HAL
open science

Intrication douleur et addiction : la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire adaptée aux problématiques d'addiction et de douleur au CHU de Bordeaux, description du fonctionnement et analyse des propositions (2016-2019)

Charles Honoré

To cite this version:

Charles Honoré. Intrication douleur et addiction : la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire adaptée aux problématiques d'addiction et de douleur au CHU de Bordeaux, description du fonctionnement et analyse des propositions (2016-2019). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03203036

HAL Id: dumas-03203036

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03203036v1

Submitted on 20 Apr 2021

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

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

Université de Bordeaux

U. F. R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 Thèse n° 38

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2021

Par **Charles Philippe Donatien Louis HONORE**

Né le 11 avril 1988 à Brive-la-Gaillarde (Corrèze)

Intrication douleur et addiction : La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire adaptée aux problématiques d'addiction et de douleur au CHU de Bordeaux. Description du fonctionnement et analyse des propositions (2016-2019).

Directeur de thèse

Madame le Docteur Louise JAKUBIEC

Rapporteur de thèse

Madame le Professeur Mélina FATSEAS

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE…….Président du jury
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA……..…Membre
Madame le Docteur Virginie CORAND……...…..Membre
Madame le Professeur Mélina FATSEAS……Rapporteur
Madame le Docteur Louise JAKUBIEC……Membre

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail,

A Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE, président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré et l'aide que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Je vous témoigne ma sincère gratitude.

A Madame le Professeur Mélina FATSEAS, rapporteur de thèse,

Je suis honoré que vous ayez accepté la fonction de rapporteur. Merci pour le temps que vous avez consacré à la lecture et à la critique de ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Vous étiez déjà membre du jury lors de la soutenance de mon Portfolio de fin d'étude, et je garde un excellent souvenir de la richesse de nos échanges. Vous me faites l'honneur de participer à mon jury final de thèse. Je vous prie de croire en ma sincère et profonde estime pour votre disponibilité et votre implication.

A Madame le Docteur Virginie CORAND,

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre travail de relecture et les critiques pertinentes et constructives qui s'en sont suivies dans l'écriture de ce travail. Je vous prie de croire en ma profonde reconnaissance pour avoir accepté d'apporter votre expérience en siégeant dans mon jury de thèse.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Louise JAKUBIEC,

Louise, je me souviens comme si c'était hier de la conversation où tout a commencé, à une heure tardive d'une soirée internat. Nous y voilà donc quelque temps après ! Je garde in fine un très bon souvenir de ce travail avec toi, merci pour ton soutien et ton professionnalisme. En espérant que la vie d'avant reprenne au plus vite pour avoir le plaisir de te revoir dans un contexte moins formel et plus festif ! ☺

Merci à ma Famille,

Papa, c'est avant tout un peu grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui, menant la filiation médicale sur une quatrième génération. Merci pour nos voyages aux 4 coins du monde qui ont aiguisé ma curiosité et m'ont éveillé à un certain anticonformisme. Merci pour tous ces week-ends dans les musées ou dans la boue, merci de décrocher à toute heure du jour et de la nuit pour venir me sortir d'un fossé, la marque de l'oreiller dans le coin mais toujours avec le sourire.

Maman, la voix de la Raison, merci pour ta douceur et ta bienveillance presqu'universelle, ton peps et ta fraicheur. Tu sens toujours très bien les choses, et as aussi toujours une solution à tout, notre réconfort à tous. Désolé de t'avoir tant faite râler avec mes variations capillaires, profite de l'accalmie, la tondeuse commence à me faire de l'œil…

A tous les deux, merci pour votre complémentarité et la richesse de la vie que vous m'avez offerte jusque-là...

Edouard, peu de nabots ont eu la chance de grandir et découvrir le monde dans les bras d'un grand frère comme toi, qui m'emmenait partout sans se poser de question, quitte à m'échapper sur le coin du radiateur ou à me faire faire le mur à 9 ans jusqu'au petit matin pour des raisons logistiques ou parce-que ça marchait bien pour les nanas ! J'ai adoré être ta caution dans tous ces moments-là, et ton influence est toujours présente.

Anthony, un exemple de détermination et de persévérance, toujours très entouré tu sais ne compter que sur toi-même. Inoxydable, avec toi tout est démontable et restaurable ! Tu sais rebattre entièrement les cartes quand il y a quelque-chose qui cloche pour en sortir plus fort, et tu mènes maintenant ta barque avec Hélène Bibou et Eve avec une incroyable et inspirante aisance !

A mes Brivistes,

Mes chéris du PSPEA et de la première heure. Noël le petit nouveau du CM1, binoclard boutonneux à l'avant-garde capillaire, passant de la Kirk Hammet à l'épitoge sans jamais retourner ta veste, une main pour les cornes de diable une autre pour les obus. A Brokeback Motorcycles Summer Tour, nos poignées de mains présidentiables, et les apéros Puy du Tour. T'es un gagnant Serge !!!

Arto, Enculator et à travers (aucun lien, fils unique), l'Homme qui disparait aussi bien sous les manteaux qu'à l'autre bout du monde, déjà 20 ans de nuits blanches ensemble… A nos sessions collégiennes mini-disque/shots et voies lactées de cartouches au plafond, à nos entorses de cheville et escaliers gapés, et à nos Nuits devenues Fauves.

Guichoux, 4 bacs à nous deux pour ne toujours pas savoir si c'est l'air froid qui rentre ou l'air chaud qui sort. Gueule d'ange et tétons spectaculaires pour probablement le plus délinquant d'entre nous... A nos totems capsulaires à Arcachon et nos glissades à moto et en plâtre sur les boulevards. Hâte de reprendre les bolides le plus rapides de l'Asie du sud-est et partir forcer quelques barrages policiers dans ta roue.

A mes deux autres Corréziens parfois trop loin, Romain, gestionnaire d'affaires depuis les 4 coins du monde, fan de tuning à coup de crampons dans la portière puis hop un coup de bombe sur le rétro et c'est nickel t'as vu ? Des bras de la taille de mes cuisses, toujours prêt à offrir un bon jus d'orange plutôt que péter des gueules. Mon Jérém toujours la bonne mine sourire jusqu'aux oreilles, lave-glace tunisien à volonté, les rond-points par la gauche c'est 147 fois plus rapide mon gaaars ! Fin stratège de galette dans la baignoire alors que le réveil sonne, tout droit jusqu'au zoo !

A mes Limouchauds,

Mes 2 PPLV… Troudu, des heures face à face à la BU et côte à côte sur les routes, la moustache millimétrée et la hache prête à dégainer, de garde à l'état basal et déjà un deuxième tour du monde bouclé dans ta cave… Hâte de redanser (dans) la capucine avec toi, Perrine, prépare El Mulett on part en vacances !

Béranchoux, l'Homme qui n'a jamais son passeport dans aucune de ses deux mains gauches mais fait les tartes au xchiitron meringué comme sonne'per (Naïra on en fait 60 ça va ?). Plus à l'aise à dormir sur le tatami qu'en négociation (20 balles pour un Kleenex ?!), déso si j'aaavaiiis diiit qu'çaaa tourneraiiit paaaas ! Mon opossum des plaines, des cercles polaires et des cours putain on va le rater !!!

A mes autres copains des années fac, Léa du premier jour de premier WEI au dernier jour de dernier Hellfest avant la fin du monde d'avant, il y en aura eu des tapes dans le dos, mon Burno le flegme incarné et l'humour affuté, un exemple de détermination et positiv'attituuuude, lâche rien, Thomas premier coloc d'une longue lignée, Gégé ou la douceur incarnée, Cuencuen championne du monde de Yooner, POTUC à notre unique descente à ski au Crit, au Chancre-Mou et à nos rubans cousus…

Aux Bordelais devenus pour beaucoup mon quotidien,

Besta à ce bel internat et ces belles colocs, à nos Monday morning beachs et à tous les coups qu'on s'est foirés mutuellement sans faire exprès,

Toto « me parlez pas le matin mais chaud d'un peu de disco», l'Affreux Guillou qui se demande ce qu'il fout là, Rocfouf qui se demande ce que l'Affreux Guillou fout là, Débychatte toute en délicatesse, Justine « éteignez le stroboscope y a quelqu'un qui convuuulse », Jean la bise à Mamie Zinzin, la Cage à pute et surtout à cette Ruche qui nous aura couté plus cher en fioul qu'en loyer !

A mes voisins préfabriqués, Suzzo on sait que « c'est une conne Beyoncé », Francis les diagnostics au doigt et à l'œil, Marie Jo et Gigi hystéros réac mais jamais fatiguées, Popo Berto c'était pas le plan initial, et Flo Pierrot commis de cuisine artisanale,
Gachette et Duki, mes bobo-rdelaises du cours Pasteur qui mettaient les tapettes et me forçaient à pas faire la mienne pour les retirer, Duki, Duchesse avant l'heure qui achetait plus de meubles qu'il n'y avait de m² dans l'appartement, Gachette c'est Quartier Libre on va voir Louis ?

A Joris, président d'internat capable de transformer un 15m² à Megève en hall de gare mais pas d'assurer la visite du vendredi matin sans squatter la chambre 5 sous NaCl + Primpéran IV... Geoffrey mon impressionnante marmule à la sensibilité de chaton aux yeux rieurs, mon rock qui aime quand ça tabasse mais à qui 20m de couloir ne suffisent pas pour ralentir une course bien savonneuse, c'est pas grave on changera la porte... Eliette, quand je pense que je t'ai connue t'étais grande comme ça, je prends toujours un paquet de popcorn quand je sais qu'on va se revoir et que tu vas tout me raconter !

A mes petites abeilles caribéennes en catamaran, mes otaries perchistes sur les antennes VHF, mes cups menstruelles en paralympiques de MD, des ribs en befter jusqu'au bout de…beh je sais plus du coup. Toujours sur le pont jamais à la dérive, non ils vont pas faire détourner l'avion quand-même ?

A Yolo qui me déculpabilise de ne pas grandir, mon Romain « oh mais t'es sûr que je fais le bon choix ?...», l'agoraphobie toujours de bonne humeur, rat musqué impeccable, après mes frères celui que j'ai le plus vu au réveil. A nos câlins du dimanche matin dans le lit sans être vraiment sûr de qui on va y trouver, à nos côtes de B à San Seb, nos virées berlinoises, amstellodamoises, barcelonaises ou lisboates, et à ces mèches tassées avec Didier et Cath sur l'appareil à raclette, mon Fabio « moi aussi j'ai le droit d'être heureux » et toujours dans la demi-mesure. Champion du monde de fauteuil, après

mes frères celui avec qui je me suis la plus chamaillé. A tous les tours qu'on a pris quitte à sauter le petit-dej, alors qu'une poignée de pates crues un verre d'eau et t'es le plus heureux des ogres.
A notre confinement presque trop court et ton soutien indéfectible sur toutes les lignes, Ma Jeannette, 1m57 de fraicheur, la tendresse au masque de louve, confidente à l'écoute infaillible et la bienveillance réconfortante, Dora l'exploratrice des spa des 4 coins du monde, et Mon Jeannot'nomatopée « Hey ! Hey ! Hey ! HwoooOOOO !!! », t-shirt blanc et babouche de champion, futur duc des Landes plus fort pour les cookies que pour aligner les syllabes, à tous les deux merci de m'avoir une nouvelle fois ouvert votre porte, Guiiguiii ?? Uhuhuuh !!, héros principal de mon book (Seilenn avoue Top 1 la Godefroy !), l'oreille attentive toujours prête à accueillir ma logorrhée entre 3h et 6h du mat' pour soulager les autres, notre histoire a commencé comme ça sur un banc, et c'est parfois l'occaz de faire les vitres sans laisser une trace tu me diras, Juju du soleil, « Charles faut se lever » et 6 mois sans rater un staff, « Charles arrête de parler viens mettre la tête dans le caisson » et 6 mois d'acouphènes, JBoune « quel canap ? », devenu plus rare qu'un ortolan, une main pour la lunette une autre pour la moustache, quand je pense que t'as failli finir dans le coffre d'un bulgare à Lisbonne, Oliv, jamais un bâton dans les roux, viens me mettre une petite nuquette ma Loutre, Silon « j'en ai rien à foutre », petit ramoneur underground, monstre psyché du Boom à la tête d'ampoule, Noukette, on ira où tu voudras quand tu voudras, pourvu ce soit sans capote, Tutur « on ferait pas des gougères ? Ou des patates au four ? En tout cas on va à Tougnette 2 !!!», Mathieu prêt à parler trou noir en pleine tempête de son dans l'antre de La Bête, Juju devenue maître pour passer entre les gouttes, on fait les équipes t'as rempli la sheet ? Alex d'astreinte 1 jour sur 1 mais toujours prêt pour la bamboche, Sarah Petit Cul rieur, Gomar le Krakito des neiges au top de l'anticipation, Le Démon à la répartie implacable et au caleçon blanc en début de semaine, mais la semaine est longue, Marie te couche pas là, attention c'est la Grosse Moula, Féfé le Lascar suréquipé, dis-leur de ranger leur flute on n'est pas venus ici pour ça, Camille, la dernière de mes belles trouvailles. Confinement radieux et clair-obscur croûteux, taux de réussite au cadrage photo pas faramineux et siestes sur le toit par grand ciel bleu. Quelques-unes des plus belles anecdotes qu'il m'ait été donné d'entendre, un des meilleurs éléments qu'on peut espérer pour un confinement…

Et A mes pères,

Le Docteur Goudeau qui m'a donné goût à la médecine générale en m'en montrant toute sa noblesse, probablement la rencontre médicale la plus marquante de mon parcours, de ceux qui font raisonner le serment d'Hippocrate d'un ton juste, Charlotte qui m'a appris que plus c'est grave moins c'est grave car la vie continue, M.Costes qui m'a fait prendre conscience que si pour nous c'était le quotidien pour les patients c'était exceptionnel, Hélène qui m'a mis, entre autres, le pied à l'étrier quand je me lançais

dans les remplacements, et Stéphanie chez qui c'est comme à la maison, c'est pour toi que je reviens dans 3 mois hein !

TABLE DES MATIERES

Acronymes et abréviations……9

Liste des tableaux et figures……10

Introduction générale……...11

Bibliographie……..15

Article……..17

Résumé……...18

Introduction……19

Matériels et méthodes……22

Résultats……24

Discussion……..35

Conclusion……..38

Bibliographie……..39

Annexes……..41

Serment d'Hippocrate……44

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

CETD : Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur

CHCP : Centre Hospitalier Charles Perrens

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

DSM-5 : 5ème édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ESPT : Etat de stress post-traumatique

ET : Ecart-type

OIH : *Opioid induced hyperalgesia*

SFETD : Société Français d'Etude et de Traitement de le Douleur

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

TCA : Trouble du comportement alimentaire

TSO : Traitement de substitution des opiacés

TUO : Trouble de l'usage des opiacés

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Organisation des RCP

Tableau 2 : Origine de la demande et nombre de discussions

Tableau 3 : Données sociodémographiques et comorbidités

Tableau 4 : Données sur la douleur

Tableau 5 : Données cliniques discutées en RCP

Tableau 6 : Motif de présentation à la RCP

Tableau 7 : Propositions de la RCP

Annexe 1 : Charte de la RCP

Annexe 2 : Fiche de compte-rendu de RCP

I - INTRODUCTION GENERALE

Si l'utilisation des antalgiques opioïdes s'est beaucoup démocratisée ces dernières décennies à l'échelle mondiale, l'inégalité d'accès selon les pays s'est creusée entre les régions développées que sont l'Amérique du Nord, l'Europe occidentale et l'Océanie d'un côté, et le reste du monde de l'autre.

Depuis quelques années, l'Amérique du Nord est frappée par une épidémie de mésusage et d'abus d'opioïdes analgésiques, dont les volumes prescrits dépassent de loin les besoins de la population. La consommation d'oxycodone a augmenté de 850 % entre 1991 et 2007 avec en corollaire une augmentation drastique du nombre d'overdoses. (2, 3) Quatre-vingts pour-cent des analgésiques opioïdes produits dans le monde sont consommés aux Etats-Unis, et on estime à près de 2 millions le nombre de personnes devenues dépendantes des opioïdes analgésiques. (4) Le nombre de décès par overdose à l'oxycodone est désormais plus élevé que celui des décès par overdose d'héroïne. Le marketing des firmes qui y commercialisent les médicaments à base d'oxycodone est parvenu à banaliser leur prescription et leur consommation, à tel point que les patients douloureux passent très rapidement des antalgiques de palier 1 (paracétamol, aspirine) à l'oxycodone, faisant du Canada et des États-Unis les pays où la consommation d'opioïdes par habitant est la plus élevée au monde. (3, 5) Pour comparaison, la consommation en milligrammes d'oxycodone par habitant en 2012 dépassait 240 mg/habitant aux Etats-Unis, contre 15 mg/habitant en France, soit un niveau 16 fois plus élevé. Ce récent fléau s'est même invité aux élections présidentielles américaines de 2016, où Hillary D. Clinton, candidate démocrate, proposait un plan de 10 milliards de dollars pour endiguer la montée de la consommation d'héroïne. (6, 7)

Néanmoins, la situation en France est loin d'être comparable, car l'amélioration de la prise en charge de la douleur et l'accès aux antalgiques constitue une priorité de santé publique. Ainsi, depuis 1998, se sont succédés plusieurs plans d'action de lutte contre la douleur, et conjointement la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur a publié ses recommandations officielles contribuant au bon usage des antalgiques et à une prise en charge optimale de la douleur des patients. (8-10)

Actuellement, le tramadol est l'antalgique opioïde le plus consommé en France avec une augmentation de 68 % entre 2006 et 2017. (11) La codéine en association voit sa consommation augmenter en ville de 2006 à 2014, puis chuter entre 2016 et 2017 suite à l'arrêté ministériel de juillet 2017 rendant sa prescription obligatoire. (12) Néanmoins, elle reste le deuxième opioïde faible le plus consommé et marque la plus forte augmentation (x2.3) suivie par la poudre d'opium en association avec le

paracétamol (x 1.9). En 10 ans, cette dernière a doublé en ville, et presque triplé à l'hôpital. (11) La morphine est l'antalgique opioïde fort le plus utilisé, malgré une diminution de sa consommation de 18 % entre 2006 et 2017. L'oxycodone marque la plus forte augmentation (x8.4 entre 2006 et 2017) et sa consommation est proche de celle du sulfate de morphine, antalgique opioïde fort le plus consommé depuis 10 ans. Cette forte augmentation de la consommation d'oxycodone lui fait atteindre une valeur proche de celle de la morphine. La prescription de fentanyl, développé depuis les années 1990 et au pouvoir antalgique 100 fois plus puissant que la morphine, a presque été multipliée par 5 sous forme transmuqueuse et par 2 sous forme transdermique. (11, 13)
En 2015, 59.1% des traitements antalgiques opioïdes faibles et 62.9% des opioïdes forts étaient initiés par un médecin généraliste, et la majorité des prescripteurs d'opioïdes était des médecins généralistes (86.3 % pour les opioïdes faibles et 88.7 % pour les opioïdes forts). Entre 2000 et 2017, le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants et durant environ la même période, la Banque Nationale de Pharmacovigilance a enregistré une augmentation du taux de notifications d'intoxication aux antalgiques opioïdes de 44/10 000 à 87/10 000 et le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes est passé de 1.3 à 3.2 pour un million d'habitants, soit au moins 4 décès par semaine. (11, 14)

D'autre part, les antalgiques opioïdes, par leur pharmacodynamie, exposent à un risque de trouble de l'usage tel que maintenant dénommé dans le DSM-5. (15-20) Ils se lient en effet aux récepteurs μ-opioïdes qui sont fortement concentrés dans les régions du cerveau qui régulent la perception de la douleur (substance grise périaqueducale, thalamus, cortex cingulaire et insula), les réponses émotionnelles induites par la douleur (amygdale) et dans les régions de récompense du cerveau qui sous-tendent la perception du plaisir et du bien-être (aire tegmentale ventrale et noyau accumbens). (21) Ceci explique que les antalgiques opioïdes puissent produire à la fois une analgésie et une euphorie. Le phénomène qui sous-tend la perte de contrôle est le *craving*, qui se définit par une envie irrépressible de consommer. (22) Il s'agit d'une expérience égodystonique, où l'envie est ressentie comme inadéquate et inappropriée, mais où la prise de conscience de cette inadéquation ne suffit pas à l'atténuer ou la faire disparaître.
En cas de mésusage, il est légitime de rechercher une addiction mais il convient aussi de rechercher d'autres causes. Par ailleurs, si la problématique douloureuse est insuffisamment soulagée, cela peut mener à des comportements que les anglo-saxons appellent « pseudo-addiction », démarche dans laquelle le patient cherche par tous les moyens à soulager sa douleur et qui peut être interprétée à tort comme un comportement addictif. (23)
Parallèlement à cela, des comorbidités psychiatriques passées inaperçues et non diagnostiquées peuvent mener au mésusage des antalgiques opioïdes. En effet l'usage des opioïdes, par leurs composantes psychotropes, peut aider à gérer certaines manifestations psychiatriques, conduisant à

une consommation de l'antalgique sans lien avec la pathologie douloureuse et pouvant faire croire à une addiction.

La consommation répétée d'opioïdes peut également entraîner un effet paradoxal appelé hyperalgésie induite par les opioïdes (*Opioïd Induced Hyperalgesia*, OIH), rendant le patient plus sensible à certains stimuli douloureux. (24, 25) La douleur ainsi créée peut alors être la même ou être différente de la douleur à l'origine de la prise de l'antalgique, ce qui rend le diagnostic souvent difficile. L'OIH semble être un phénomène parallèle et spécifique pouvant expliquer la perte d'efficacité des opioïdes chez certains patients. (24, 26) Ses implications sont différentes de celles du mécanisme de tolérance dans lequel on observe une diminution de la réponse thérapeutique lors de l'utilisation d'une même dose avec la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. (10, 27) Il s'agit d'une désensibilisation des systèmes antinociceptifs, alors que l'hyperalgésie est liée à une sensibilisation des mécanismes pronociceptifs. (28, 29) Dans les deux cas, la prise de l'opioïde aboutit à une analgésie insuffisante mais la distinction de ces deux phénomènes est primordiale, car si une augmentation de la dose pourra effectivement pallier à un phénomène de tolérance, cette même augmentation pourra aggraver une OIH.

Une autre situation délicate liée à la manipulation des opioïdes est celle de la prise en charge de la douleur chez le patient sous traitement de substitution des opiacés (TSO) pour un trouble de l'usage des opiacés. Dernièrement, les études concernant la prise en charge de la douleur chez ces patients se multiplient, et offrent différents cadres de prescription pour soulager ces patients. (29-31) L'AFSSAPS (ancienne ANSM), a publié en octobre 2011 des recommandations concernant la prise en charge de la douleur chez les patients traités par buprénorphine, puis une mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. (32, 33) Néanmoins, la crainte d'une rechute par l'exposition à un opioïde donné à visée antalgique, l'idée qu'un patient sous TSO ressente moins la douleur, ou encore que les plaintes douloureuses d'un patient sous TSO puisse être une manipulation pour obtenir d'avantage d'opiacés peuvent aboutir à l'absence de prise en charge de la douleur, ce qui constitue un réel risque de rechute. (34, 35) De plus, en cas de traitement antalgique opiacé, les patients sont souvent sous-dosés, car le prescripteur ne tient pas compte de la tolérance opiacée induite par le traitement par le TSO et les règles consensuelles de titration de l'opiacé ne sont pas appliquées. (36, 37) La persistance de la douleur, conséquence de ce sous-dosage, peut alors être la source des manifestations anxio-dépressives interprétées comme l'expression d'un trouble psychiatrique alors qu'il ne s'agit que de manifestations secondaires à la douleur persistante, et peut également mener à un transfert vers d'autres addictions. (38, 39)

Dans ces situations particulières, le médecin prescripteur peut se sentir démuni, car en dépit d'une littérature récemment étoffée, ces situations sont peu fréquentes dans la pratique quotidienne générale et chaque situation reste complexe. C'est dans ce contexte que l'équipe médicale du Pôle Addictologie du Centre Hospitalier Charles Perrens et l'équipe médicale du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur du Pôle Neurosciences Cliniques du Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux ont créé une réunion de concertation pluridisciplinaire addictologie-neurologie-algologie-cognition (RCP). En 2014 a été établi une charte (Annexe 1) visant à cadrer l'organisation et le fonctionnement des RCP. Elles doivent avoir lieu mensuellement, chaque premier jeudi du mois, et en présence d'au moins un addictologue et un neurologue. Sont ciblées les prises en charges complexes sollicitant plusieurs disciplines (addictologie, neurologie, algologie, consultation mémoire, psychiatrie de secteur et autres spécialités). Le travail de cette thèse vise à présenter l'activité de la RCP depuis sa création jusqu'à décembre 2019, et à en faire pour la première fois une analyse clinique du contenu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Berterame S, Erthal J, Thomas J, Fellner S, Vosse B, Clare P, et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. Lancet. 2016;387(10028):1644-56.
2. Crane EH. Emergency Department Visits Involving Narcotic Pain Relievers Drug Abuse Warning Network - The CBHSQ Report: SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2015 [Describes emergency department (ED) visits involving the nonmedical use of narcotic pain relievers (opioids) using data from the Drug Abuse Warning Network (DAWN). The drugs most commonly combined with narcotic pain relievers in ED visits; trends for narcotic pain relievers (2005-11); demographic characteristics of narcotic pain reliever-related visits in 11; comparison of age groups, and trends for specific narcotic pain relievers by age group are analyzed.]. Available from: https://www.samhsa.gov/data/report/emergency-department-visits-involving-narcotic-pain-relievers.
3. Kahan M, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Srivasta A. Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse. College of Family Physicians of Canada. 2011.
4. Hedden SL, Kennet J, Lipari R, Medley G, Tice P. Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2015 2015, Sept.
5. Board INC. Narcotic Drugs 2019 : Statistics for 2018, Estimated World Requirements for 2020. United Nations; 2019.
6. Hillary Clinton Proposes $10 Billion Plan to Combat Drug Epidemic [press release]. The New York Times, First Draft Political News, Sept. 2, 2015 2015.
7. Heroin epidemic gets attention in Washington and on the campaign trail [press release]. Jul. 29, 2015 2015.
8. Robinet S, Lucas C, Bernard J, Franchitto N. Opioïdes et risques addictifs, mythes et réalités. Comment les prévenir ? RVH. 2017.
9. Kouchner BSdéàls. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005, Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 1998.
10. Douleur S-SFdEedTdl. Recommandations et référentiels 2020 [Available from: https://www.sfetd-douleur.org/recos-et-referentiels/.
11. santé A-ANdlSdmedpd. État des lieux de la consommation
des antalgiques opioïdes et leurs usages
problématiques. 2019.
12. santé A-ANdSdMedpd. L'ANSM publie la liste des médicaments contenant de la codéine, du dextrométhorphane, de l'éthylmorphine ou de la noscapine désormais disponibles uniquement sur ordonnance - Point d'Information 2017 [Available from: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-publie-la-liste-des-medicaments-contenant-de-la-codeine-du-dextromethorphane-de-l-ethylmorphine-ou-de-la-noscapine-desormais-disponibles-uniquement-sur-ordonnance-Point-d-Information.
13. Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W, Davis MP, Lagman RL. Opioid equianalgesic tables: are they all equally dangerous? J Pain Symptom Manage. 2009;38(3):409-17.
14. Chenaf C, Kabore JL, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. Eur J Pain. 2019;23(1):124-34.
15. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. Pain Physician. 2008;11(2 Suppl):S105-20. 12

16. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, Banta-Green CJ, Merrill JO, Sullivan MD, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: a cohort study. Ann Intern Med. 2010;152(2):85-92.
17. Chenaf C, Eschalier A. Épidémiologie croisée entre conduites addictives et douleurs chroniques : une revue de la littérature. Douleur analg. 2012(25):87-92.
18. Hojsted J, Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. Eur J Pain. 2007;11(5):490-518.
19. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. Ann Intern Med. 2007;146(2):116-27.
20. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disosrders – DSM-52013.
21. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain--Misconceptions and Mitigation Strategies. N Engl J Med. 2016;374(13):1253-63.
22. Gelot B, Fatseas M, Auriacombe M. Douleurs et cancers Guide de prise en charge des douleurs chez les patients atteints de cancer. Editions Expression Santé ed2018 2018, Jan.
23. Weissman DE, Haddox DJ. Opioid pseudoaddiction--an iatrogenic syndrome. Pain. 1989(36):363-6.
24. Arout CA, Edens E, Petrakis IL, Sofuoglu M. Targeting Opioid-Induced Hyperalgesia in Clinical Treatment: Neurobiological Considerations. CNS Drugs. 2015;29(6):465-86.
25. Kim SH, Stoicea N, Soghomonyan S, Bergese SD. Intraoperative use of remifentanil and opioid induced hyperalgesia/acute opioid tolerance: systematic review. Front Pharmacol. 2014;5:108.
26. Chu LF, Angst MS, Clark D. Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations. Clin J Pain. 2008;24(6):479-96.
27. Aley KO, Green PG, Levine JD. Opioid and adenosine peripheral antinociception are subject to tolerance and withdrawal. J Neurosci. 1995;15(12):8031-8.
28. Lee M, Silverman SM, Hansen H, Patel VB, Manchikanti L. A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. Pain Physician. 2011;14(2):145-61.
29. Victorri-Vigneau C, Bronnec C, Guillou M, Gerardin M, Wainstein L, Grosclaude C, et al. Prise en charge de la douleur aigue chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés : Acute pain management in patients with maintenance treatments. Douleur et Analgésie. 2012(25):83-6.
30. Elena Manguzzi L, Wainstein J, Desmeules B. Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes. Revue Médicale Suisse. 2018;14(612):1280-5.
31. Ritter C, Fink A, Caflisch C, Falcato L, Kormann A, Strasser H. Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution (TBS) de la dépendance aux opioïdes. Société Suisse de Médecine de l'Addiction, SSAM; 2012.
32. Bannwarth B, Castot A, Caulin C, Al. Bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses - Mise au point ANSM - Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé; 2004.
33. Albertini F, Authier N, Avril N, Beauverie P. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. AFSSAPS - Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé; 2011.
34. Poulain P, Aknine X. Prise en charge de la douleur pour des patients recevant un MSO. RVH. 2015;60:19-24.
35. Quinlan J, Cox F. Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. Pain Rep. 2017;2(4):e611.
36. Karasz A, Zallman L, Berg K, Gourevitch M, Selwyn P, Arnsten JH. The experience of chronic severe pain in patients undergoing methadone maintenance treatment. J Pain Symptom Manage. 2004;28(5):517-25.
37. 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.
38. 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. 13

39. Doverty M, Somogyi AA, White JM, Bochner F, Beare CH, Menelaou A, et al. Methadone maintenance patients are cross-tolerant to the antinociceptive effects of morphine. Pain. 2001;93(2):155-63.

II – ARTICLE

Intrication douleur et addiction :
La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire adaptée aux problématiques d'addiction et de douleur du CHU de Bordeaux.
Description du fonctionnement et analyse des propositions (2016-2020).

Charles Honoré[1,2,3], Louise Jakubiec[1,2,3],

Bérengère Gelot[1,2,3], Virginie Corand[4],

Saman Sarram[1,2,3], Membres de la RCP, Marc Auriacombe[1,2,3,5]

Affiliation

(1) Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

(2) Equipe phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, Sanpsy CNRS USR 3413, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

(3) Pôle interétablissement d'Addictologie, CH Charles Perrens, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.

(4) Service Coordination douleur Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur, Pôle neurosciences cliniques, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.

(5) Center for Studies of Addiction, Department of psychiatry, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Phildelphia, PA, USA

Nombre de mots : texte (6876), résumé (250)

Nombre de Figures : 0 Nombre de tableaux : 7

Les auteurs ne rapportent pas de conflits d'intérêts à déclarer en lien avec ce travail.

Correspondance

Marc Auriacombe e-mail : marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Pôle Addictologie, Centre Hospitalier Charles Perrens

12 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux Cedex, France

Tel : +33556561738 Fax : +33556561727

RESUME

INTRODUCTION La prise en charge de la douleur chez certains patients présentant une addiction aux opiacés ou à d'autres molécules peut être délicate pour le médecin prescripteur. C'est pourquoi le Centre Hospitalier Charles Perrens a créé une réunion de concertation pluridisciplinaire addictologie-neurologie-algologie-cognition (RCP).

OBJECTIF Nous avons étudié l'activité de la RCP et fait une analyse clinique du contenu.

METHODES Nous avons mené une étude descriptive rétrospective monocentrique de l'ensemble des comptes-rendus de RCP entre juin 2016 (création de la RCP) et décembre 2019 et chaque variable d'intérêt a été enregistrée dans un tableur Excel.

RESULTATS 33 RCP se sont tenues mensuellement avec une moyenne de 5 ± 1.6 dossiers et 11 ± 3.3 professionnels de santé par RCP. 95 patients ont été recrutés pour 147 discussions. Il s'agissait majoritairement d'hommes âgés de 48 ans souffrant de rachi-radiculalgies ou de céphalées depuis 14 ans et prenant des opiacés depuis 9 ans et discutés une seule fois. L'origine de la demande émanait principalement du CETD pour une intrication des problématiques douleur et addiction. Les propositions faites étaient principalement une réévaluation addictologique et psychiatrique du patient, une réévaluation de sa douleur et une adaptation des thérapeutiques déjà en place. Ces propositions étaient le plus souvent suivies et la problématique en voie de résolution.

CONCLUSION Le nombre de dossiers discutés et la régularité des RCP témoignent de leur qualité. Il ressort des RCP l'importance de sensibiliser les médecins à repérer ces patients en amont pour une prise en charge adaptée et d'instaurer un suivi systématique.

INTRODUCTION

En France, l'amélioration de la prise en charge de la douleur et l'accès aux antalgiques constitue une priorité de santé publique, notamment avec la mise en place depuis 1998 d'une succession de plans d'action de lutte contre la douleur. (1, 2) Les recommandations officielles de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) ont également permis la mise en place de procédures opérationnelles qui contribuent au bon usage des antalgiques et à la prise en charge optimale de la douleur des patients. (3)

En 2015, 17.1% de la population, soient près de 10 millions de français, ont reçu un antalgique opioïde sur prescription. L'antalgique opioïde le plus consommé est le tramadol, suivi de la codéine depuis l'arrêté ministériel de juillet 2017 rendant sa prescription obligatoire. (4, 5) Vient ensuite la poudre d'opium en association avec le paracétamol dans les spécialités Lamaline® et Izalgi®, dont la consommation en 10 ans a doublé en ville et presque triplé à l'hôpital. La morphine est l'antalgique opioïde fort le plus utilisé, malgré une diminution de sa consommation de 18 % entre 2006 et 2017. L'oxycodone marque la plus forte augmentation (x8.4 entre 2006 et 2017) lui faisant atteindre une valeur proche de celle de la morphine, antalgique opioïde fort le plus consommé depuis 10 ans. Conjointement, la prescription de fentanyl, développé depuis les années 1990 et au pouvoir antalgique 100 fois plus puissant que la morphine, a presque été multipliée par 5 sous forme transmuqueuse et par 2 sous forme transdermique. (4, 6)

En 2015, 59.1% des traitements antalgiques opioïdes faibles et 62.9% des opioïdes forts étaient initiés par un médecin généraliste, et la majorité des prescripteurs d'opioïdes était des médecins généralistes (respectivement 86.3 % et 88.7 % pour les opioïdes faibles et forts). Entre 2000 et 2017 à la Banque nationale de pharmacovigilance, le taux de notifications d'intoxication aux antalgiques opioïdes a doublé, et le nombre d'hospitalisations pour un million d'habitants liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a été multiplié par 3. (4) Durant la même période, le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes est passé de 1.3 à 3.2 pour un million d'habitants, soit au moins 4 décès par semaine. (7)

Par ailleurs, un antalgique opioïde, qu'il soit faible ou fort, du fait de ses propriétés potentiellement renforçantes (bien-être, euphorie) expose à un risque de trouble de l'usage, tel que maintenant dénommé dans le DSM-5. (8-13) Les médicaments opioïdes exercent leurs effets analgésiques principalement en se liant aux récepteurs μ-opioïdes, qui sont fortement concentrés dans les régions du

cerveau qui régulent la perception de la douleur (substance grise périaqueducale, thalamus, cortex cingulaire et insula), les réponses émotionnelles induites par la douleur (amygdale) et dans les régions de récompense du cerveau qui sous-tendent la perception du plaisir et du bien-être (aire tegmentale ventrale et noyau accumbens). (14) Ceci explique que les antalgiques opioïdes puissent produire à la fois une analgésie et une euphorie. Le phénomène qui sous-tend la perte de contrôle est le *craving*, qui se définit par une dérégulation du système de contrôle de l'usage d'un objet de gratification avec une envie irrépressible de consommer. (15) Il s'agit d'une expérience égodystonique, où l'envie est ressentie comme inadéquate et inappropriée, mais dont la prise de conscience ne suffit pas à l'atténuer ou la faire disparaitre.

D'autres pathologies peuvent mener au mésusage d'antalgiques opiacés. Certains patients douloureux chroniques ont des comorbidités psychiatriques qui étaient déjà présentes avant la problématique douloureuse ou d'autres peuvent développer des symptômes psychiatriques secondairement à une douleur qui dure et résiste aux stratégies thérapeutiques successives. Dans ces deux situations, ces symptômes psychiatriques peuvent être atténués par l'usage des opioïdes de par leur composante psychotrope afin de gérer ces symptômes d'origine psychiatrique, donnant ainsi l'impression de prendre ou réclamer l'antalgique sans lien avec la pathologie douloureuse. (15)

Chez certains patients, la consommation répétée d'opioïdes peut également entraîner un effet paradoxal appelé hyperalgésie induite par les opioïdes (*Opioïd Induced Hyperalgesia*, OIH). (16, 17) L'OIH est définie comme un état de sensibilisation nociceptive provoquée par une exposition aux opioïdes. (18) La maladie est caractérisée par une réponse opposée selon laquelle un patient recevant des opioïdes pour le traitement de la douleur pourrait devenir plus sensible à certains stimuli douloureux. La douleur ressentie peut être identique ou différente de la douleur sous-jacente d'origine. L'OIH semble être un phénomène distinct, définissable et caractéristique pouvant expliquer la perte d'efficacité des opioïdes chez certains patients. (16, 18) L'hyperalgésie est à distinguer du phénomène de tolérance dans lequel on observe une diminution de la réponse thérapeutique lors de l'utilisation d'une même dose ou la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. (3, 19) La résultante clinique dans les deux cas se traduit par une analgésie médiocre, mais il est important de distinguer ces deux phénomènes car si une augmentation de la dose peut pallier un phénomène de tolérance, cette même augmentation aggrave l'hyperalgésie.

Un autre centre d'attention est la prise en charge de la douleur chez le patient traité pour un trouble de l'usage des opioïdes (TUO). Depuis quelques années, les études concernant la prise en charge de la

douleur chez ces patients traités par méthadone ou buprénorphine se multiplient, et offrent différents cadres de prescription. (20-22) Malgré cette littérature récente, la crainte du risque de rechute du TUO par l'exposition à un opioïde donné à visée antalgique, l'idée qu'un patient avec un traitement par méthadone ou buprénorphine ressente moins de douleur, ou encore que les plaintes douloureuses d'un patient avec l'un de ces traitements soit une manipulation pour obtenir d'avantage d'opiacés peuvent aboutir à l'absence de prise en charge de la douleur, qui est un facteur de risque de rechute addictive. (23, 24) De plus, en cas de traitement antalgique opiacé, les patients sont souvent sous-dosés, car le prescripteur ne tient pas compte de la tolérance opiacée induite par le traitement par méthadone ou buprénorphine et les règles normales de titration du dosage d'antalgiques ne sont pas appliquées. (25, 26) Ce sous-dosage qui aboutit à la persistance de la douleur est un facteur de transfert vers d'autres addictions, notamment alcool et tabac ou de manifestations anxio-dépressives interprétées comme trouble psychiatrique alors qu'il peut ne s'agir que de manifestations secondaires à la douleur persistante. (27, 28)

Dans ces situations particulières, le médecin prescripteur peut se sentir démuni, car malgré une littérature s'étant récemment étoffée, ces situations sont peu fréquentes dans la pratique quotidienne et chaque situation reste complexe. C'est dans ce contexte que l'équipe médicale du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) et l'équipe médicale du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) du Pôle Neurosciences Cliniques du CHU de Bordeaux ont créé une réunion de concertation pluridisciplinaire addictologie-neurologie-douleur-cognition (RCP).

Objectifs

L'objectif était de présenter l'activité de la RCP, puis d'en faire une description clinique des patients présentés ainsi que des propositions de prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de la RCP, de son organisation, et des situations discutées.
Pour cela nous avons procédé à l'étude systématique de l'ensemble des comptes-rendus de la RCP de juin 2016 (première RCP) à décembre 2019.

❖ Collecte des données

La charte fondatrice de la RCP ainsi que les comptes-rendus (CR, annexes 1 et 2) informatisés ont été recueillis auprès du service d'addictologie du CHCP. Ces derniers sont répertoriés sur un serveur sécurisé, classés par année et par mois.
Une check-list a été élaborée pour extraire de façon systématique les informations recherchées dans les données sources. Les données étaient anonymisées.
Les variables d'intérêt pour chaque patient ont été enregistrées dans un tableur Excel.

❖ Variables d'intérêt

1. Description de la RCP

- Nombre de réunions annuelles de 2016 à 2019,
- Effectif professionnel présent à chaque réunion,
- Nombre de patients discutés par réunion.

2. Etude clinique

Nous avons ensuite réalisé une analyse descriptive du contenu des RCP.

2.1. Etude de la population

- Origine de la demande : CSAPA - CETD - les deux,
- Nombre de présentations en RCP,

- Données sociodémographiques et comorbidités :
    - Age et sexe,
    - Antécédent(s) psychiatrique(s) : trouble de l'humeur - idées suicidaires et/ou tentative de suicide - trouble du comportement alimentaire (TCA) - état de stress post-traumatique (ESPT) - trouble anxieux – aucun,
    - Antécédent(s) de trouble de l'usage (autre que la molécule incriminée) : oui – non,
- Données sur la douleur :
    - Diagnostic de la douleur : rachialgie et/ou radiculalgie – céphalées – fibromyalgie – syndrome douloureux régional complexe – autre douleur iatrogène – autre douleur post-traumatique – autre étiologie précise – étiologie indéterminée,
    - Type de douleur : douleur par excès de nociception – douleur neuropathique - douleur mixte,
    - Ancienneté de la douleur (en années),
    - Motivation(s) à l'origine de la prise : douleur – signes de sevrage – craving – usage récréatif – usage autothérapeutique d'un trouble psychiatrique,
- Données cliniques discutées en RCP :
    - Molécule(s) posant problème : opiacée – benzodiazépine – neuroleptique – autre,
    - Ancienneté de la consommation (en années),
    - Critères pour un trouble de l'usage de la molécule : oui – non,
    - Prise(s) en charge antalgique(s) passée(s) : médicamenteuse(s) opiacée(s) – médicamenteuse(s) non opiacée(s) – non médicamenteuse(s)
    - Prise(s) en charge antalgique(s) concomitante(s) : médicamenteuse(s) opiacée(s) – médicamenteuse(s) non opiacée(s) – non médicamenteuse(s)

2.2. Motifs de présentation à la RCP.

Pour une première présentation en RCP, le mésusage était-il dû à :

- L'addiction,
- La douleur,
- Les deux.

Puis, si une nouvelle discussion autour d'un même cas était nécessaire, la proposition de la RCP précédente avait-t-elle été :

- Suivie et le problème en voie de résolution,
- Suivie mais le problème non résolu,
- Non suivie et le problème non résolu,

- Non suivie mais le problème en voie de résolution,
- Autre situation.

2.3. Conclusion(s) de la RCP :

Les propositions faites à l'issue des discussions étaient-elles :

- Une réévaluation en addictologie,
- Une réévaluation par le CETD,
- Une adaptation thérapeutique, un switch de molécule,
- Un sevrage (dont non - oui en ambulatoire - oui en hospitalisation - oui sans précision),
- Une mise en place d'alternatives non médicamenteuses,
- Autres orientations.

RESULTATS

1. Description des RCP

Le Tableau 1 présente les éléments de description de la RCP. De juin 2016 à décembre 2019, 33 RCP se sont tenues avec une moyenne de 5 ± 1.56 dossiers par RCP et 11 ± 3.3 professionnels de santé.

Tableau 1 : Organisation des RCP

	Moyenne ± écart-type (ET)	Nombre
RCP sur la période		
2016		5
2017		10
2018		9
2019		9
Total		33
Effectif présent par réunion	11 ± 3.3	
Nombre de dossiers présentés		
Par réunion	5 ± 1.5	
Total		147

2. Analyse des dossiers des RCP

2.1. Etude de la population

- **Origine de la demande**

L'origine de la demande lors de la première présentation provenait du CETD dans 67% des cas (n=64), du CSAPA dans 19% des cas (n=18) et des 2 dans 9% des cas (n=9).

Elle était imprécise pour 4 dossiers.

- **Discussions(s) de dossier**

Durant la période étudiée 95 cas cliniques ont été examinés. Près de 90% des dossiers ont été examinés 1 ou 2 fois. Une minorité a été examinée de 3 à 5 fois. Les détails sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Origine de la demande et nombre de discussions

		%	N (total = 95)
Origine de la demande	CETD CSAPA Les deux	67 19 9	64 18 9
Nombre de dossiers discutés	1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois	63 24 9 2 1	60 23 9 2 1

- **Données sociodémographiques et comorbidités**

  - ***Age et sexe***

Plus de la moitié des patients (51%, n=49) avait entre 40 et 59 ans, avec une moyenne à 48 ± 12.8 ans.

L'âge n'était pas précisé pour 7 d'entre eux.

Les hommes représentaient plus de la moitié des patients.

- ***Antécédent(s) psychiatrique(s)***

Soixante pour cent (n=57) des patients avaient au moins un antécédent psychiatrique, principalement des troubles de l'humeur, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide.
Seulement 21% (n=20) ne souffraient d'aucun antécédent psychiatrique.
Les antécédents psychiatriques n'étaient pas précisés dans 19% (n=18) des cas.

- ***Antécédent(s) de trouble de l'usage (autre que la molécule incriminée)***

Un quart environ des patients (23%, n=22) avait un antécédent de trouble de l'usage, en rémission ou non équilibré, à une molécule autre que la molécule incriminée, et un quart environ (21%, n=20) n'en avait pas.
La notion d'antécédent de trouble de l'usage était imprécise ou non renseignée pour plus de la moitié des patients (56%, n=53).

Tableau 3 : Données sociodémographiques et comorbidités

		%	**n** (total = 95)	**Age** (années)
Age				
	< 39 ans	26	25	
	40-49 ans	27	26	
	50-59 ans	24	23	
	> 60 ans	16	15	
	Min			22
	Max			81
	Moy ± ET			48 ± 12.9
Sexe				
	Femmes	44	42	
	Hommes	56	53	
Antécédents psychiatriques				
	Troubles de l'humeur	43	41	
	Idées suicidaires et/ou tentatives de suicide	15	14	
	TCA	6	6	

	ESPT Troubles anxieux Aucun Non précisé	5 2 21 19	5 2 20 18	
Antécédent de trouble de l'usage	Oui Non Imprécis Non précisé	23 21 38 18	22 20 36 17	

- **Données sur la douleur**

  - ***Diagnostic de la douleur***

Un diagnostic précis de l'origine de la douleur était fait dans 85% (n=82) des cas. Il s'agissait majoritairement de rachialgies et/ou radiculalgies, suivies des céphalées et de douleurs iatrogènes, constituant les causes les plus représentées.
En revanche, aucun diagnostic précis n'était fait dans 9% (n=9) des cas (étiologie restant à déterminer sur clinique atypique).

  - ***Type de douleur***

La moitié des patients souffrait de douleur par excès de nociception, contre un quart de douleur neuropathique, et un dixième de douleur mixte.

Le type de douleur était indéterminé dans les 15% (n=13) des cas restant.

  - ***Ancienneté de la douleur***

La douleur évoluait en moyenne depuis 14 ± 11.7 ans.
Néanmoins, son ancienneté n'était pas précisée dans 22% (n=21) des cas.

- ***Motivation(s) à l'origine de la prise***

Pour les trois quarts des patients, la motivation à l'origine de la prise de l'antalgique était la douleur. Venaient ensuite majoritairement les signes de sevrage, un usage récréatif, et un usage autothérapeutique d'un trouble psychiatrique non pris en charge.
Cependant, pour 17% la motivation n'était pas connue.

Toutes les données sur la douleur sont précisées dans le Tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Données sur la douleur

		%	N (total = 95)	Durée (années)
Diagnostic de la douleur	Rachi-radiculalgies	23	22	
	Céphalées	21	20	
	Fibromyalgies	8	8	
	Syndromes douloureux régionaux complexes	4	4	
	Douleurs neuropathiques	4	4	
	Autres douleurs iatrogènes	16	15	
	Autres douleurs post-traumatiques	6	6	
	Autres étiologies précises	7	7	
	Pas de diagnostic précis	9	9	
Type de douleur	Nociception	54	51	
	Neuropathique	25	24	
	Mixte	12	11	
	Indéterminée	15	13	
Ancienneté de la douleur (en années)	Min			2
	Max			40
	Moy ± ET			14 ± 11.7
Motivation(s) à la prise	Douleur	72	68	
	Signes de sevrage	19	18	
	Craving	5	5	
	Récréatif	20	19	
	Autothérapeutique	14	13	
	Non précisée	17	16	

- **Données cliniques discutées en RCP**

  - ***Molécule(s) posant question***

Dans la très grande majorité des cas (84%, n=80), il s'agissait d'un opiacé.
Seuls quelques patients étaient concernés par un autre type de molécule, et pour 2% (n=2) d'entre eux elle n'était pas précisée.

  - ***Ancienneté de la consommation***

Les consommations duraient en moyenne depuis 8.8 ± 7.7 ans.
Cette donnée n'était néanmoins pas disponible pour plus de la moitié des patients.

  - ***Critère(s) pour un trouble de l'usage***

Une minorité de patients (7%, n=7) présentait au moins un critère pour un trouble de l'usage de la molécule incriminée.
Cependant ces critères n'avaient pas été recherchés pour 60% (n=58) des patients.

  - ***Prise(s) en charge antalgique(s) passée(s)***

Plus des deux tiers qui avaient bénéficié seule ou en association d'une prise en charge antalgique antérieure, principalement par des médicaments non opiacés (52%, n=49), suivis en des proportions comparables des médicaments opiacés et des thérapeutiques non médicamenteuses.
Dans 27% (n=26), cette donnée n'avait pas été renseignée.

  - ***Prise(s) en charge antalgique(s) concomitante(s)***

Près de la moitié des patients recevait une prise en charge antalgique concomitante, principalement non opiacée (45%, n=43), seule ou en association.
Moins d'un patient sur 6 ne bénéficiait d'aucune prise en charge antalgique concomitante.

Pour 36% (n=34) des patients la notion de prise en charge antalgique concomitante n'avait pas été renseignée.

L'ensemble des données cliniques discutées en RCP est détaillé dans le Tableau 5 ci-après.

Tableau 5 : Données cliniques discutées en RCP

		%	N (total = 95)	Durée (années)
Molécule(s) posant problème	Opiacée	84	80	
	Benzodiazépine	4	4	
	Neuroleptique	4	4	
	Autre	15	14	
	Non précisée	2	2	
Ancienneté de la consommation	< 10 ans	37	36	
	≥ 11 ans	12	11	
	Min			1
	Max			39
	Moy ± ET			8.8 ± 7.7
	Non précisée	51	48	
Critères pour un trouble de l'usage	Oui	7	7	
	non	33	31	
	Non précisé	60	58	
Prise(s) en charge antalgique(s) passée(s)	Oui	69	66	
	Opiacée	41	39	
	Non opiacée	52	49	
	Non médicamenteuse	39	37	
	Non	3	3	
	Non précisée	27	26	
Prise(s) en charge antalgique(s) concomitante(s)	Oui	49	47	
	Opiacée	21	20	
	Non opiacée	45	43	
	Non médicamenteuse	15	14	
	Non	15	14	
	Non précisée	36	34	

2.2. Motifs de présentation à la RCP

- ***Première RCP : origine du mésusage***

Lors de la première présentation en RCP des dossiers, l'origine du mésusage était dans près de deux tiers des cas (62%, n=59) une intrication douleur et addiction.

- ***Deuxième RCP : impact de la première RCP***

Parmi les 36 dossiers ayant été discutés une deuxième fois, la proposition à l'issue de la première RCP avait été majoritairement suivie (81%, n=29), et le problème était en voie de résolution dans plus de la moitié des cas (56%, n=20).
L'issue de 5% (n=2) des dossiers rediscutés n'était pas précisée.

- ***Troisième RCP : impact de la deuxième RCP***

Parmi les 12 dossiers ayant été discutés une troisième fois, la proposition à l'issue de la deuxième RCP avait été suivie pour 11 d'entre eux (92%), dont 9 pour qui le problème était en voie de résolution.

- ***Quatrième et cinquième RCP : impact de la RCP précédente***

Seuls 3 dossiers ont été discutés une quatrième fois, pour tous la proposition à l'issue de la troisième RCP avait été suivie.
Un unique dossier a fait l'objet d'une cinquième présentation pour signifier que le patient était perdu de vue, ne s'étant pas présenté à la consultation qui lui avait été proposée.

Le Tableau 6 ci-joint reprend les motifs de présentation et impacts des RCP.

Tableau 6 : Motif de présentation à la RCP

		%	N
Motif présentation 1ère RCP	Addiction	18	17
	Douleur	20	19
	Les deux	62	59
	Total	100	95
2ème RCP : Impact de la précédente	Suivie, dont :	81	29
	Suivie problème résolu	56	20
	Suivie problème non résolu	25	9
	Non suivie, dont :	14	5
	Non suivie problème résolu	0	0
	Non suivie problème non résolu	14	5
	Non précisée	5	2
	Total	100	36
3ème RCP : Impact de la précédente	Suivie, dont :	92	11
	Suivie problème résolu	75	9
	Suivie problème non résolu	17	2
	Non suivie, dont :	8	1
	Non suivie problème résolu	0	0
	Non suivie problème non résolu	8	1
	Non précisée	0	0
	Total	100	12
4ème RCP : Impact de la précédente	Suivie, dont :	100	3
	Suivie problème résolu	67	2
	Suivie problème non résolu	33	1
	Non suivie, dont :	0	0
	Non suivie problème résolu	0	0
	Non suivie problème non résolu	0	0
	Non précisée	0	0
	Total	100	3
5ème RCP : Impact de la précédente	Suivie, dont :	0	0
	Suivie problème résolu	0	0
	Suivie problème non résolu	0	0
	Non suivie, dont :	100	1
	Non suivie problème résolu	0	0
	Non suivie problème non résolu	100	1

	Non précisée	0	0
	Total	100	1

2.3. Propositions faites à l'issue des discussions en RCP

- ***Première RCP***

Les propositions faites à l'issue de la première RCP à l'ensemble des 95 patients ont été pour 64% des cas (n=61) une indication à une réévaluation addictologique et psychiatrique. Venaient ensuite en proportions égales une réévaluation de la douleur et une adaptation des thérapeutiques déjà en place. Lorsqu'un sevrage était proposé, il s'agissait majoritairement d'un sevrage en hospitalisation.
Pour 3% (n=3) d'autres propositions ont été faites, dont une évaluation du sommeil, un suivi psychiatrique en ambulatoire et la mise en place d'un traitement antidépresseur.

- ***Deuxième RCP***

Les 36 patients présentés une deuxième fois se sont majoritairement vus proposer une réévaluation addictologique et psychiatrique ainsi qu'une adaptation des thérapeutiques déjà en place. Suivaient une réévaluation de la douleur et un sevrage, cette fois surtout en ambulatoire.
Pour 14% (n=5) des patients, d'autres propositions ont été faites, dont une hospitalisation pour ajustement du traitement antidépresseur, une évaluation neurocognitive, une prise en charge d'une coaddiction au sucre couplée à un suivi psychiatrique en ambulatoire, une prise en charge en rhumatologie, et une prise en charge psychiatrique spécialisée d'un syndrome de stress post-traumatique couplé à un suivi régulier au CSAPA.

- ***Troisième RCP***

Concernant les 12 patients présentés une troisième fois, l'indication généralement retenue était une adaptation des thérapeutiques déjà en place, une réévaluation de la douleur ou un sevrage.

- ***Quatrième RCP et cinquième RCP***

Trois dossiers sont allés en quatrième RCP. Pour le premier a été proposée une réévaluation de la douleur avec un nouveau bilan lésionnel ainsi qu'une évaluation en psychiatrie afin d'écarter un trouble bipolaire, pour le deuxième une réévaluation de la douleur, et pour le troisième une prise en charge par le CETD pour adaptation thérapeutique.
Concernant le seul dossier présenté une cinquième fois, la patiente ne s'étant présentée à la consultation psychiatrique qui lui avait été organisée suite à la quatrième RCP, il a été proposé de reprendre contact avec elle afin de lui proposer un suivi psychiatrique en ambulatoire.

Les propositions faites à l'issue des RCP sont décrites dans le Tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 : Propositions de la RCP

		%	N
Proposition 1ère RCP	Réévaluation addictologique et psychiatrique	64	61
	Réévaluation de la douleur	29	28
	Adaptation thérapeutique	26	25
	Sevrage	14	13
	dont hospitalier	11	0
	dont ambulatoire	1	1
	dont non précisé	2	2
	Alternatives non médicamenteuses	9	9
	Autres propositions	3	3
	Total	100	95
Proposition 2ème RCP	Réévaluation addictologique et psychiatrique	36	13
	Réévaluation de la douleur	22	8
	Adaptation thérapeutique	36	13
	Sevrage	20	7
	dont hospitalier	6	2
	dont ambulatoire	11	4
	dont non précisé	3	1
	Alternatives non médicamenteuses	14	5
	Autres propositions	14	5
	Total	100	36
Proposition 3ème RCP	Réévaluation addictologique et psychiatrique	8	1
	Réévaluation de la douleur	25	3
	Adaptation thérapeutique	42	5
	Sevrage	25	3
	dont hospitalier	8	1
	dont ambulatoire	17	2

	dont non précisé Alternatives non médicamenteuses Autres propositions Total	0 8 8 100	0 1 1 12
Proposition 4ème RCP	Réévaluation addictologique et psychiatrique Réévaluation de la douleur Adaptation thérapeutique Sevrage Alternatives non médicamenteuses Autres propositions Total	33 66 33 0 0 0 100	1 2 1 0 0 0 3
Proposition 5ème RCP	Réévaluation addictologique et psychiatrique Réévaluation de la douleur Adaptation thérapeutique Sevrage Alternatives non médicamenteuses Autres propositions Total	0 0 0 0 0 100 100	0 0 0 0 0 1 1

DISCUSSION

❖ Résultats principaux

Notre objectif était de décrire l'organisation et les caractéristiques cliniques d'une RCP dédiée au thème douleur et addiction. Notre analyse montre que la RCP s'est tenue de façon régulière, à un rythme mensuel (en dehors des mois de novembre et mai, correspondant à l'arrivée des nouveaux internes dans les services), et avec un effectif professionnel (médiane = 10) satisfaisant et multidisciplinaire, assurant une bonne qualité de discussion. Le nombre de dossiers discutés (médiane = 5 par réunion, total = 147) vient confirmer le besoin de ces réunions dans la prise en charge de ces patients.

Le profil le plus représenté était celui d'un homme âgé de 48 ans souffrant de rachi-radiculalgies ou céphalées depuis 14 ans et prenant des opiacés depuis 9 ans.

Le motif d'accès aux RCP était très majoritairement une intrication des problématiques de douleur et d'addiction, et pour la plupart des dossiers rediscutés la proposition faite à l'issue de la RCP précédente avait été suivie et le problème en voie de résolution. Enfin, les propositions faites à l'issue des discussions en RCP étaient principalement une réévaluation addictologique et psychiatrique du patient, avec une réévaluation de sa douleur et une adaptation des thérapeutiques déjà en place.

❖ Significations du travail

La RCP du pôle addictologie du CHCP a été la première de ce type à être mise en place, en France comme à l'étranger, bien que depuis, d'autres centres comme le CHU de Lille ont suivi. Ceci peut s'expliquer par le plan cancer de 2003, dont l'objectif initial était de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une réunion de concertation autour de leur dossier et qui a contribué à développer une culture de la RCP plus ancrée en France que dans les autres pays. (29) La régularité dans la tenue des RCP (environ 9/an) ainsi qu'un effectif professionnel conséquent à chaque réunion (min = 7, max = 18, médiane = 10) assurent une bonne qualité des discussions. Le nombre de dossiers discutés (médiane = 5/réunion, total = 147) vient confirmer le besoin de ces réunions pour la prise en charge de ces patients.

Concernant les données cliniques, étaient majoritairement concernés des hommes âgés de 40 à 59 ans, tandis que l'enquête ASOS 2016 visant à décrire la population traitée par antalgiques opiacés et portant sur 599 patients rapportait que les consommateurs d'antalgique opiacés étaient majoritairement des femmes (56.1%) avec une moyenne d'âge de 65.9 ans. (30)

Les patients présentant des idées suicidaires ou des antécédents de tentative de suicide étaient 2 fois plus représentés dans notre étude que dans la population générale, il y a avait 5 fois plus de troubles de l'humeur, et également 5 fois plus de TCA (6% vs 1%). (31-34) La proportion ESPT est comparable avec la population générale, de même que celle des troubles anxieux généralisés. (35)

Dans l'enquête ASOS 2016, l'indication de la prescription de l'antalgique opioïde était rhumatologique dans 36.5% des cas versus 31% ici (23% de rachialgies ou radiculalgies + 8% de fibromyalgies) et neurologique dans 11.7% des cas versus 21% de céphalées ici. (30) Les autres étiologies n'ont pas été référencées de façon comparable.

Dans 84% des cas, la molécule incriminée était un opiacé alors que seulement la moitié des douleurs était des douleurs par excès de nociception, et un quart des douleurs était des douleurs neuropathiques alors que seulement 4% des traitements visaient à traiter les douleurs neuropathiques.

La consommation, qui évoluait en moyenne depuis 8.8 ± 7.7 ans, semble en cohérence avec la douleur qui évoluait en moyenne depuis 14 ± 11.7 ans

Les motivations à la prise de l'antalgique dans ces situations problématiques sont concordantes avec l'étude de R. Lynn qui retrouvait qu'un TUO était particulièrement à risque de se développer lorsqu'existent une douleur non contrôlée, un trouble de l'humeur ou du sommeil non pris en charge, des signes de sevrage, ou encore une recherche d'euphorie à la prise du traitement. (36)

Les propositions thérapeutiques faites à l'issue des RCP sont en cohérence avec celles proposées par une étude allemande faisant un état des lieux des thérapeutiques disponibles pour la prise en charge antalgique des patients présentant des addictions aux opioïdes, et proposant de combiner prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse avec la neurostimulation en bonne place. (37)

❖ Forces et limites de l'étude

Il s'agit là du premier travail évaluant une réunion de ce type, dont le concept (RCP addiction et douleur) est lui-même novateur.

Néanmoins, ce travail présente plusieurs limites. Cette RCP étant régionale, il s'agit de données mono centriques, ce qui, couplé à la taille modeste de l'échantillon peut constituer un biais de recrutement par influence environnementale. Le modèle des fiches d'information ayant évolué au cours de la période étudiée, la précision des données présentes dans les comptes rendus s'est affinée avec le temps et toutes les informations attendues n'étaient pas systématiquement recueillies, ce qui produit des données manquantes et peut constituer un biais de détection. Ensuite, la retranscription des informations par le secrétaire de réunion en direct durant la discussion orale et collégiale des dossiers est à risque d'erreur et peut constituer un biais de notification. On peut également déplorer l'absence de suivi systématique des patients, dont seulement un tiers sont rediscutés une seconde fois au moins, ce qui donne peu de recul sur l'impact des RCP et peut être considéré comme biais de constitution.

❖ Perspectives

Ces RCP étant novatrices, il était pertinent d'identifier la population concernée par cette prise en charge complexe afin d'essayer de mieux repérer en amont ces patients aux situations cliniques compliquées, et peut-être de leur proposer plus tôt une réévaluation addictologique, psychiatrique, ou de leur douleur.

Un progrès peut être attendu concernant les données manquantes. Le remplissage de la fiche de renseignement étant essentiel, il peut être envisagé de laisser plus de place aux différents éléments demandés, voire de permettre l'accès durant le RCP aux dossiers du CETD et du CSAPA.

Une piste de travail intéressante à exploiter serait de voir sur l'ensemble des patients discutés en RCP si les propositions faites ont été respectées, et d'évaluer leurs impacts. On pourrait aussi comparer les propositions faites à l'issue des discussions avec les recommandations en vigueur afin de s'assurer de la cohérence des prises en charge proposées par la RCP.

CONCLUSION

Au total, dans ce travail dont l'objectif était de présenter l'activité de la RCP puis d'en faire une description clinique des patients discutés et des propositions de prise en charge, nous avons montré que ces RCP se tenaient avec régularité et dans des conditions assurant leur qualité mais que néanmoins de nombreuses données n'étaient pas documentées dans les fiches de renseignement médical. Nous avons également montré que les patients concernés étaient majoritairement des hommes d'un âge moyen souffrant de douleurs nociceptives chroniques à qui une réévaluation addictologique et psychiatrique était proposée.

Les implications de ce travail sont donc l'importance de sensibiliser les médecins concernés à dépister ces patients en amont ainsi qu'au soin à accorder à la fiche de renseignement médicale, et de leur proposer rapidement une réévaluation spécialisée par le CSAPA.

BIBLIOGRAPHIE

1. Robinet S, Lucas C, Bernard J, Franchitto N. Opioïdes et risques addictifs, mythes et réalités. Comment les prévenir ? RVH. 2017.
2. Kouchner BSdéàls. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005, Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 1998.
3. Douleur S-SFdEedTdl. Recommandations et référentiels 2020 [Available from: https://www.sfetd-douleur.org/recos-et-referentiels/.
4. santé A-ANdlSdmedpd. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019.
5. santé A-ANdSdMedpd. L'ANSM publie la liste des médicaments contenant de la codéine, du dextrométhorphane, de l'éthylmorphine ou de la noscapine désormais disponibles uniquement sur ordonnance - Point d'Information 2017 [Available from: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-publie-la-liste-des-medicaments-contenant-de-la-codeine-du-dextromethorphane-de-l-ethylmorphine-ou-de-la-noscapine-desormais-disponibles-uniquement-sur-ordonnance-Point-d-Information.
6. Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W, Davis MP, Lagman RL. Opioid equianalgesic tables: are they all equally dangerous? J Pain Symptom Manage. 2009;38(3):409-17.
7. Chenaf C, Kabore JL, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. Eur J Pain. 2019;23(1):124-34.
8. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. Pain Physician. 2008;11(2 Suppl):S105-20.
9. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, Banta-Green CJ, Merrill JO, Sullivan MD, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: a cohort study. Ann Intern Med. 2010;152(2):85-92.
10. Chenaf C, Eschalier A. Épidémiologie croisée entre conduites addictives et douleurs chroniques : une revue de la littérature. Douleur analg. 2012(25):87-92.
11. Hojsted J, Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. Eur J Pain. 2007;11(5):490-518.
12. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. Ann Intern Med. 2007;146(2):116-27.
13. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disosrders – DSM-52013.
14. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain--Misconceptions and Mitigation Strategies. N Engl J Med. 2016;374(13):1253-63.
15. Gelot B, Fatseas M, Auriacombe M. Douleurs et cancers Guide de prise en charge des douleurs chez les patients atteints de cancer. Editions Expression Santé ed2018 2018, Jan.
16. Arout CA, Edens E, Petrakis IL, Sofuoglu M. Targeting Opioid-Induced Hyperalgesia in Clinical Treatment: Neurobiological Considerations. CNS Drugs. 2015;29(6):465-86.
17. Kim SH, Stoicea N, Soghomonyan S, Bergese SD. Intraoperative use of remifentanil and opioid induced hyperalgesia/acute opioid tolerance: systematic review. Front Pharmacol. 2014;5:108.
18. Chu LF, Angst MS, Clark D. Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations. Clin J Pain. 2008;24(6):479-96.
19. Aley KO, Green PG, Levine JD. Opioid and adenosine peripheral antinociception are subject to tolerance and withdrawal. J Neurosci. 1995;15(12):8031-8.
20. Elena Manguzzi L, Wainstein J, Desmeules B. Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes. Revue Médicale Suisse. 2018;14(612):1280-5.
21. Ritter C, Fink A, Caflisch C, Falcato L, Kormann A, Strasser H. Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution (TBS) de la dépendance aux opioïdes. Société Suisse de Médecine de l'Addiction, SSAM; 2012.

22. Victorri-Vigneau C, Bronnec C, Guillou M, Gerardin M, Wainstein L, Grosclaude C, et al. Prise en charge de la douleur aigue chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés : Acute pain management in patients with maintenance treatments. Douleur et Analgésie. 2012(25):83-6.
23. Poulain P, Aknine X. Prise en charge de la douleur pour des patients recevant un MSO. RVH. 2015;60:19-24.
24. Quinlan J, Cox F. Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. Pain Rep. 2017;2(4):e611.
25. Karasz A, Zallman L, Berg K, Gourevitch M, Selwyn P, Arnsten JH. The experience of chronic severe pain in patients undergoing methadone maintenance treatment. J Pain Symptom Manage. 2004;28(5):517-25.
26. 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.
27. 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.
28. Doverty M, Somogyi AA, White JM, Bochner F, Beare CH, Menelaou A, et al. Methadone maintenance patients are cross-tolerant to the antinociceptive effects of morphine. Pain. 2001;93(2):155-63.
29. Cancer MIdLCl. Plan Cancer 2003-2007. 2003.
30. Enquête ASOS (Antalgiques stupéfiants et ordonnances sécurisées). Réseau Addictovigilance 2016.
31. Leon C, Chan-Chee C, Roscoat E. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire Santé Publique France 2018.
32. Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, Beck F. Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale Bulletin épidémiologique Hebdomadaire - Institut National de Veille Sanitaire 2008(35-36):318-21.
33. Szumska I, Tury F, Csoboth CT, Purebl G, Réthelyi J. The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. European Eating Disorders Review. 2005.
34. Gagnepain P. Troubles du stress post-traumatique, quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation. INSERM. 2020.
35. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. HAS; 2007.
36. Webster LR. Risk Factors for Opioid-Use Disorder and Overdose. Anesth Analg. 2017;125(5):1741-8.
37. Hampel C, Schenk M, Gobel H, Gralow I, Grusser SM, Jellinek C, et al. [Pain therapy in addicted patients]. Schmerz. 2006;20(5):445-57; quiz 58-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Charte de la RCP

	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Addictologie-Neurologie-Douleur-Cognition (RCPA)	**XX-01-XXX**
		Page 1/5

05/12/2014

I - OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Cette procédure vise à décrire l'organisation et le fonctionnement de la réunion de concertation pluridisciplinaire en addictologie et neurologie et concerne le CHCP, le CHU et l'Institut Bergonié. Il s'agit de réunions créées sur le modèle de la RCP d'oncologie, visant à décloisonner la prise en charge dans le cadre d'une approche globale bio-psycho-sociale en vue de l'élaboration d'une proposition thérapeutique concertée et anticipative qui pourra améliorer le parcours du patient.

II - TABLE DE DIFFUSION ET SIGNATAIRES

Fonction	Unité fonctionnelle ou service
Chefs de pôle	CHCP
Praticiens Hospitaliers	CHCP
Cadres supérieurs	CHCP

	Rédaction	Validation	Autorisation de diffusion
Nom Fonction Date Visa	Mme S.FRANCOIS Cadre supérieur de santé Responsable QGR	Mr le Pr M. AURIACOMBE Chef du pôle d'addictologie	A.DE RICCARDIS Directeur
Nom Fonction Date Visa	Dr B.GELOT Médecin pôle addictologie		

	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Addictologie (RCPA)	**XX-XX-XXX**
		Page 2/5

05/12/2014

III.-.DESCRIPTION DU PROCESSUS

III.- 1 Définition de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Addictologie (RCPA)

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines et dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Les décisions peuvent concerner la stratégie diagnostique et thérapeutique initiale ou lors d'une reprise évolutive, ou bien la décision d'une stratégie palliative. Les RCP sont la règle pour la prise de décision en oncologie (cancérologie, hématologie), depuis le plan Cancer 2003-2007, consolidé par le plan Cancer 2009-2013. Toutefois elles ne sont pas exclusives à l'oncologie et cette méthode peut être utilisée dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes.
Au cours des RCP, les dossiers des patients, présentés par le médecin référent ou un autre professionnel, sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

Dans le cas de la RCP Addictologie Neurologie (Douleur, cognitions) cette décision sera expliquée au patient par le médecin qui aura souhaité présenté le dossier en RCP.

III.-. 2 Domaine d'application

La RCP cible les prises en charges complexes sollicitant plusieurs disciplines (addictologie, neurologie, consultation douleur, consultations mémoires, psychiatrie de secteur, autres spécialités...)

La réflexion menée lors d'une RCP permet de s'interroger sur les éléments cliniques et thérapeutiques concernant le patient.

Une RCP implique que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic: clinicien concerné en addictologie, et, selon les spécialités : neurologue, psychiatre, consultant douleur.

En oncologie, pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient peut être sollicitée.
La RCP doit convoquer au moins deux spécialistes (addictologue et neurologue)

III – 3 Organisation

- **Coordonnateurs de la RCPA**

Pr M. AURIACOMBE (CHCP), Dr B.GELOT (CHCP), Dr DOUSSET (CHU), Dr S.AURIACOMBE (CHU), Dr L. LABREZE (Institut Bergonié)

Leur rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres permanents de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées.

- **Pilotes de l'EPP** RCPA : Pr M. AURIACOMBE et Dr B.GELOT

- **Périodicité des réunions**
  Fréquence des réunions : mensuelle (1er jeudi du mois) dont une réunion de bilan par an.
  Durée prévue : 2H

  Une ou plusieurs RCP supplémentaires peuvent être organisées si la nécessité se présente lors d'une prise en charge.

- **Professionnels invités aux réunions**
  Cliniciens et autres professionnels concernés par la prise en charge étudiée.

Participants permanents à l'EPP RCPA			
Nom	Fonction	Pôle	Établissement
Pr M. AURIACOMBE	Chef de pôle	Addictologie	CHCP
Dr B.GELOT	Médecin	Addictologie	CHCP
L.CATURLA	Cadre supérieur	Addictologie	CHCP
C.RASSIS	Cadre socio-éducatif	Addictologie	CHCP
Dr S. AURIACOMBE	PH	Neurologie : Centre Mémoire Ressource et Recherche	CHU de Bordeaux
Dr L. LABREZE	PH	Centre anti-douleur	Institut Bergonié
Mme M.BARRAULT	Psychologue	Centre anti-douleur	Institut Bergonié
Dr V.DOUSSET	PH	Centre anti-douleur	CHU de Bordeaux
S.FRANCOIS	Responsable Qualité	QGR	CHCP

Les participants invités seront les référents du patient et les professionnels engagés dans sa prise en charge.

Le pôle d'addictologie organise la séance de travail, rédige et diffuse les comptes-rendus, structure la documentation, anime le débat, et restitue l'information appropriée aux participants de l'EPP.

- **Les modalités de sélection des cas cliniques**

Les RCPA concernent les patients pris en charge au pôle d'addictologie (CHCP), au pôle de neurologie, (centre douleur et Centre mémoire) (CHU) ou au Centre anti-douleur de l'Institut Bergonié, et présentant un usage ou un comportement problématiques, pouvant relevé d'au moins deux spécialités et pour lesquels se posent des questions diagnostiques et/ou de modalités thérapeutiques complexes et intriquées.

- **Les modalités d'annonce de la réunion**

- Les dates prévues des réunions RCPA sont fixées à l'avance (planning prévisionnel).
- Un ordre du jour est établi. Il comporte la liste anonyme du ou des cas traités. Il est adressé à chaque membre concerné du secteur d'activité une semaine avant la réunion par le chef du pôle d'addictologie avec un rappel de la date, de l'horaire, et du lieu de la réunion.

- **Déroulement de la réunion**

- Suivi des décisions de la précédente RCP
- Présentation du cas par le clinicien référent
- Identification des problèmes rencontrés par rapport au diagnostic et/ou à la prise en charge
- Questionnements cliniques en lien avec les expertises des professionnels présents
- Questionnements thérapeutiques
- Réajustement du projet du patient au regard des décisions prises

- **Modalités de traçabilité**

Un compte-rendu anonyme de la réunion est rédigé par la secrétaire de réunion . Il contient les conclusions de l'équipe ainsi que les modalités thérapeutiques retenues dans le cadre de la RCPA. La liste des personnes présentes à la réunion est annexée au compte-rendu.

Les comptes-rendus, les listes de présence aux réunions et le bilan annuel d'activité sont conjointement conservés par le pôle Addictologie et les services Qualité Gestion des Risques du CHCP, du CHU et de l'Institut Bergonié

	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Addictologie-Neurologie-Douleur-Cognition (RCPA)	XX-01-XXX
		Page 5/5

05/12/2014

III.4 Bilan annuel d'activité

Un bilan annuel d'activité de la RCPA est rédigé. Il ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative et comprend :

- le nombre de réunions dans l'année
- le nombre et le type de cas analysés dans l'année
- le nombre et le type de cas ayant donné lieu à des actions d'amélioration
- la liste des actions d'amélioration mises en œuvre
- les modalités de suivi des actions engagées
- Ce bilan est préparé lors d'une réunion RCPA qui lui est consacrée.
- Un calendrier prévisionnel annuel est déterminé lors de ce bilan

IV - DOCUMENTS DE REFERENCE ET DOCUMENTS ASSOCIES

IV.1 Documents de référence

Procédure RMM de la HAS
Document de travail HAS 31 janvier 2013 DPC/ RCP

IV.2 Documents associés

Compte-Rendu type

Annexe 2 : Fiche de compte-rendu de RCP

Fiche standardisée des réunions de concertation pluridisciplinaire en AddictologieEN-19/01-QGR

Version 01

Page 1/1

Date de création : 05/03/2015

Étiquette d'identification du patientA coller par l'unité de soins uniquement pour l'insertion du document dans le dossier patient.
Ne pas identifier le patient pour la centralisation au service QGR.

Date de la réunion :

Professionnels présents et discipline :

Institut Bergonié :

CHU :

CHCP :

CH Arcachon :

Bagatelle / R.Picqué :

Excusés :

Ordre du jour :

Nom : **Prénom :** **Date de Naissance et Age :** **Coordonnées (adresse et numéro de téléphone) :**
Antécédents médicaux
Antécédents psychiatriques
Antécédents addictologiques / Consommations passées et actuelles
Historique de la douleur *(préciser évolution de la douleur en termes d'intensité/type/topographie/étiologie(s) explorées)*
Historique des traitements antalgiques (medicamenteux et non médicamenteux)
Motivation à l'usage des antalgiques dans le cas où c'est cela qui pose problème *(préciser si prise motivée par la douleur et/ou l'anxiété et/ou le sevrage ou la crainte de la survenue du sevrage et/ou des effets positifs et/ou d'autres effets)*
Discussion en RCP :
Conduite à tenir

*En vue de la future réunion qui aura lieu le …. **au CSAPA de Charles Perrens**, merci d'envoyer par mail au Dr GELOT (bgelot@ch-perrens.fr) la liste des patients que vous souhaitez présenter en RCP.*

Document à archiver dans le dossier patient du CHCP + copie aux médecins extérieurs pour leur dossier patient

Chemin d'accès Intranet : Accueil > Etablissement > Vigilances, Risques et Qualité > Qualité > Procédures

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances.
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 et méprisé si j'y manque.

INTRODUCTION La prise en charge de la douleur chez certains patients présentant une addiction aux opiacés ou à d'autres molécules peut être délicate pour le médecin prescripteur. C'est pourquoi le Centre Hospitalier Charles Perrens a créé une réunion de concertation pluridisciplinaire addictologie-neurologie-algologie-cognition (RCP).

OBJECTIF Nous avons étudié l'activité de la RCP et fait une analyse clinique du contenu.

METHODES Nous avons mené une étude descriptive rétrospective monocentrique de l'ensemble des comptes-rendus de RCP entre juin 2016 (création de la RCP) et décembre 2019 et chaque variable d'intérêt a été enregistrée dans un tableur Excel.

RESULTATS 33 RCP se sont tenues mensuellement avec une moyenne de 5 ± 1.6 dossiers et 11 ± 3.3 professionnels de santé par RCP. 95 patients ont été recrutés pour 147 discussions. Il s'agissait majoritairement d'hommes âgés de 48 ans souffrant de rachi-radiculalgies ou de céphalées depuis 14 ans et prenant des opiacés depuis 9 ans et discutés une seule fois. L'origine de la demande émanait principalement du CETD pour une intrication des problématiques douleur et addiction. Les propositions faites étaient principalement une réévaluation addictologique et psychiatrique du patient, une réévaluation de sa douleur et une adaptation des thérapeutiques déjà en place. Ces propositions étaient le plus souvent suivies et la problématique en voie de résolution.

CONCLUSION Le nombre de dossiers discutés et la régularité des RCP témoignent de leur qualité. Il ressort des RCP l'importance de sensibiliser les médecins à repérer ces patients en amont pour une prise en charge adaptée et d'instaurer un suivi systématique.

MOTS CLES : thèse, médecine générale, RCP, pluridisciplinaire, Bordeaux, douleur, addiction, opiacés