiques opiacés. Cette opiophobie, ainsi décrite dans la littérature, associée à un manque d'aisance dans la gestion du TSO sont responsables d'une analgésie insuffisante de ces patients.

Pourtant, le médecin généraliste, de part son rôle prépondérant dans la médecine de premier recours, peut être amené à prendre en charge des patients sous TSO, même s'il n'en est pas prescripteur.

C'est pourquoi, nous pensons qu'il est important de réaffirmer la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur des patients sous TSO en lui apportant toute l'information et la formation nécessaire pour lui donner aisance et assurance mais aussi en renforçant l'approche pluridisciplinaire face à cette problématique si complexe.
Le Réseau Addiction des Alpes-Maritimes pourrait s'approprier nos résultats afin de procéder à la mise en place d'outils adaptés et de stratégies d'accompagnement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Treede R-D. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. Pain Rep. 2018;3(2): e643.

2. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles : douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient ; déc 2008, p. 121.

3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, p 4118.

4. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel n°0190 du 17 Août 2004, p 14598.

5. Eschalier A, Mick G, Perrot S et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 2013;14(1): 4−15.

6. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain. 2002;6(5):375−85.

7. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleu Analg. 2002;15(1):71−9.

8. Mak SL. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale [Thèse]. Versailles : Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, 2014. p. 79.

9. Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2014. p. 6.

10. Brisacier AC. Tableau de bord TSO 2017. Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2017. p. 17.

11. Jamison RN, Kauffman J, Katz NP. Characteristics of methadone maintenance patients with chronic pain. J Pain Symptom Manage. 2000;19(1):53−62.

12. Rosenblum A, Joseph H, Fong C et al. Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. JAMA. 2003;289(18):2370−8.

13. Pud D, Cohen D, Lawental E, et al. Opioids and abnormal pain perception : new evidence from a study of chronic opioid addicts and healthy subjects. Drug Alcohol Depend. 20 mai 2006;82(3):218−23.

14. Simonnet G, Laulin JP. Tolérance aux effets analgésiques des substances opiacées : données fondamentales et perspectives thérapeutiques. In: Evaluation et traitement de la douleur 2001 - 43ème Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris: Elsevier Masson; 2001. p. 77-98.

15. Vanderah TW, Ossipov MH, Lai J et al. Mechanisms of opioid-induced pain and antinociceptive tolerance : descending facilitation and spinal dynorphin. Pain. 2001;92(1):5−9.

16. Victorri-Vigneau C, Bronnec M, Guillou M et al. Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés. Douleur Analg. 2012;25(2):83−6.

17. Doverty M, Somogyi AA, White JM, et al. Methadone maintenance patients are cross-tolerant to the antinociceptive effects of morphine. Pain. 2001;93(2):155−63.

18. White JM. Pleasure into pain : The consequences of long-term opioid use. Addict Behav. 2004;29(7):1311−24.

19. Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. Ann Intern Med. 2006;144(2):127−34.

20. Collett BJ. Opioid tolerance : the clinical perspective. Br J Anaesth. 1998;81(1):58−68.

21. Laprevote V, Geoffroy PA, Rolland B et al. Gestion des traitements de substitution aux opiacés lorsqu'un antalgique est indiqué. Press Med. 2013;42(7):1085−90.

22. Poulain P, Aknine X. Prise en charge de la douleur pour des patients recevant un MSO (Médicament de Substitution Opiacée). Le Flyer. 2015;(60):19−24.

23. Kantor TG, Cantor R, Tom E. A study of hospitalized surgical patients on methadone maintenance. Drug Alcohol Depen. 1980;6(3):163−73.

24. Manfredi PL, Gonzales GR, Cheville AL et al. Methadone analgesia in cancer pain patients on chronic methadone maintenance therapy. J Pain Symptom Manage. 2001;21(2):169−74.

25. McPherson ML, Costantino RC, McPherson AL. Methadone: maximizing safety and efficacy for pain control in patients with cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 2018;32(3):405−15.

26. Doverty M, White JM, Somogyi AA, et al. Hyperalgesic responses in methadone maintenance patients. Pain. 2001;90(1):91−6.

27. Glenn MC, Sohler NL, Starrels JL et al. Characteristics of methadone maintenance treatment patients prescribed opioid analgesics. Subst Abus. 2016;37(3):387−91.

28. Organisation mondiale de la santé (OMS). Traitement de la douleur cancéreuse. Genève : OMS; 1987. p. 80.

29. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses : mise au point. Saint-Denis: AFSSAPS; 2011. p. 16.

30. Mialou M, Kauffmann J, Richard B et al. Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés. Courrier des Addictions. 2010;12(2):24−6.

31. Courty P, Authier N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés. Pres Med. 2012;41(12, Part 1):1221−5.

32. International Association for the Study of Pain (IASP). Pain relief in substance abusers. In: Core Curriculum for Professional Education in Pain (3rd edition). Seatle : Charlton JE; 2005. p. 229−36.

33. Morgan JP. American opiophobia: customary underutilization of opioid analgesics. Adv Alcohol Subst Abuse. 1985 - Hiver 1986;5(1−2):163−73.

34. Delorme J, Bertin C, Riquelme-Arbre M et al. Patients dépendants aux opioïdes et douloureux chroniques : moins de prescriptions d'antalgiques opioïdes ? Lettre du Pharmacologue. 2017; 31(4):124−6.

35. Hines S, Theodorou S, Williamson A et al. Management of acute pain in methadone maintenance therapy in-patients. Drug Alcohol Rev. 2008;27(5):519−23.

36. Meyer M, Wagner K, Benvenuto A et al. Intrapartum and postpartum analgesia for women maintained on methadone during pregnancy. Obstet Gynecol. 2007;110(2):261−6.

37. Pereira le Corre J. Etat des lieux des représentations, des ressentis et des connaissances des médecins généralistes sur la douleur des patients toxicomanes aux opiacés [Thèse]. Paris : Univeristé Paris 7 Diderot; 2013. p. 140.

38. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [en ligne]. Paris: CNOM; 2018. Trouver un médecin; 2018 [modifié le 27 mai 2018; consulté le 27 mai 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire.

39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. In : Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2017 [en ligne]. Paris : CNOM; 2017. [modifié le 2 juin 2016; consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. In : Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2015 [En ligne]. Paris : CNOM; 2015. [modifié le 2 juin 2016; consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

41. Addictions 06. Annuaire des CSAPA et CAARUD des Alpes Maritimes. Antibes: Addictions 06; 2018.

42. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2015. Les structures spécialisées douleur chronique (SDC); 2015. [modifié le 17 février 2017; consulté le 4 avril 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc.

43. Système d'information régional en santé (SIRSéPACA) [en ligne]. Marseille: Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS-Paca); 2006. Nombre de médecins généralistes libéraux, 2017. [modifié en décembre 2017; consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur: http://www.sirsepaca.org/ors93/#s=2017;f=0;l=fr;i=ps_sexe.nb_mg_lib;v=map3. [consulté le 2 mai 2018]. "Les données proviennent du site SIRSéPACA. L'ORS PACA n'est pas responsable des analyses, interprétations et conclusions faites par l'utilisateur à partir des données et indicateurs issus du SIRSéPACA."

44. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In: Gautier A, directeur. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes); 2011. p.176-201.

45. Bounes V, Palmaro A, Lapeyre-Mestre M et al. Long-term consequences of acute pain for patients under methadone or buprenorphine maintenance treatment. Pain Physician. 2013;16(6): 739-747.

46. Karasz A, Zallman L, Berg K et al. The experience of chronic severe pain in patients undergoing methadone maintenance treatment. J Pain Symptom Manage. 2004;28(5):517−25.

47. Self DW, Nestler EJ. Relapse to drug-seeking: neural and molecular mechanisms. Drug Alcohol Depend. 1998;51(1−2):49−60.

48. Pasternak GW. Incomplete cross tolerance and multiple mu opioid peptide receptors. Trends Pharmacol Sci. 2001;22(2):67−70.

49. Beaulieu P. La douleur. Guide pharmacologique et thérapeutique. Montéral Paris : Maloine; 2013. p 232.

50. Mao J. Opioid-induced abnormal pain sensitivity : implications in clinical opioid therapy. Pain . 2002;100(3):213−7.

51. Dacero JP. Prise en charge des douleurs aiguës en médecine ambulatoire : Place du néfopam. Presse Med. 2004;33(4):277−80.

52. Heel RC, Brogden RN, Pakes GE et al. Nefopam : a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy. Drugs. 1980;19(4):249−67.

53. Raineri F, Arnould P, Malouli A et al. Analyse de la prescription des antalgiques de palier II en médecine générale. Observatoire de la médecine générale – 2007 à 2009. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 2011;12(2):72−81.

54. Heissat T. Traitement par néfopam des douleurs abdominales de l'adulte en médecine ambulatoire d'urgence par les praticiens de SOS Médecins 54 : Enquête de pratiques sur l'utilisation des voies injectable et sub-linguale. [Thèse]. Nancy : Université Henry Poincaré, Nancy 1; 2009. p.114.

55. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Résumé des caractéristiques du produit : NEFOPAM MYLAN 20 mg/2 ml, solution injectable [en ligne]. Paris : ANSM; 2010. [modifié le 14 septembre 2017; consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0167983.htm.

56. Lam D. La gestion des douleurs du patient stabilisé sous traitement de substitution aux opiacés: une revue systématique du niveau de preuve actuel. [Thèse]. Nancy : Université de Lorraine; 2016.

57. Compton P, Charuvastra VC, Ling W. Pain intolerance in opioid-maintained former opiate addicts: effect of long-acting maintenance agent. Drug Alcohol Depend. 2001;63(2):139−46.

58. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Résumé des caractéristiques du produit : SUBUTEX 2 mg, comprimé sublingual [en ligne]. Paris : ANSM; 1995. [modifié le 20 février 2017; consulté le 20 avril 2018]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0223085.htm.

59. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage (BHD) : mise au point [en ligne]. Paris: ANSM; 2011. [consulté le 11 mai 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments/Addictologie/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodependance-majeure-aux-opiaces-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point.

60. Heit HA, Gourlay DL. Buprenorphine: new tricks with an old molecule for pain management. Clin J Pain. 2008;24(2):93−7.

61. Weaver MF, Schnoll SH. Opioid treatment of chronic pain in patients with addiction. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2002;16(3):5−26.

62. Victorri-Vigneau C, Guillou M, Bronnec M et al. Prise en charge de la douleur aiguë chez le patient sous traitement de substitution. La Lettre du Pharmacologue. 2009; 23 (4):134-8.

63. Scimeca MM, Savage SR, Portenoy R et al. Treatment of pain in methadone-maintained patients. Mt Sinai J Med N Y. 2000;67(5−6):412−22.

64. Beyaert C. Evaluation de la position des médecins généralistes français par rapport aux traitements de substitution au opiacés (TSO). [Thèse]. Nancy: Univeristé de Lorraine; 2017. p.123.

65. Autier N, Cattan L, Maarek R et al. Session 4 : Addcitologie - Bon usage des traitements en ville. Dans: E-ADD. 2ème e-congrès national sur les addictions [en ligne]. [lieu de publication inconnu]: Interactive Virtual Meeting (IVM); 2018. [consulté le 27 mai 2018]. Vidéo: 43:57 min. Disponible sur: http://www.ivmhealth.com/e-add2018/conferences.html.

66. Benyamina A. The current status of opioid maintenance treatment in France: a survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users. Int J Gen Med. 2014;7:449−57.

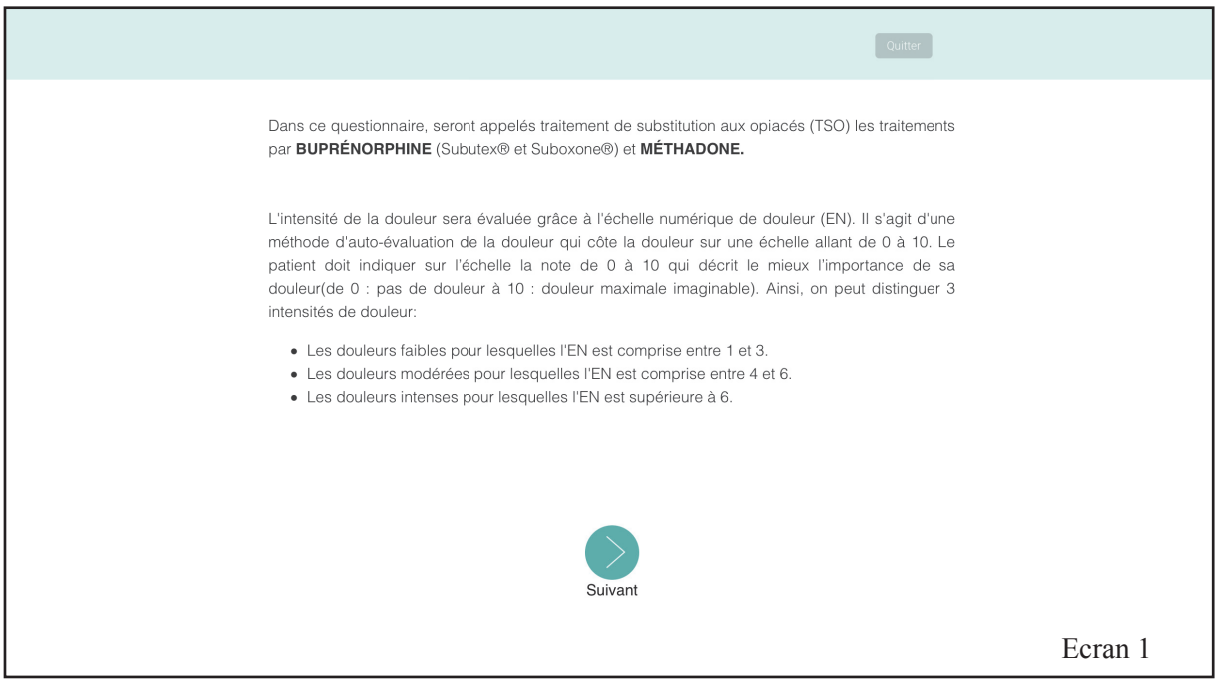
67. DeFlavio JR, Rolin SA, Nordstrom BR et al. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. Rural Remote Health. 2015;15:3019.

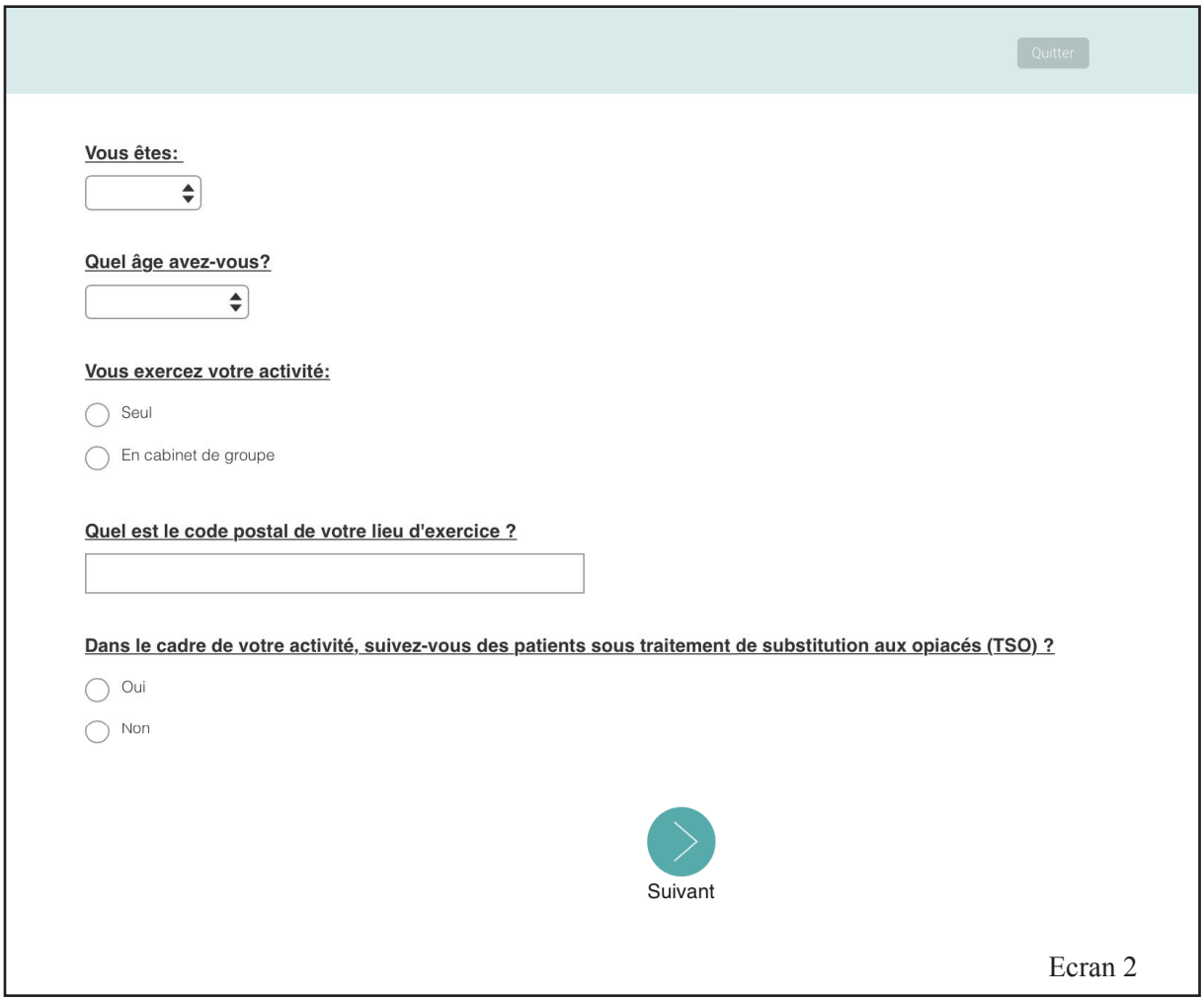
68. Cunningham CO, Sohler NL, McCoy K et al. Attending physicians and residents attitudes and beliefs about prescribing buprenorphine at an urban teaching hospital. Fam Med. 2006;38(5): 336−40.

69. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). Recommandations d'utilisation de l'échelle numérique [en ligne]. Paris: SFETD; 2016. [consulté le 27 mai 2018]. Disponible sur : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/notice_-_echelle_numerique.pdf

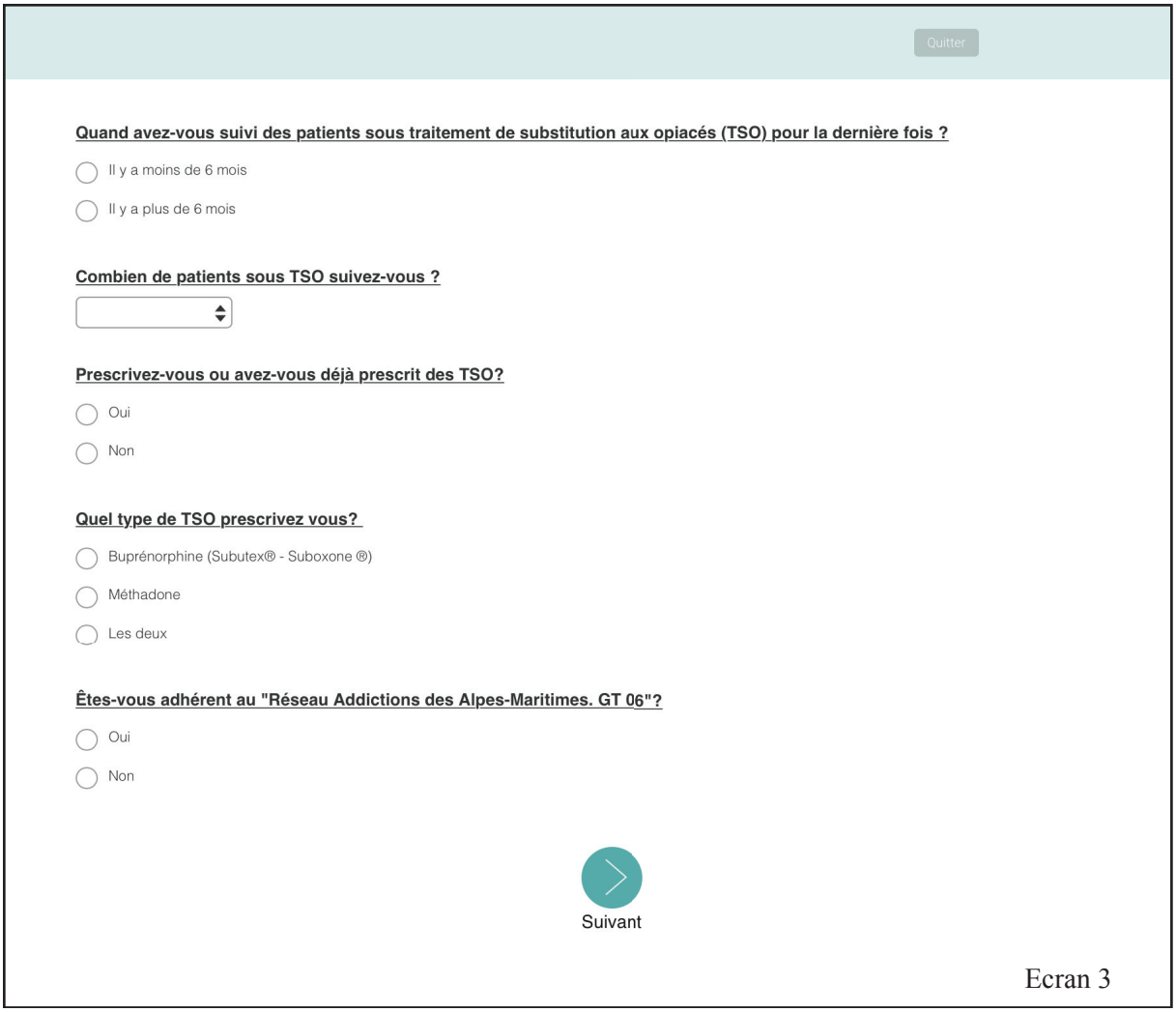
ANNEXES

Annexe 1: Le questionnaire de l'étude

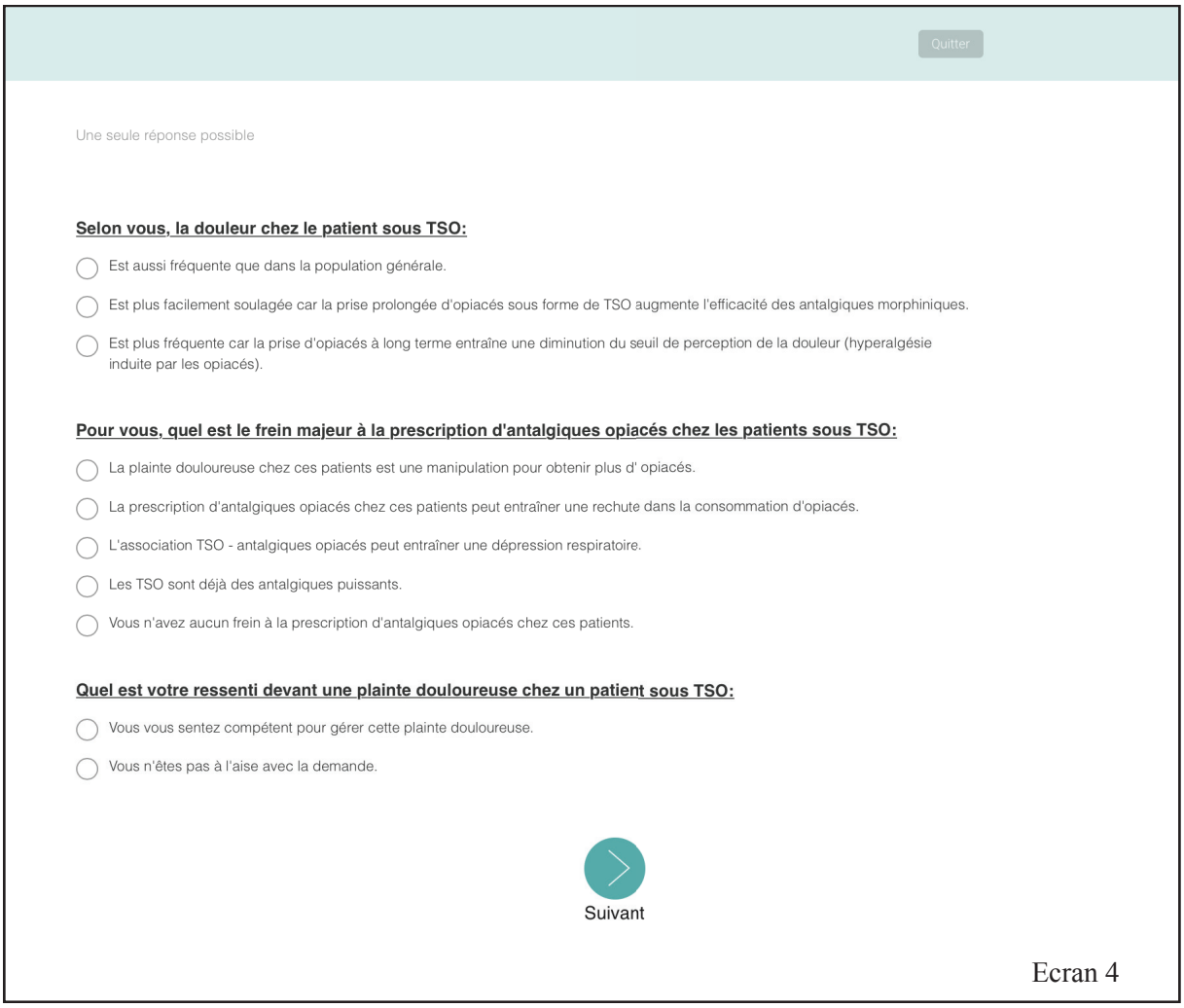



Quitter
Vous êtes:
Quel âge avez-vous?
Vous exercez votre activité:
Seul
En cabinet de groupe
Quel est le code postal de votre lieu d'exercice ?
Dans le cadre de votre activité, suivez-vous des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) ?
Oui
Non
Suivant

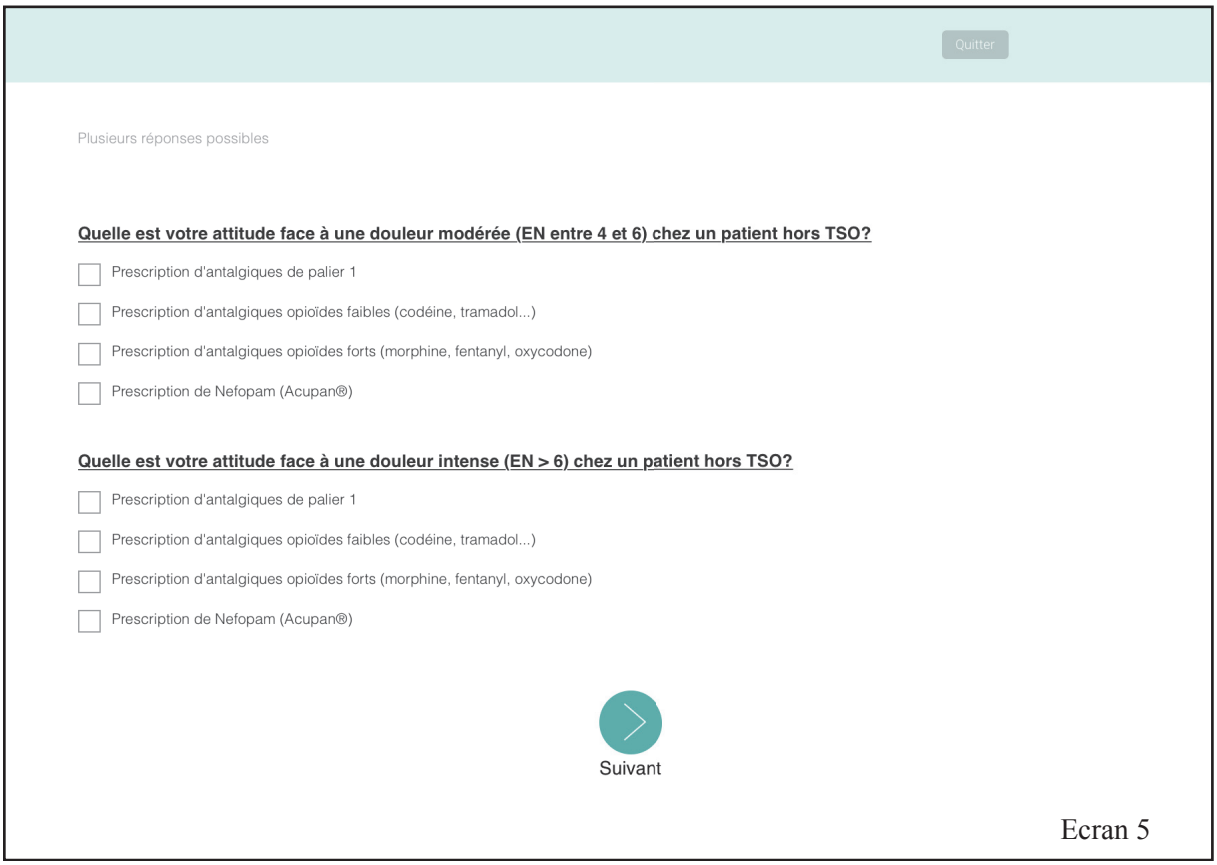
Ecran 2


Quitter
Quand avez-vous suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour la dernière fois ?
Il y a moins de 6 mois
Il y a plus de 6 mois
Combien de patients sous TSO suivez-vous ?
Prescrivez-vous ou avez-vous déjà prescrit des TSO?
Oui
Non
Quel type de TSO prescrivez vous?
Buprénorphine (Subutex® - Suboxone ®)
Méthadone
Les deux
Êtes-vous adhérent au "Réseau Addictions des Alpes-Maritimes. GT 06"?
Oui
Non
Suivant

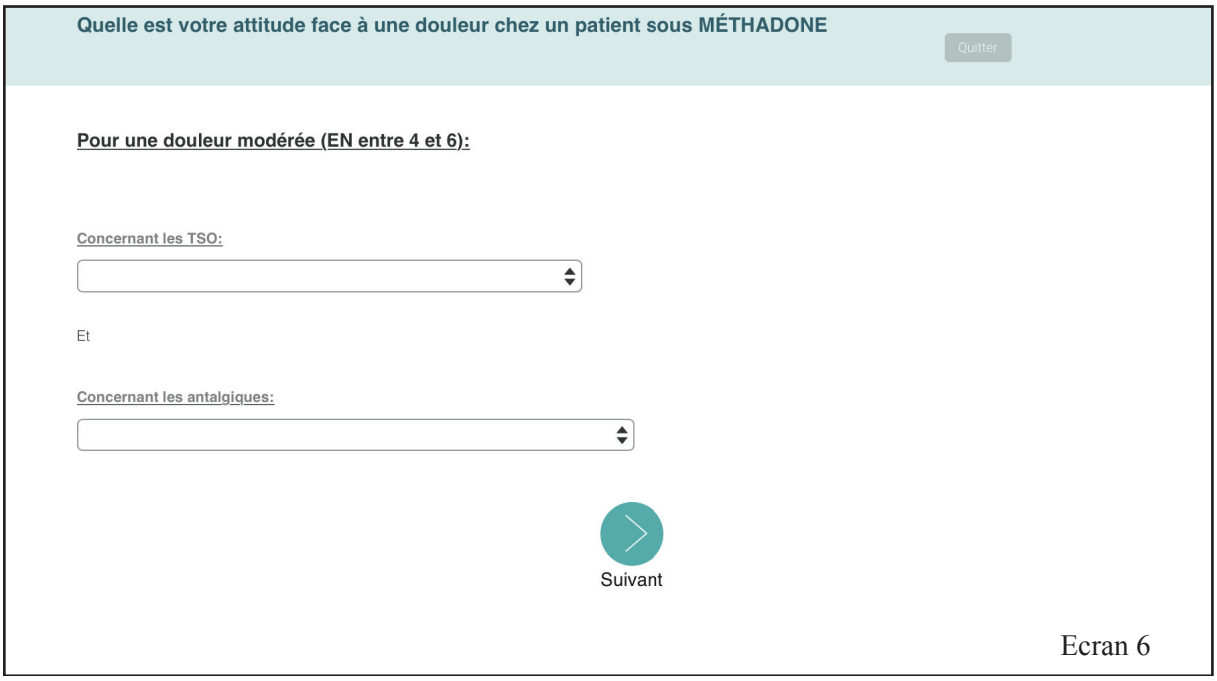
Ecran 3


Quitter
Une seule réponse possible
Selon vous, la douleur chez le patient sous TSO:
Est aussi fréquente que dans la population générale.
Est plus facilement soulagée car la prise prolongée d'opiacés sous forme de TSO augmente l'efficacité des antalgiques morphiniques.
Est plus fréquente car la prise d'opiacés à long terme entraîne une diminution du seuil de perception de la douleur (hyperalgésie induite par les opiacés).
Pour vous, quel est le frein majeur à la prescription d'antalgiques opiacés chez les patients sous TSO:
La plainte douloureuse chez ces patients est une manipulation pour obtenir plus d' opiacés.
La prescription d'antalgiques opiacés chez ces patients peut entraîner une rechute dans la consommation d'opiacés.
L'association TSO - antalgiques opiacés peut entraîner une dépression respiratoire.
Les TSO sont déjà des antalgiques puissants.
Vous n'avez aucun frein à la prescription d'antalgiques opiacés chez ces patients.
Quel est votre ressenti devant une plainte douloureuse chez un patient sous TSO:
Vous vous sentez compétent pour gérer cette plainte douloureuse.
Vous n'êtes pas à l'aise avec la demande.
Suivant

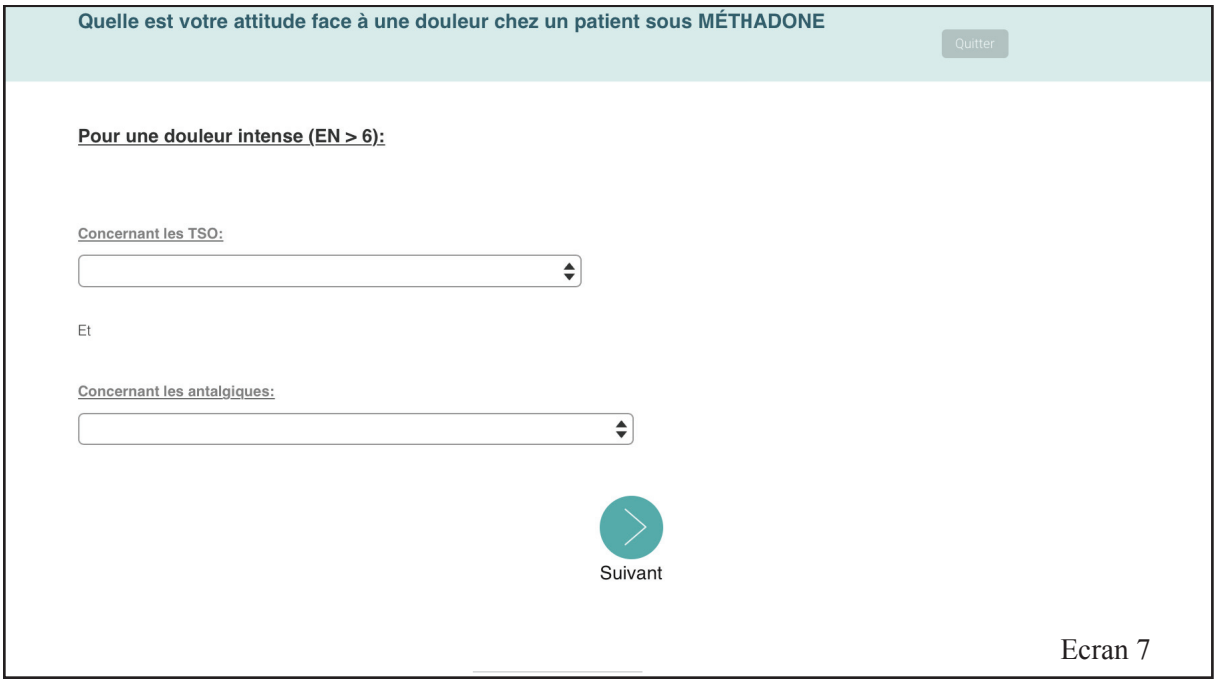
Ecran 4


Quitter
Plusieurs réponses possibles
Quelle est votre attitude face à une douleur modérée (EN entre 4 et 6) chez un patient hors TSO?
Prescription d'antalgiques de palier 1
Prescription d'antalgiques opioïdes faibles (codéine, tramadol...)
Prescription d'antalgiques opioïdes forts (morphine, fentanyl, oxycodone)
Prescription de Nefopam (Acupan®)
Quelle est votre attitude face à une douleur intense (EN > 6) chez un patient hors TSO?
Prescription d'antalgiques de palier 1
Prescription d'antalgiques opioïdes faibles (codéine, tramadol...)
Prescription d'antalgiques opioïdes forts (morphine, fentanyl, oxycodone)
Prescription de Nefopam (Acupan®)
Suivant

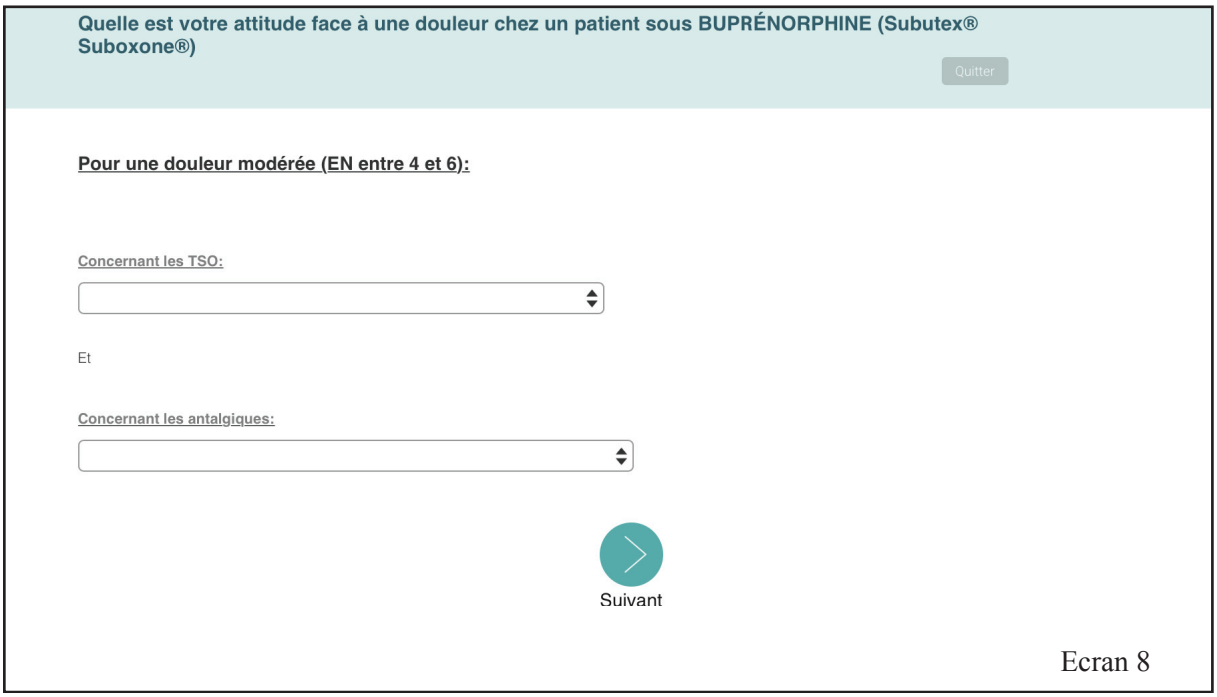
Ecran 5



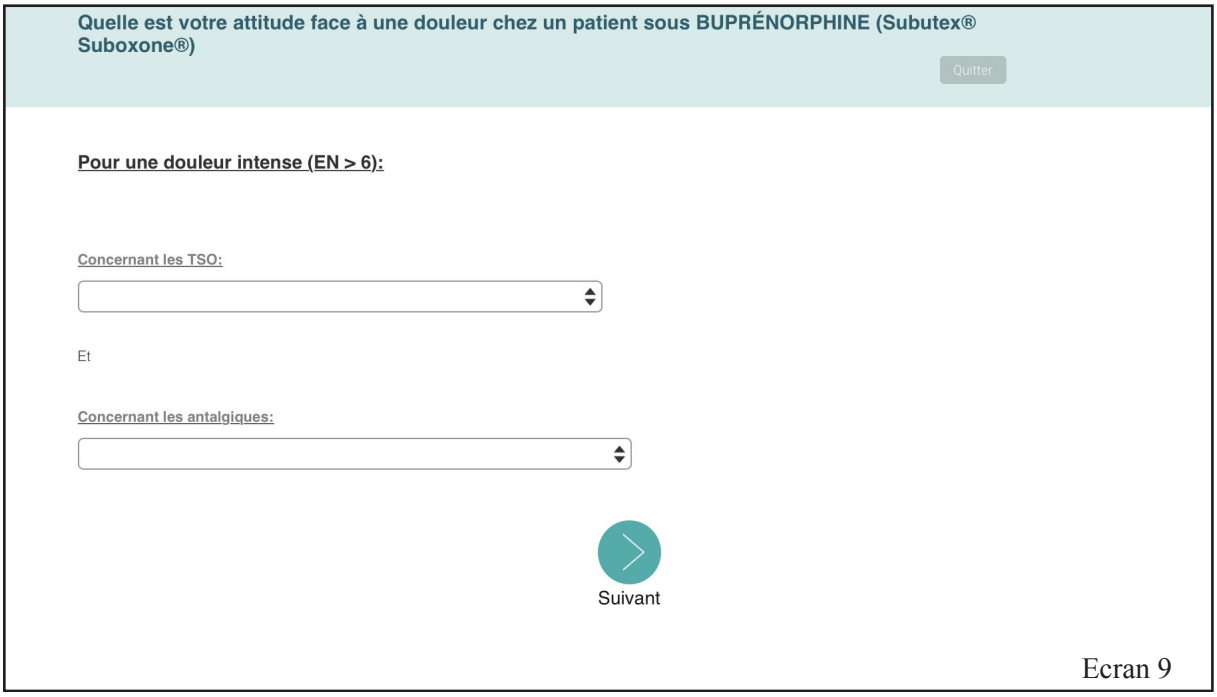
Ecran 6



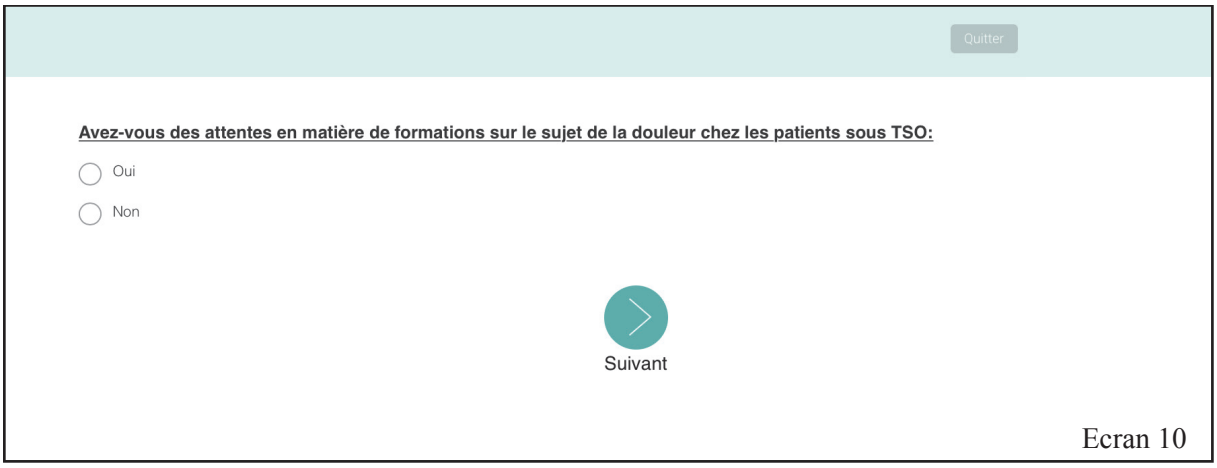
Ecran 7



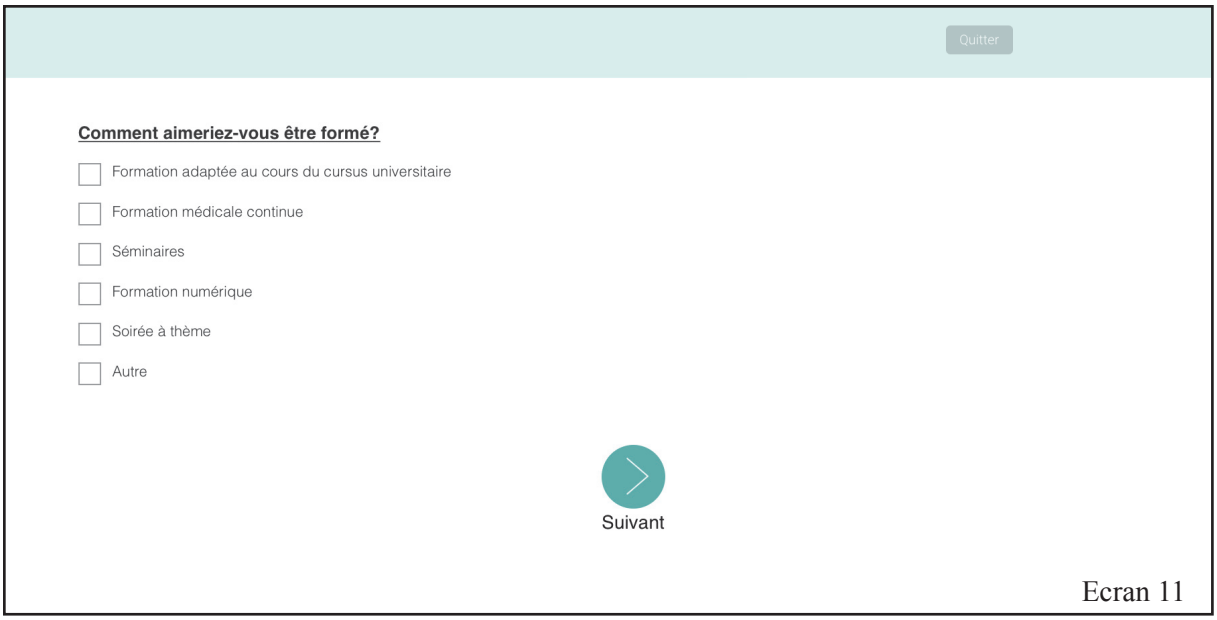
Ecran 8



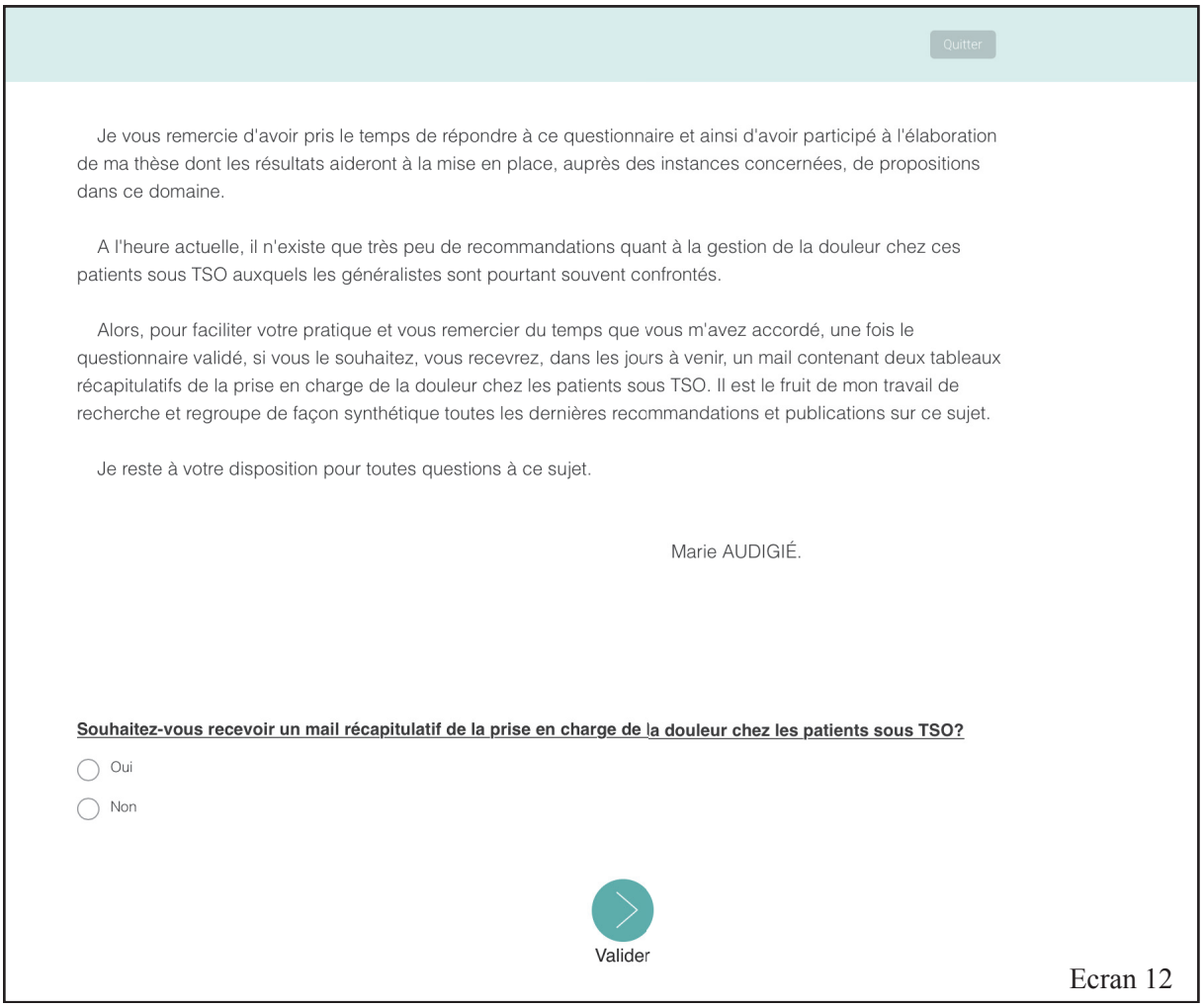
Ecran 9



Ecran 10

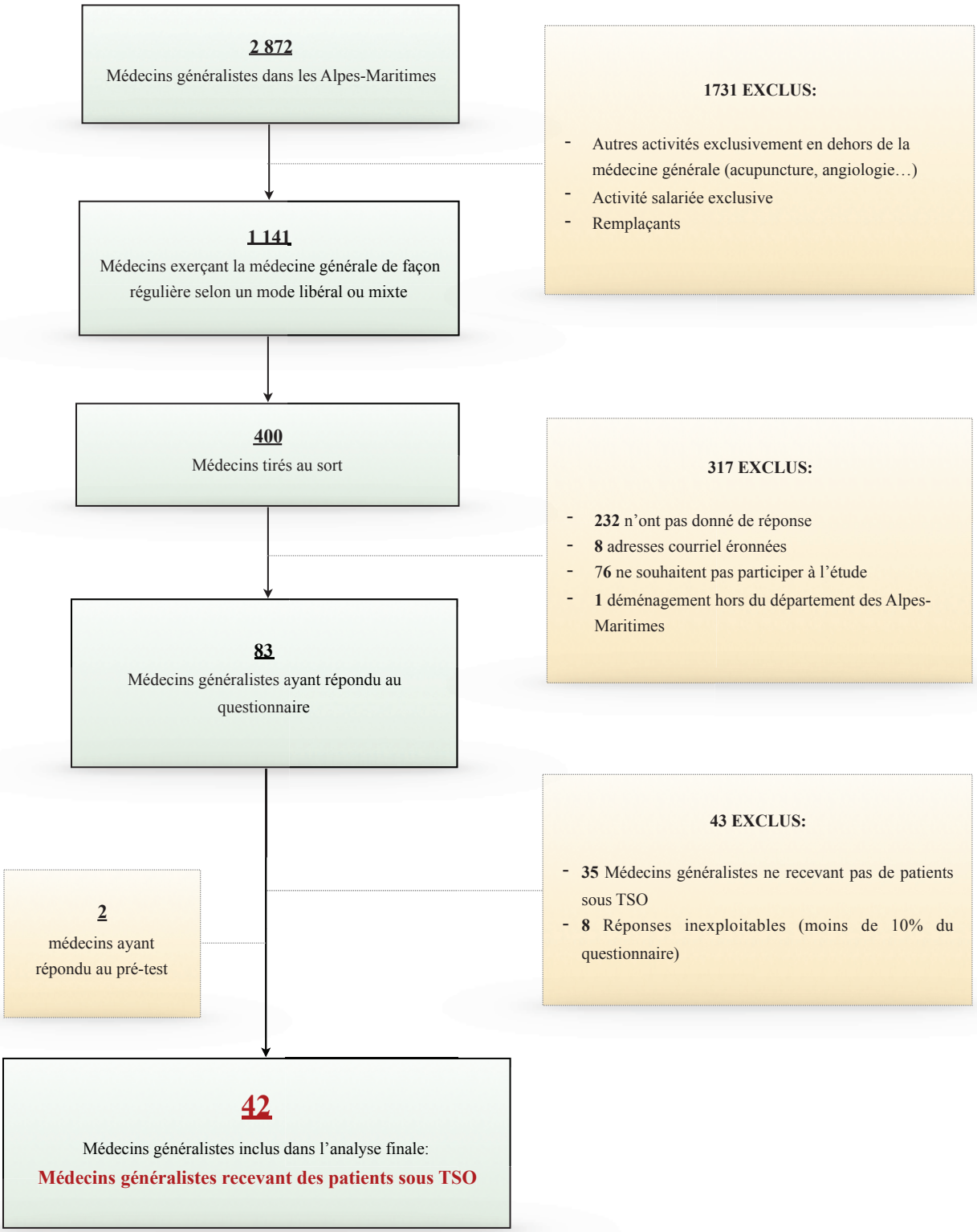


Ecran 11


Quitter
Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et ainsi d'avoir participé à l'élaboration de ma thèse dont les résultats aideront à la mise en place, auprès des instances concernées, de propositions dans ce domaine.
A l'heure actuelle, il n'existe que très peu de recommandations quant à la gestion de la douleur chez ces patients sous TSO auxquels les généralistes sont pourtant souvent confrontés.
Alors, pour faciliter votre pratique et vous remercier du temps que vous m'avez accordé, une fois le questionnaire validé, si vous le souhaitez, vous recevrez, dans les jours à venir, un mail contenant deux tableaux récapitulatifs de la prise en charge de la douleur chez les patients sous TSO. Il est le fruit de mon travail de recherche et regroupe de façon synthétique toutes les dernières recommandations et publications sur ce sujet.
Je reste à votre disposition pour toutes questions à ce sujet.
Marie AUDIGIÉ.
Souhaitez-vous recevoir un mail récapitulatif de la prise en charge de la douleur chez les patients sous TSO?
Oui
Non
Valider

Ecran 12

Annexe 2: Flowchart de l'étude



<u>Annexe 3</u>: Stratégies de prise en charge de la douleur aiguë nociceptive des patients sous méthadone par le médecin généraliste.

Ce tableau répertorie les pratiques permettant une analgésie optimale des patients sous méthadone telles qu'elles sont énumérées dans la littérature (11,12,16,19,21).

Douleur	Traitement de substitution (TSO)	Traitement antalgique
<u>Douleur légère:</u> **EVA < 4**	Maintien des posologies quotidiennes de méthadone	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j)
<u>Douleur modérée:</u> **EVA: 4 et 6**	**Stratégie 1:** Maintien des posologies quotidiennes de méthadone	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Néfopam (Acupan®: 60 - 120mg/j PO)
	Stratégie 2: Maintien des posologies quotidiennes de méthadone et fractionnement en 4 prises par jour	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Néfopam (Acupan®: 60 - 120mg/j PO)
	Stratégie 3: Augmentation des posologies quotidiennes de méthadone et fractionnement en 4 prises par jour	- +/- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - +/- Néfopam (Acupan®: 60 - 120mg/j PO)
<u>Douleur sévère:</u> **EVA > 6**	**Stratégie 1:** Maintien des posologies quotidiennes de méthadone	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Morphinique à **libération immédiate** (ex : Actiskénan 10mg)
	Stratégie 2: Maintien des posologies quotidiennes de méthadone et fractionnement en 4 prises par jour	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Morphinique à **libération immédiate** (ex : Actiskénan 10mg)
	Stratégie 3: Augmentation des posologies quotidiennes de méthadone et fractionnement en 4 prises par jour	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Morphinique à **libération immédiate** (ex : Actiskénan 10mg)

<u>Annexe 4</u>: Stratégies de prise en charge de la douleur aiguë nociceptive des patients sous buprénorphine (Subutex® et Suboxone®) par le médecin généraliste.

Ce tableau répertorie les pratiques permettant une analgésie optimale des patients sous méthadone telles qu'elles sont énumérées dans la littérature (11,12,16,19,21).

Douleur	Traitement de substitution (TSO)	Traitement antalgique
<u>Douleur légère:</u> **EVA < 4**	Maintien des posologies quotidiennes habituelles de buprénorphine	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j)
<u>Douleur modérée:</u> **EVA: 4 et 6**	**Stratégie 1:** Maintien des posologies quotidiennes de buprénorphine	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Néfopam (Acupan®: 60 - 120mg/j PO)
	Stratégie 2: Maintien des posologies quotidiennes de buprénorphine et fractionnement en 4 prises par jour	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Néfopam (Acupan®: 60 - 120mg/j PO)
	Stratégie 3: Augmentation des posologies quotidiennes de buprénorphine et fractionnement en 4 prises par jour	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - +/- Néfopam (Acupan®: 60 - 120mg/j PO)
<u>Douleur sévère:</u> **EVA > 6**	Arrêt de la buprénorphine	- Paracetamol (3 - 4g/j) et/ou AINS (Kétoprofène 50mg x 3/j) - Morphinique à **libération immédiate** (ex : Actiskénan 10mg) *Attendre 24h entre la dernière prise de buprénorphine et la première prise de morphinique*

<u>NB:</u>

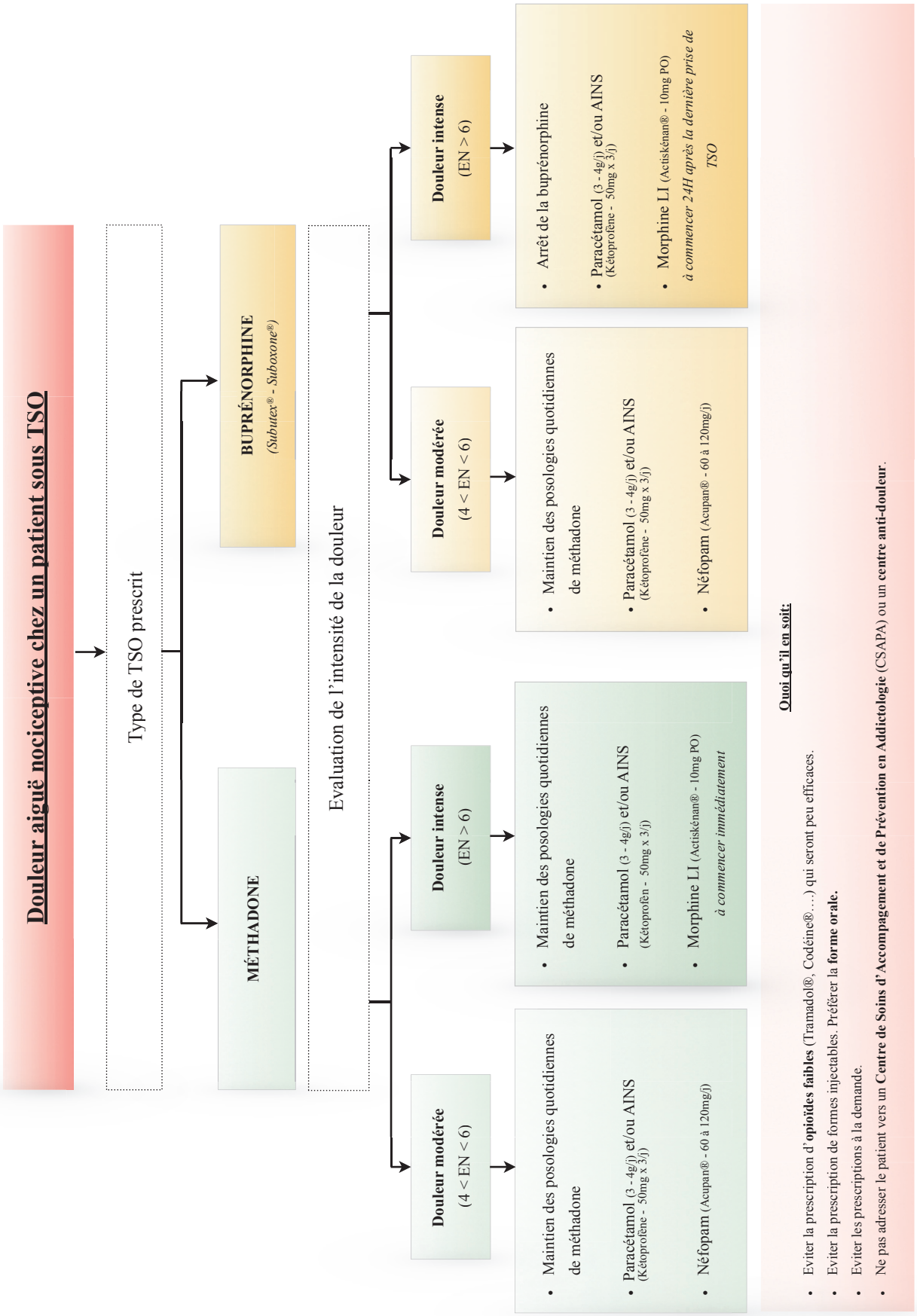
En cas de douleur intense, une deuxième stratégie thérapeutique est possible. Elle consiste à arrêter la buprénorphine, la remplacer par de la méthadone et à administrer un morphinique à libération immédiate.

Cette deuxième stratégie n'est pas adaptée au médecin généraliste car la primo prescription de méthadone ne peut être réalisée que par un médecin exerçant en CSAPA ou un médecin d'un établissement de santé.

C'est la raison pour laquelle elle n'est par répertoriée dans ce tableau.

<u>Annexe 5</u>: Algorithme de prise en charge de la douleur aiguë nociceptive des patients sous TSO.

(recto)



(verso)

Liste des CSAPA assurant la délivrance et le suivi des TSO - Alpes-Maritimes

NICE :

CSAPA Emergence PSA
3 Rue Martin Luther King - 06200 Nice
04.92.47.81.81
csapa.di06@groupe-sos.org

CSAPA PSP-Actes
6 Avenue Olivetto - 06000 Nice
04.93.53.17.00
csapa@fondationdenice.org

CSAPA Centre Hospitalier Sainte Marie
87 Avenue Joseph Raybaud - 06000 Nice
04.93.13.57.66

CSAPA Nice Malausséna
10 Avenue Malausséna - 06000 Nice
04.92.03.21.50

CANNES :

CSAPA Centre Hospitalier de Cannes
27 Rue Isola Bella – 06400 Cannes
04.93.69.72.69

GRASSE :

CSAPA « La Caravelle » Hôpital Clavary
Chemin de Clavary - 06130 Grasse
04.93.09.56.83
addicto@ch-grasse.fr

MENTON :

CSAPA Menton
7 Route du Val de Gorbio - 06500 Menton
04.92.10.13.83

ANTIBES :

CSAPA Centre Hospitalier d'Antibes
14 Avenue Reibaud - 06600 Antibes
04.93.33.26.82
csapa@ch-antibes.fr

CSAPA Odysée - ANPAA 06
6 Rue de l'Isle - 06600 Antibes
04.93.34.34.88

VALLAURIS :

CSAPA Odysée - ANPAA 06
9 Rue du Docteur Sénès - 06220 Vallauris
04.93.34.34.88

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 moeurs.

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

RÉSUMÉ

Introduction: Le traitement de la douleur aiguë nociceptive des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) est complexe en raison de préjugés et d'une physiologie particulière de la douleur chez ces patients. L'absence de recommandations clairement établies sur ce sujet accentue cette difficile prise en charge. L'objectif était d'étudier les représentations, les ressentis et les pratiques des médecins sur ce sujet. **Méthode:** Cette étude descriptive transversale a été menée auprès des médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes et recevant des patients sous TSO. Ils ont été tirés au sort et interrogés entre octobre 2017 et janvier 2018 via un questionnaire en ligne. **Résultats:** Sur les 42 médecins inclus dans l'étude, 60% ont exprimé une gêne face à la plainte douloureuse des patients sous TSO et 81% avaient des préjugés les rendant réticents à la prescription d'antalgiques opiacés. Les pratiques d'analgésie étaient disparates selon l'intensité de la douleur et le type de TSO prescrit. Face à une douleur modérée, 28% à 32% des médecins avaient des pratiques permettant une analgésie optimale. En cas de douleur intense, alors que 24% des médecins avaient des pratiques permettant une analgésie optimale des patients sous méthadone, chez les patients sous buprénorphine ils n'étaient que 5%. Seuls 18% à 32% des médecins ont modulé le TSO pour prendre en charge la douleur. Quelque soit le TSO, le fait d'être plus fréquemment confronté à ces patients a aidé à l'optimisation de la prise en charge ($p<0,05$). **Conclusion:** Pour apporter aisance et assurance aux médecins dans ce domaine et ainsi optimiser l'analgésie des patients sous TSO, il est important de les former à cette problématique mais aussi de renforcer l'approche pluridisciplinaire.

Mots-clés: douleur aiguë, traitement de substitution aux opiacés, médecine générale, antalgiques opiacés, addictologie.