HAL
open science

Prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué en opiacés en médecine générale : enquête Non'Algique

Laura Boguet

To cite this version:

Laura Boguet. Prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué en opiacés en médecine générale : enquête Non'Algique. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04042833

HAL Id: hal-04042833

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042833

Submitted on 23 Mar 2023

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 LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université d Lorraine Faculté de méd cine de Nancy

2020

Thèse
Pour obtenir le grade de
Docteur en médecine
Présenté et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Mé ecine générale

Par

Laura BOGUET
Le 25/06/2020

Prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué en opiacés en médecine générale : enquête Non'Algique.

Examinateurs de la thèse:

M le Professeur P. DI PATRIZIO	Président de Thèse
M le Professeur F. PAILLE	Juge
M le Professeur V. LAPREVOTE	Juge
M le Docteur R. ALLUIN	Juge et Directeur de thèse

Président de l'Université de Lorraine:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine:
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER – Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE – Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES – Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS – Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER – Professeur Antoine VERGER
2e sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL
3e sous-section *(Biologie cellulaire)*
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI – Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Guillaume VOGIN
3e sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4e sous-section : *(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)*
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT
2e sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN
4e sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5e sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2e sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3e sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4e sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2e sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD
4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
2e sous-section : *(Chirurgie viscérale et digestive)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN
3e sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4e sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
1re sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
3e sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeure associée Sophie SIEGRIST
Professeur associé Olivier BOUCHY

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2e sous-section : *(Histologie, embryologie, et cytogénétique*)
Docteure Isabelle KOSCINSKI

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE – Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)
2e sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI
2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE
3e sous-section : *(Immunologie)*
Docteure Alice AARNINK (stagiaire)
4e sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*
Docteur Philippe GUERCI
2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
2e sous-section : *(Neurochirurgie)*
Docteur Fabien RECH (stagiaire)
3e sous-section : *(*Psychiatrie d'adultes ; addictologie)
Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)*
Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Anthony LOPEZ
2e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)
Docteur Cyril PERRENOT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3e sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)*
Docteure Eva FEIGERLOVA
5e sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur DI PATRIZIO
Professeur Universitaire – Médecine générale
Coordonnateur local et régional Grand Est du DES de Médecine Générale
Coordonnateur du DIU de remise à niveau en vue de l'exercice de la médecine générale

Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, et vous remercions infiniment pour votre disponibilité.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur PAILLE

Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier d'Addictologie

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de par votre œil d'expert. Nous espérons que vous trouverez dans ces quelques pages le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur LAPREVOTE

Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier de Psychiatrie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Nous espérons vous témoigner notre admiration et notre gratitude à travers cet écrit.

A notre Maître, Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur ALLUIN
Praticien Hospitalier de Médecine Palliative

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. J'espè e qu'il comblera vos attentes et qu'il vous témoignera de ma gratitude pour votre patience, votre bienveillance et votre pédagogie.

A ma mère.

Mon modèle, ma meilleure amie, ma miraculée. J'espè e pouvoir accomplir au cours de mon chemin sur cette Terre la moitié de ce que tu auras pu faire au cours du tien.

A mon père.

Merci de ta disponibilité, et de croire en moi. J'espè e pouvoir te montrer par ce travail le respect que je te témoigne, et mon admiration.

A mon frère, Julien.

Un exemple de droiture, et d'intelligence que je sais ne jamais pouvoir atteindre, mais que j'espè e pouvoir un jour toucher du doigt.

A Maximilien.

Ton amour est le gouvernail de mon parcours, et de mon existence depuis bientôt 5 ans. Je n'ai pas les mots pour exprimer la gratitude que j'ai à ton égard, et je ne te remercierai jamais assez de faire partie de ma vie, toi et la profonde gentillesse et douceur que tu m'accordes au quotidien. Nous pouvons enfin nous diriger vers d'autres horizons, plus forts et plus amoureux que jamais, comme toujours.

A mes étoiles, Mamie et Papy.

Vous m'avez permise d'être la femme que je suis aujourd'hui, par votre tendresse et votre dévouement. Votre absence me fait cruellement souffrir, j'espère que de là-haut vous voyez l'amour que je vous porte et vous porterai à jamais, et que vous continuerez à veiller sur moi, comme vous l'avez toujours fait.

A mes amis, avec une pensée particulière pour Charlotte, Alice, Chloé, et Betty.

Votre regard sur moi, doux et bienveillant, m'a porté et m'a construite sur ce cheminement d'apprentissage. Vous avez cru en moi et j'espère pouvoir vous apporter autant d'amour que ce que vous avez fait jusqu'à présent.

SERMENT

«Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdien

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques

CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CIM-10 : 10ème Révision de la Classification statistique Internationale des maladies et problèmes de santé connexes

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

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

CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

DDLD : Décès directement liés aux drogues

DES : Diplôme d'Études Spécialisé s

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultations

DTA : Décès Toxiques par Antalgiques

DU : Diplôme Universitaire

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

EDAAP : Expression Douleur Adulte et Adolescent Polyhandicapé

EN : Échelle Numérique

EVA : Échelles Visuelle Analogique

EVAL : Enquête évolution de la prise en charge des toxicomanes

EVS : Échelles Verbale Simple

FASM : Formation Approfondie en Sciences Médicales

FGSM : Formation Générale en Sciences Médicales

FMC : Formation Médicale Continue

GEGA : Groupe d'Études Grossesse et Addiction

HAS : Haute Autorité de Santé

HIO : Hyperalgésie Induite par les Opioïdes

IASP : International Association for the Study of Pain

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

IV : Intraveineuse

MSO : Médicament de Substitution Opiacée

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSNN : Syndrome de Sevrage Néo Natal

TSO : Traitement de Substitution Orale

UE : Unité d'enseignement

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 144

TABLES DES FIGURES ET DES TABLEAUX 18

PRESENTATION DU SUJET 19

1. LA DOULEUR 21
1.1. Physiopathologie 21
1.2. Évaluation de la douleur 24
1.3. Traitements et paliers 24
1.4. Co-antalgiques 25
1.5. Antalgie multi modale : 26
1.6. Méthodes non médicamenteuses 26
1.7. Pratiques psychocorporelles 26
1.8. Douleur en médecine générale 26
1.8.1. Quelques chiffres 26
1.8.2. Croyances des praticiens sur les opioïdes 27

2. ADDICTIONS 28
2.1. Généralités 28
2.2. Historique et prise en charge 30
2.3. La représentation de la toxicomanie en médecine générale 32

3. TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES 34
3.1. .La substitution 34
3.2. Buprénorphine 35
3.3. Méthadone 36
3.4. Naloxone 36
3.5. Critères de choix entre BHD et méthadone 37
3.6. Modalités de prescription : 37
3.7. Mésusage et mortalité : 38

4. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA NOCICEPTION CHEZ LE PATIENT TOXICOMANE SUBSTITUE 39

5. PARTICULARITE DE LA FEMME ENCEINTE TOXICOMANE 41

5.1. Prise en charge de la douleur chez la femme enceinte 41

5.2. Les risques inhérents à la toxicomanie et à la grossesse 41

5.2.1. Suivi 42

5.2.2. Complications maternelles 42

5.2.3. Complications obstétricales 42

5.2.4. Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) 42

5.3. Substitution et grossesse 43

5.4. Physiopathologie grossesse/toxicomanie 44

6. ARTICLE 45

Introduction 45

Matériel et Méthodes 46

Résultats 48

Discussion 56

Conclusion 64

7. CONCLUSION ET PERSPECTIVES 66

8. BIBLIOGRAPHIE 73

9. ANNEXES 87

Annexe 1 : Les échelles d'auto et hétéroévaluation 87

Annexe 2 : les paliers de l'OMS 92

Annexe 3 : Règles de conversion des opioïdes 93

Annexe 4 : Questionnaire Enquête Non'Algique : Prise en charge de la douleur aigüe du patient toxicomane substitué en médecine de ville sur le territoire français. 94

TABLES DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Système nerveux périphérique : fibres sensitives, nerf spinal et voies ascendantes [23]. 22

Figure 2 : Schéma révisé de la “théo ie du portillon“ ou “gate control“ [25]. 23

Figure 3 : Stratégie de prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué par buprénorphine ou méthadone (17) 72

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée (n=159)..... 48

Tableau 2 : Type d’exercice et ancienneté de l’exercice 49

Tableau 3 : Niveau de formations des médecins interrogés en addictologie et douleur. 49

Tableau 4 : Stratégie antalgique de 1ère et 2ème intention en cas de douleur chez le patient toxicomane substitué 51

Tableau 5 : Arguments limitant la prescription d’un antalgique de palier II ou III chez le patient toxicomane substitué 54

Tableau 6 : Stratégie antalgique en 1ère et 2ème intention chez la femme enceinte toxicomane substituée : 55

PRESENTATION DU SUJET

La prise en charge de la douleur et des addictions est un véritable enjeu de santé publique.
La notion d'addiction est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la 10ème Révision de la Classification statistique Internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes comme un "Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités "[1].
Les dépendances et addictions peuvent concerner aussi bien le tabac, que l'alcool, les jeux d'argent, ou encore les substances psychoactives. En France, la prise en charge des comportements addictifs bénéficie d'un encadrement légal depuis décembre 1970 et des centres spécialisés de prise en charge se sont progressivement développés [2,3].

La douleur est un motif fréquent de consultation en médecine générale [4]. Sa présence peut être évaluée à l'aide de différentes échelles d'auto et hétéro évaluation, pour ensuite être traitée selon la règle des trois paliers de l'OMS [5,6].
Les mécanismes physiopathologiques de l'influx douloureux et de son contrôle peuvent être modifiés en cas d'addiction, de par les phénomènes d'hyperalgésie et de tolérance [7–14].

Concernant la dépendance aux opiacés, en 2019 en France l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) estimait le nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés, ville et Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) confondues, à 180 000 [15]. Loin d'être anodin, ce chiffre représente une population particulière de sujets ayant des besoins spécifiques, des attentes propres, et nécessitant une prise en charge adaptée.
Parallèlement à cela, en France, la réglementation quant à la prescription d'opioïdes forts est sujette à de nombreux débats, la consommation d'opioïdes forts étant en augmentation de 37% entre 2007 et 2017, et prescrits dans 95% des cas par les médecins généralistes [16].

Le nombre de patients substitués en opioïdes n'étant pas négligeable, il serait intéressant de les identifier parmi la patientèle des médecins généralistes en France, afin d'estimer quelle est la stratégie de prise en charge adoptée par les praticiens en cas de manifestations douloureuses.

Ces stratégies de prise en charge peuvent ainsi être comparées aux différentes recommandations sur le sujet, qui sont malheureusement rares, et le plus souvent issues d'articles spécifiques traitant de ce sujet [17–19].

D'autre part, les différents articles et les différentes recommandations trouvées à ce propos nous proposent des stratégies variées, à adapter aux spécificités de chaque patient, ainsi qu'aux croyances des praticiens, sans réellement fournir de données plus précises quant à l'efficacité de cette stratégie de prise en charge, ou quant à l'application de ces stratégies lors d'une grossesse par exemple.

Dans cette optique, il nous semble donc légitime d'étudier les pratiques des médecins généralistes libéraux français concernant leurs prises en charge des douleurs aiguës chez les patients substitués aux opioïdes. Nous avons donc tenté, via un questionnaire intitulé *Enquête Non'Algique*, de recueillir les stratégies de prise en charge des médecins généralistes installés sur le territoire français.

1. LA DOULEUR

1.1. Physiopathologie

L'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain : IASP), définit la douleur comme "une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes" [20].

Dans un premier temps, il est essentiel de rappeler que la douleur peut être classée en différentes catégories :

- Les douleurs nociceptives sont liées à l'activation direct des nocicepteurs, elles comportent notamment :

-les douleurs per et post-opératoire,

-les douleurs inflammatoires,

-les douleurs induites par les soins,

-les douleurs induites par le mouvement ou mécaniques,

- Les douleurs neuropathiques, consécutives à une lésion du système nerveux périphérique ou central, qu'elle qu'en soit l'étiologie (vasculaire, tumorale, infectieuse, dégénérative, métabolique ou inflammatoire). Il existe alors une modification des processus de transmission et/ou de contrôle du message "douleur".
- Les douleurs psychogènes, correspondant à la deuxième partie de la définition de la douleur selon l'IASP, à savoir "une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes". On la suspecte devant des signes cliniques de sémiologie atypique, et des signes d'accompagnement multiples évoquant une dépression infra-clinique (asthénie majeure, insomnie, anorexie, anxiété ou irritabilité).
- Les douleurs nociplastiques, par dysfonctionnement des structures gérant la douleur sans activation des nocirecepteurs, ou consécutives à une lésion neurologique.
- Les douleurs mixtes, correspondant à l'association d'une douleur à la fois nociceptive et neuropathique sur une même zone [21].

Nous nous pencherons plus particulièrement sur la douleur nociceptive dans ce travail.

L'influx douloureux nociceptif est véhiculé par deux grandes voies :

- **la douleur dite "rapide"**, précise et localisée, via les fibres A□ rejoignant le thalamus latéral par le faisceau néo spino thalamique puis le cortex sensitif,
- **la douleur dite "tardive diffuse"**, via les fibres C amyéliniques, rejoignant le thalamus médian puis les structures limbiques et le cortex frontal après un relai au niveau du tronc cérébral [22] (Figure 1).

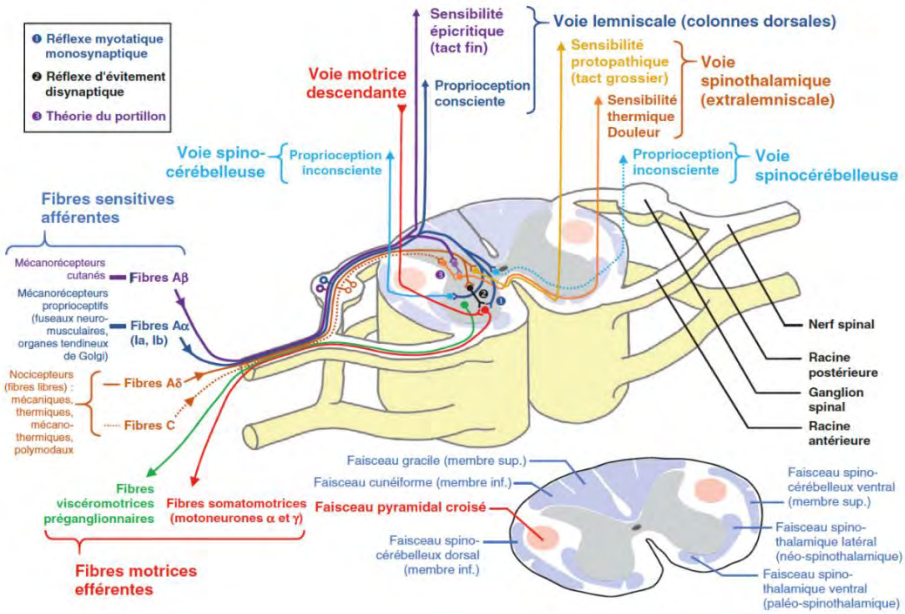


Figure 1 : Système nerveux périphérique : fibres sensitives, nerf spinal et voies ascendantes [23].

Un ensemble de systèmes physiologiques de contrôle de la douleur sont ensuite mis en œuvre pour modifier ce message nociceptif, et modérer la sensation douloureuse :

- **le contrôle inhibiteur segmentaire** ou "gate control" : il dépend des fibres Aβ de la sensibilité tactile légère. Elles stimulent l'interneurone inhibiteur qui va ainsi bloquer l'influx nerveux véhiculé par les fibres C. De façon concrète cela se traduit par une diminution de la sensation douloureuse par le frottement cutané.
- **le contrôle inhibiteur descendant** : d'origine supra spinale, il passe par des voies sérotoninergiques ou noradrénergiques. Il inhibe les neurones nociceptifs aspécifiques au niveau spinal.
- certains récepteurs opioïdes et peptides morphinomimétiques (comme l'enképhaline et l'endorphine) permettent un **contrôle endogène de la douleur**. Leur présence est particulièrement marquée au niveau des structures spinales et cérébrales impliquées dans la nociception [24].

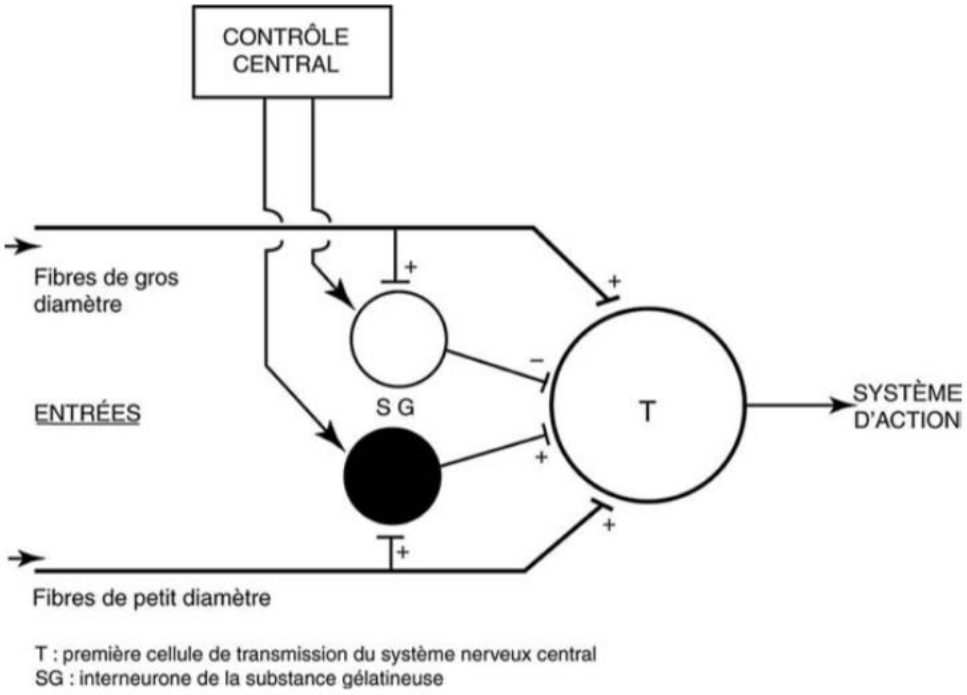


Figure 2 : Schéma révisé de la “théorie du portillon“ ou “gate control“ [25].

La notion d’“atteinte tissulaire réelle ou potentielle“ évoquée dans la définition de l’IASP implique une subjectivité quant à la sensation douloureuse éprouvée [20].

La décomposition de la douleur en quatre composantes intriqués et indissociables explique cette interprétation subjective :

- **un champ sensoridiscriminatif**, qui informe l’individu de l’intensité, la localisation, l’étendue, la durée et la composante thermique du stimulus. Ce champ correspond aux mécanismes neurophysiologiques.
- **un champ affectivomotivationnel**, conférent le caractère désagréable à la douleur. Il engendre une réaction de l’individu à type de défense ou de fuite, et par conséquent le motive à effectuer une action précise,
- **un champ cognitif**, champ de traitement central de l’information douloureuse, et ses répercussions émotionnelles, selon le vécu de l’individu, et le contexte de survenue de la douleur,
- **un champ comportemental** qui se traduit par l’attitude verbale et non verbale de l’individu (gémissements, grimaces…) [21].

Il est ainsi évident qu'une sensation douloureuse ne peut être résumée à un simple cheminement de neuromédiateurs, avec un système de contrôle de la douleur. Elle comprend aussi une part d'interprétation propre à l'individu.

1.2. Évaluation de la douleur

La Haute Autorité de Santé (HAS) a réévalué en 2019 les échelles d'évaluation de la douleur [5] (Annexe 1). Chez l'adulte, on distingue ainsi deux types d'échelles :

- **Les échelles dites d'autoévaluation**, qui permettent au patient de quantifier lui-même la douleur qu'il présente. Ces échelles regroupent l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'Échelle Numérique (EN), et l'Échelle Verbale Simple (EVS).
- **Les échelles dites d'hétéro évaluation**, où le soignant se réfère à l'expression corporelle du patient pour juger de la présence ou non d'une douleur. Ces échelles ne permettent pas de quantifier la douleur en termes d'intensité. Cette catégorie comporte de nombreuses échelles chacune adaptées à une population précise dans des contextes particuliers. On note par exemple l'Expression Douleur Adulte et Adolescent Polyhandicapé (EDAAP), l'échelle COMFORT pour l'adulte non communiquant en réanimation ou encore les échelles Doloplus et Algoplus chez le sujet âgé…

Utilisées en milieu hospitalier, et surtout en médecine d'urgence, ces échelles peuvent montrer des limites en médecine générale, et sont peu utilisées [26–28].

1.3. Traitements et paliers

Les échelles d'auto-évaluation permettent au patient de jauger l'intensité de la douleur ressentie. L'hété́ o évaluation permet uniquement de définir si une douleur est présente, sans présumer de son intensité.
En fonction de l'intensité décrite par le patient, l'OMS a défini différents paliers de prise en charge antalgique [6] :

- **Les antalgiques de palier I**, non opioïdes, regroupent paracétamol, aspirine et Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) ainsi que le néfopam. Ils sont utilisés en cas de douleur légère, inférieure à 4 sur l'échelle EVA. Ces antalgiques n'induisent pas de tolérance, pas de dépendance physique ou psychique, et ont tous un effet plafond : au-

delà d'une certaine dose, il n'y a plus d'effet antalgique, mais des effets indésirables surviennent [29].

Les antalgiques opioïdes agissent au niveau des récepteurs du système opioïde endogène. Ils sont utilisés si la douleur est évaluée comme modérée à intense, soit supérieure à 4 sur l'EVA. Ils peuvent être classés en deux sous-groupes :

- **les opioïdes faibles, ou palier II** : utilisés en cas de douleur modérée (entre 4 et 8 sur l'EVA), cette catégorie regroupe codéine, dihydrocodéine et tramadol. Ces antalgiques ont un mode d'action central [30].
- **les opioïdes forts, ou palier III** : on distingue ainsi
    - les agonistes purs: la morphine, l'oxycodone, le fentanyl, l'hydromorphone…
    - les agonistes partiels comme : la buprénorphine
    - les agonistes antagonistes comme : la nalbuphine.

  Les agonistes purs et partiels n'ont pas d'effet plafond : il n'y aucune limite théorique de posologie, et une augmentation de posologie se traduira par une majoration de l'antalgie. En revanche, la nalbuphine par sa double caractéristique agoniste et antagoniste possède un effet plafond [31] (Annexe 2).

Les opioïdes de palier III peuvent être administrés par différentes voies : per os, sous cutanée, ou intraveineuse. L'efficacité clinique est différente d'une molécule à l'autre et la biodisponibilité change selon la voie d'administration. Il existe des règles de conversion pour passer d'une molécule à l'autre ou pour changer de voie d'administration [32] (Annexe 3).

1.4. Co-antalgiques

Certaines méthodes permettent de potentialiser l'effet antalgique des différents paliers utilisés [33].

Les corticoïdes, s'ils n'ont pas d'effet antalgique direct, permettent de procurer un soulagement par une diminution de la réaction inflammatoire, et une diminution de la compression.

L'utilisation d'anti dépresseur ou d'anxiolytiques permet d'avoir un effet sur la composante affective et cognitive de la douleur et ainsi, d'en diminuer l'intensité.

1.5. Antalgie multi modale :

Il est possible d'associer des médicaments de plusieurs paliers : ainsi, la prise concomitante de médicaments de palier I et de palier II ou III permettra d'obtenir un effet antalgique global plus marqué avec des doses individuelles plus faibles pour chaque molécule. Cette approche permet notamment de limiter les effets indésirables des différents traitements. Il est déconseillé d'associer des traitements de palier 2 entre eux ou avec des paliers 3 [31]. De même il est recommandé de n'utiliser qu'une seule molécule de palier 3 à la fois dans la majorité des cas.

1.6. Méthodes non médicamenteuses

Il existe également des méthodes non médicamenteuses, dites de physiothérapie : ainsi, le recours à des massages ou de la kinésithérapie, à l'acupuncture, ou encore à la cryo- ou thermo-thérapie, aurait des effets bénéfiques [34].
De même, orienter le patient vers un parcours psychothérapeutique est un moyen supplémentaire d'impliquer le patient dans sa prise en charge, et l'aider à contrôler sa douleur, le retentissement de celle-ci, et les représentations qu'il s'en fait [35].

1.7. Pratiques psychocorporelles

D'autres techniques antalgiques se sont progressivement développées pour répondre à la plainte douloureuse, seul ou en complément des thérapeutiques médicamenteuses [36].
La relaxation et la sophrologie permettent d'appréhender la douleur dans sa dimension corporelle, en apprenant au patient à appréhender et limiter les tensions physiques induites par la douleur. La méditation permettra d'accroître le bien être, enseigner le lâcher prise, et retrouver ainsi une certaine sérénité. L'application d'une pression ferme et soutenue sur des parties précises du corps par acupression réduira la douleur, et provoquera une relaxation chez certains sujets [36].

1.8. Douleur en médecine générale

1.8.1. Quelques chiffres

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique, comme en témoigne la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de

santé, appuyée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 [37]. En France, le médecin généraliste est le premier recours en cas de douleur.

P. Tajfel met en évidence dans son étude prospective multicentrique menée en Île de France en 2003 que la prévalence de la plainte douloureuse sur 200 patients en médecine générale est de 43% [38].

En 2014, un travail de thèse effectué par S.L.Mak, et utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultations (DRC) estimait cette prévalence à 55,6%, avec 3 consultations en soins primaires sur 4 motivées par la présence d'une douleur [39].

En 2002 J.Hasseltröm révèle dans une enquête prospective menée sur une année d'analyses de logiciel gestion-patients que 30% des consultations de médecine générale découlaient d'une plainte algique, essentiellement d'origine musculo squelettique (30%) [40]. Une douleur aigüe était relevée dans 30% des cas.

Plus globalement dans la littérature, entre 2002 et 2015, la prévalence de la douleur globale en soins primaires est évaluée entre 17% et 60% [40–42].

Cette prévalence importante témoigne de la nécessité d'une prise en charge adaptée, avec une parfaite connaissance du praticien des différentes possibilités thérapeutiques à mettre en place. L'écoute du patient et un travail coordonné médecin/malade est important.

1.8.2. Croyances des praticiens sur les opioïdes

Dans une étude de 2014 menée par E. Serra, consistant en des entretiens téléphoniques auprès de 100 médecins généralistes prescripteurs d'opioïdes forts, le principal frein à la prescription est la crainte d'un risque de dépendance, surtout en cas de douleur non cancéreuse [43]. Une étude récente menée en 2019 par S. Robinet montre que ce risque de dépendance est majoré en cas d'existence de troubles psychiatriques ou d'utilisation concomitante de médicaments psychotropes [44].

Il existe également une crainte de provoquer plus de complications que d'effets bénéfiques en cas d'utilisation de médicaments opioïdes, et ce notamment chez le sujet âgé, avec un risque majoré de chutes et de fractures redouté par le praticien [45].

L'aspect subjectif de la douleur renforce également les craintes, ainsi que l'insuffisance de connaissances sur les opioïdes et les schémas de prescription [46].

2. ADDICTIONS

2.1. Généralités

Historiquement, le concept général d'addiction est défini par Goodman en 1990 comme un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par :

- **Une impuissance** : l'échec répété dans le contrôle de ce comportement
- **Un défaut de gestion** : la persistance de ce comportement malgré des conséquences négatives significatives [47].

Selon l'OMS, l'addiction est définie comme un "Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités » [1].
Il existe des degrés d'utilisation inappropriée d'une substance opioïde :

- **le mésusage**, qui correspond à une utilisation hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de la substance,
- **l'abus,** défini par l'utilisation de cette substance pour obtenir un effet psychotrope (comme l'euphorie, la sédation, ou encore l'anxiolyse)
- **l'addiction** caractérisée essentiellement par un "craving" et une perte de contrôle, avec un retentissement sur l'environnement du sujet (sur le plan professionnel, familial, sociétal)
- **la dépendance**, avec le syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal d'une substance [48].

Un plan national de mobilisation contre les addictions, ou plan 2018-2022, a été approuvé par le premier ministre le 19 décembre 2018 [49]. Ce plan comprend 6 axes, 19 priorités et plus de 200 mesures afin de limiter les comportements à risque.

Il est à souligner que les phénomènes d'addiction sont difficiles à évaluer sur le plan épidémiologique, ce sujet restant encore tabou aux yeux de la société. Il n'est pas exclu que les estimations faites à ce sujet soient en réalité inférieures à la consommation réelle et à la

prévalence des consommateurs. A noter également que plus de 8 personnes sur 10 estiment que « les consommateurs d'héroïne sont dangereux pour leur entourage » [50]. Cette représentation de l'héroïnomanie renforce d'autant plus le caractère interdit de cette addiction, avec une probable appréhension de la part du patient lors de l'aveu de sa consommation réelle de stupéfiants.

L'OFDT a publié en avril 2019 un rapport concernant les données essentielles relatives à l'usage des drogues et stupéfiants en France [15]. Ainsi, en 2019, la consommation des drogues licites, comme alcool et tabac, reste la plus élevée, avec 27% d'adultes fumant tous les jours, et 10% de buveurs quotidiens.

Parmi les drogues illicites, le cannabis reste le plus consommé avec 11% d'usagers annuels. Les autres substances illicites, comme cocaïne, hallucinogènes, champignons ou ecstasy restent de consommation plus rare, et concernent moins de 5% des adultes [15].
Cependant selon l'OFDT, bien que la mortalité imputable aux drogues illicites reste moindre en termes d'incidence comparativement à celle liée à l'alcool et au tabac (environ 73 000 décès par an liés au tabac et 41 000 décès par an liés à l'alcool en 2015), les conséquences sanitaires sociales générées par leur consommation est majeure, avec notamment un taux de mortalité 7 fois supérieur à âge égal pour les consommateurs.
Concernant les opioïdes, il était estimé en 2017 que 1,3% des adultes de 18 à 64 ans, soit environ 500 000 personnes, avaient expérimenté l'héroïne [51].

Il est nécessaire de distinguer, parmi les consommateurs, les usagers de drogues multiples, et les autres usagers :

- La consommation d'opioïdes illicites comme l'héroïne dans le cas d'un polyusage de drogues est constatée chez des individus socialement vulnérables, et sera plus irrégulière, pour une raison économique, à l'occasion de rentrées d'argent, ou pour casser la monotonie d'un TSO [52]. Cette utilisation reste majoritairement par voie injectable (55%), mais aussi en « snif » (45%) ou fumée (28%).

- Un usage plus régulier sera observé chez des individus insérés socialement, et principalement dans un but récréatif [53]. Pour 62% de ces usagers, la consommation de ladite substance sera en « snif », plutôt que par voie intraveineuse. Le choix de ce mode

d'administration correspond à un choix des usagers quant à une « montée » plus progressive lors de la prise.

Dans ce contexte, nous pouvons conclure que le choix de l'injection serait témoin d'une plus grande précarité [52].

Le nombre d'usagers d'opiacés entre 15 et 64 ans était estimé en 2015 aux alentours de 230 000 [54].
L'utilisation d'opioïdes reste toujours à risque, que cela soit en termes de dépendance, de pathologies consécutives au mode d'administration (thrombose ou infection), ou encore les surdoses et intoxications.
Selon la documentation du dispositif Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances (DRAMES) de 2016, les opioïdes sont responsables de 8 décès sur 10, toutes causes (par psychose liée à la drogue et occasionnant une chute d'un lieu élevé, noyade ou défenestration, pharmacodépendance, abus de drogue, chez une personne non dépendante ou empoisonnement accidentel) et substances confondues [55].
En juillet 2019, l'OFDT publie les dernières données disponibles sur les décès liés aux drogues illicites et aux médicaments opioïdes [56]. Les données proviennent de 3 sources distinctes : le Centre d'épidémio ogie sur les causes médicales de décès (CépiDC), le dispositif Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances (DRAMES), et l'enquête annuelle sur les Décès Toxiques par Antalgiques (DTA). Une nette tendance à l'augmentation des décès directement liés aux drogues (DDLD) est constatée entre 2000 et 2015, avec une implication des opioïdes à 78% en 2017.

2.2. Historique et prise en charge

Sur le plan légal, la loi du 31 décembre 1970 marque un tournant dans les mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de toute substance classée comme des stupéfiants [2]. Elle offre également une série de soins de par son insertion dans le Code de la Santé Publique, avec gratuité des soins et anonymat, permettant ainsi aux usagers de ne pas être poursuivis sur le plan judiciaire après leur cure.
Les usagers étaient initialement orientés vers des établissements psychiatriques, mais ceux-ci ne semblaient pas adaptés pour la prise en charge de ces patients. Le centre Marmottan ouvre

à Paris en 1971 sous la direction du Docteur Olivenstein. Il s'agit de l'une des premières structures spécialisées ayant vu le jour après l'instauration de cette loi.
Par la suite, de nombreux centres d'accueil, et lieux de sevrage et de post-cure apparaissent, essentiellement à caractère associatif.
C'est au cours des années 1980 que les dispositifs spécialisés se multiplient et tentent d'organiser les soins proposés. Dénommés Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), ils offrent des cures de sevrage avec accompagnement psycho thérapeutique.
L'apparition des premiers cas de syndrome d'immunodéficience humaine (SIDA) va modifier la politique de sevrage adoptée dans la lutte de la toxicomanie vers une politique de réduction des risques, avec notamment la libéralisation de la vente des seringues [3].
Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 conduit à la naissance des CSAPA, conséquence du regroupement des CSST et des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) [57]. Les CSAPA assurent l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que de leur entourage (parents, conjoints, famille, amis).
Les CSAPA assurent également la prescription et le suivi du traitement médicamenteux instauré, y compris les Traitements de Substitution Orale (TSO).

En septembre 2019, des recommandations de bonne pratique ont été validées par la HAS, visant à prévenir les addictions et réduire les risques et les dommages par les CSAPA [58]. L'objectif de ces recommandations est d'accompagner les professionnels des CSAPA, "en produisant des repères pour l'organisation, la mise en œuvre et l'articulation des activités de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective". Plus précisément, on distingue prévention et réduction des risques :

- la prévention est ainsi définie comme l'ensemble des interventions visant à stopper ou à modérer la consommation d'une substance afin d'éviter ou de retarder l'entrée dans l'usage. Les méthodes préventives retenues regroupent l'information des personnes, leur éducation (psychosociale, professionnelle ou familiale), et la transformation de leur environnement en modifiant le contexte physique ou social dans lequel les conduites addictives prennent place.
- la réduction des risques et des dommages représente la prévention tertiaire, à savoir agir sur les conséquences délétères de la conduite addictive mise en évidence afin d'améliorer la qualité de vie du patient. Dans cette politique de réduction des risques,

la neutralité morale est la règle, sans jugement, en accroissant la disponibilité des professionnels par des interventions d'équipes mobiles et un accueil inconditionnel des personnes [58].

2.3. La représentation de la toxicomanie en médecine générale

La stigmatisation du patient dépendant est une réalité, et est présente historiquement [59].
Un antécédent d'addiction ne devrait pas empêcher la prescription mais permettre un meilleur suivi de la douleur [60].

La réticence à la prescription d'opioïdes, plus connue sous le nom d'"opiophobie", est répandue à travers le monde [61–63].
Une étude anglaise menée en 2007 met en évidence cette opiophobie parmi les médecins généralistes [64]. L'idée que la représentation et les croyances des médecins généralistes puissent influencer la prescription était alors mise en avant, mais de manière non significative.

En 2010, d'autres limites à la prescription ont été détaillées :

- L'absence de confiance envers le patient et son niveau de douleur, de par sa part subjective, et l'absence de moyen de vérification de son intensité, sont une des limites que les praticiens rapportent.
- L'absence de recommandations claires sur le sujet, avec une sensation d'impuissance quant à la prise en charge de la douleur.
- La présence de comorbidités médicales et psychiatriques.
- Le manque d'intérêt à soulager le patient sur le plan antalgique du fait de ses antécédents d'addiction, en lien avec les représentations négatives que se font les praticiens de la toxicomanie.
- le risque de mésusage, et d'abus de la part du patient [65].

Afin d'amélior r la compliance à la prescription, certains outils ont été élaborés à type de checklist [66]. Certains « drapeaux rouges » ont également pu être mis en évidence :

- Un comportement du patient tendant à forcer la prescription
- Le vol ou l'emprunt des substances illicites d'autrui

- La vente d'opioïdes
- L'obtention d'opioïdes d'un tiers ne faisant pas partie du corps médical
- L'injection de formes galéniques orales
- L'abus concomitant d'alcool ou de substances illicites
- L'escalade thérapeutique et la non-compliance aux thérapies prescrites malgré les avertissements
- Un nombre élevé de prescriptions égarées et la demande de renouvellement des dites prescriptions
- Errance médicale avec recherche de prescriptions auprès de professionnels de santé divers, sans en informer le médecin référent
- Impact avéré du comportement addictogène du patient dans son environnement professionnel, familial, ou social
- Refus de changer de médication malgré la présence d'effets secondaires somatiques ou de conséquences psycho sociales négatives [67].

Soixante-dix pourcents des médecins généralistes se sentent incompétents quant à la prise en charge d'une douleur aiguë dans un contexte d'addiction [68].

3. TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES

3.1. .La substitution

L'ANSM a rappelé en 2004 dans une conférence de consensus (mise à jour en 2006) la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur dans un contexte de toxicomanie [69].
La substitution a pour but de pallier au syndrome de manque en utilisant des médicaments de type opiacés [70]. Il ne s'agit pas d'un traitement curatif, mais d'un traitement accompagnateur de l'abstinence. Leur objectif sera de mimer les effets des opiacés, en évitant la sensation d'euphorie survenant à la prise d'opiacés, et en diminuant le manque et le "craving", c'est-à-dire l'envie irrépressible de consommer un opiacé.
Initialement élaborée dans les années 1970 au Royaume-Uni, la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) est commercialisée sous forme de Temgesic® sous forme injectable en 1987, puis sous la forme de comprimés sublinguaux en 1990.
La méthadone est apparue en 1937 en Allemagne. Initialement utilisée à visée antalgique, elle est par la suite expérimentée aux États-Unis, et apparaît en France dès 1973.

Les traitements de substitution ont depuis 1995 en France une place essentielle dans la prise en charge des addictions par la circulaire du 31 mars définissant leurs objectifs comme suit :

- Insertion dans un processus thérapeutique facilitant le suivi médical d'éventuelles pathologies d'ordre somatique ou psychiatrique associées à la toxicomanie
- Réduction de la consommation des drogues issues du marché illicite et moindre recours à la voie injectable
- Réduction de la consommation invoquée pour la méthadone, pour la BHD on parle d'arrêt de la consommation, ce qui pose le problème de distinction entre réduction, sevrage et abstinence
- Amélioration de l'insertion sociale des patients [3,71].

Ces traitements se sont fortement développés par la suite, avec une majorité de toxicomanes qui bénéficient en 2003 d'une substitution [72].

En 2004, l'HAS publie des recommandations définissant la place des TSO, et plus précisément buprénorphine et méthadone [69]. Ces molécules sont ainsi définies comme des « traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique ».

3.2. Buprénorphine

La BHD est un agoniste partiel (activité opiacée intrinsèque faible) qui présente une haute affinité pour les récepteurs opiacés "mu" et est également un antagoniste faible des récepteurs opiacés "k" [73].

Hydrosoluble, elle est disponible sous forme de comprimés à 0, 2, 4 et 8 milligrammes, sa demi-vie plasmatique est de 2 à 5 heures. Elle dispose cependant d'une liaison lentement réversible aux récepteurs opioïdes, ce qui majore sa durée d'action à plus de 24 heures.

Les effets secondaires sont similaires à ceux des autres opiacés mais induisent moins de dépendance, et de tolérance, avec des symptômes de sevrage moins marqués, de par sa qualité d'agoniste partiel. Cependant, un syndrome de manque peut apparaître si le traitement est débuté trop tôt après la prise d'un agoniste opiacé.

L'emploi de BHD est potentiellement moins dangereux en ce qui concerne le risque d'overdose, son effet agoniste partiel limite la dépression du centre respiratoire. Mais comme pour les autres opioïdes de palier III, son utilisation est déconseillée avec les benzodiazépines et les dépresseurs du système nerveux central, du fait du sur risque de dépression respiratoire encouru [73].

La galénique sublinguale peut être détournée et être injectée, provoquant une sensation de flash avec un pic plasmatique puissant. Le risque d'overdose est réel en cas de poly intoxication, par effet additif voire synergique avec d'autres dépresseurs du système nerveux central.

Une nouvelle forme galénique est disponible depuis novembre 2018, sous forme de lyophilisat oral à poser sur la langue.

3.3. Méthadone

La méthadone est un agoniste fort des récepteurs “mu” des peptides opioïdes endogènes comme les enképhalines [74]. Liposoluble, elle est disponible sous forme de sirop buvable aux posologies de 5, 10, 20, 40 ou 60 milligrammes, et elle présente une tolérance croisée à l’héroïne et à la morphine.

Son délai d’action est de 30 minutes, avec un pic plasmatique au bout de 2 à 4 heures, et une demi-vie plasmatique de 22 heures en moyenne. Son absorption est principalement digestive, et elle présente une diffusion tissulaire importante, notamment au niveau cérébral, intestinal, et musculaire. De par sa ½ vie plasmatique longue, et sa diffusion importante, une monoprise quotidienne suffit.

La méthadone est similaire à l’héroïne par la forte dépendance physique et le syndrome de sevrage qu’elle peut entraîner à l’interruption du traitement. Le risque de surdose est également présent, et l’utilisation d’opiacés antagoniste en cas de risque vital doit tenir compte de sa ½ vie plasmatique longue, par son taux important de fixation aux protéines plasmatiques (de 60 à 90%).

À noter que sa galénique, sous forme de sirop, permet d’écarter la possibilité d’utilisation par voie injectable, à des fins détournées.

L’utilisation de méthadone en gélules se réserve aux patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés au plan médical et des conduites addictives.

L’autorisation de mise sur le marché de la méthadone est obtenue en 1995 [74].

3.4. Naloxone

La naloxone est l’antidote de première ligne disponible pour reverser la toxicité neuro respiratoire induite par les opioïdes, surtout en cas de dépression respiratoire ou troubles de la vigilance justifiant d’ordinaire une intubation oro trachéale [75].

La naloxone est un antagoniste pur compétitif des récepteurs mu, kappa et delta. Son premier passage est hépatique, sa demi-vie d’élimination va de 45 à 90 minutes, et sa durée d’action en IV va de 20 à 30 minutes [76].

L’administration initiale est essentiellement intraveineuse, de 0,04mg et jusqu’à 20mg en fonction de la profondeur de dépression respiratoire.

La poursuite de la naloxone par perfusion intra veineuse est recommandée en cas d’intoxication de façon proportionnelle à la demi-vie d’élimination de l’opioïde.

Dans le cas de la BHD, ayant une forte affinité pour le récepteur mu, la nécessité de recourir à des posologies plus élevées de naloxone en cas d'intoxication, pouvant aller jusqu'à 32mg, est constaté dans plusieurs études [77].

3.5. Critères de choix entre BHD et méthadone

Les facteurs en faveur de la prescription de méthadone sont les suivants :

- Consommation d'opioïdes par injection
- Usagers d'opioïdes par injection étant adolescents ou enceintes
- Autres facteurs de risque d'abandon du traitement (logement instable, précarité, maladie mentale concomitante)
- Abandon antérieur du traitement par BHD ou effets indésirables [78].

Les critères orientant la prescription de TSO vers la BHD sont les suivants :

- Consommation orale d'opioïdes sur ordonnance
- Risque de toxicité de la méthadone (personne âgée, éthylisme chronique, insuffisance cardiaque ou respiratoire, allongement du QT, prise de benzodiazépines ou neuroleptiques atypiques)
- Vie en milieu rural sans accessibilité à la méthadone
- Abandon antérieur du traitement par méthadone ou effets indésirables
- Travail nécessitant la conduite de machines à moteur
- Hommes sexuellement actifs à faible risque d'abandon du traitement de par leur stabilité sociale
- Patient exigeant des soins réguliers de première ligne pour le dépistage, le maintien de la santé, ou un trouble médical chronique ou psychiatrique [78].

3.6. Modalités de prescription :

La prescription de méthadone et buprénorphine se fait sur ordonnance sécurisée, en toutes lettres, avec notification de la pharmacie de délivrance.

Pour la méthadone, la prescription initiale se fait dans les CSAPA ou les établissements de soin, pour une durée de 7 jours. Le relai se fera par le médecin généraliste.

La buprénorphine peut être initiée par les médecins généralistes, prescripteurs majoritaires de cette molécule. En médecine de ville, les professionnels de santé libéraux sont les

prescripteurs majoritaires de Médicaments de Substitution Opiacée (MSO), et sont médecins généralistes dans 98% des cas [79].

3.7. Mésusage et mortalité :

Le développement des TSO s'est accompagné de détournements des médicaments et d'usage non conformes aux prescriptions médicales. Les modes d'obtention sont très variés : marché noir, troc ou encore l'entourage. Les voies d'administration sont diverses (injection, sniff, ou inhalation) [79].

Le risque principal des MSO est celui de décès par surdose, surtout en cas de consommation d'alcool ou de benzodiazépines de façon concomitante. En 2016, 46 % des décès par surdoses sont imputables au moins en partie aux MSO : la méthadone est impliquée dans 36 % d'entre eux, tandis que la BHD l'est dans 10 %, selon les résultats de l'enquête DRAMES qui a dénombré 406 décès directs provoqués par l'abus de substances [55].

4. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA NOCICEPTION CHEZ LE PATIENT TOXICOMANE SUBSTITUE

La douleur est un phénomène complexe, sous tendu par des mécanismes spinaux et cérébraux, avec de nombreux systèmes de contrôle à la fois ascendants et descendants. Toute anomalie au niveau de l'un de ces systèmes de contrôle peut entraîner une persistance de la douleur, soit par un maintien de l'inflammation, soit par une absence d'inhibition du signal afférent douloureux [80].

De nombreuses études ont montré que chez le patient dépendant aux opiacés, qu'ils soient illicites ou de prescription médicale, l'exposition prolongée aux opioïdes est responsable de plusieurs phénomènes :

- Un phénomène de **tolérance**, avec un besoin d'augmenter progressivement les posologies, du fait d'une diminution de la réponse des récepteurs aux opioïdes, ce qui génère un effet antalgique moins important,

- Un phénomène de **dépendance**, induit par l'exposition à de faibles doses ou des doses irrégulières sur le long terme.

- Un phénomène d'**hyperalgésie**, définie comme une sensation très douloureuse en réponse à un stimulus peu douloureux, que l'on peut traduire par un seuil abaissé de perception de la douleur. Elle se manifeste avant même le phénomène de dépendance. Cette hyperalgésie s'accompagne souvent d'un phénomène d'allodynie, où un stimulus non nociceptif provoquera une sensation douloureuse [7–14].

Dans le contexte opératoire, des critères diagnostics ont été proposés pour détecter l'hyperalgésie induite par les opioïdes (HIO) :

- Augmentation de la douleur sous traitement opioïde, non liée à une complication
- Absence de sevrage
- Absence d'amélio ation (tolérance) voire aggravation par l'augmentation des posologies

- Absence de comportement addictif [81].

Parmi les différents tests sensitifs quantitatifs, le test au froid serait le plus discriminant pour détecter une HIO [82]. En effet, l'étude menée par S. Krishnan en 2012 met en évidence une sensibilité accrue à la douleur induite par le froid, lors d'un test d'immersion de deux minutes, comparativement à des sujets ne présentant pas d'addiction. Une moins bonne tolérance aux influx nociceptifs froids est ainsi décrite, ainsi qu'une majoration de la sensation douloureuse.

Certaines propositions sont faites pour atténuer l'HIO, comme l'utilisation de méthadone ou BHD, ou encore la rotation des opioïdes et l'analgésie multimodale [14].

On peut ainsi distinguer tolérance et hyperalgésie [83]. La tolérance survient après une exposition prolongée aux opiacés. Elle est en rapport avec une perte de l'effet antalgique des molécules, mais a également un effet pro nociceptif. Une escalade thérapeutique est ainsi nécessaire. En revanche, l'hyperalgési n'est pas résolue par une augmentation des doses ou une répétition des administrations. Une diminution de la posologie des opioïdes pourrait même contribuer à sa diminution [83].

Il devient ainsi nécessaire d'assurer un suivi rapproché du patient toxicomane douloureux. La prise en charge se doit d'être multidisciplinaire [18,84,85].

5. PARTICULARITE DE LA FEMME ENCEINTE TOXICOMANE

5.1. Prise en charge de la douleur chez la femme enceinte

La prise en charge de la douleur chez la femme enceinte relève à la fois du médecin généraliste, et du spécialiste.

Un grand nombre de molécules sont en effet interdits ou contre-indiqués au cours du premier trimestre de grossesse, ou même durant toute la gestation : les AINS sont par exemple interdits d'utilisation à partir de la 24ème semaine d'améno rhée, étant donné le risque majeur d'atteinte rénale et cardiopulmonaire pouvant entraîner une mort fœtale in utéro ou néo natale [86].

Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), l'utilisation de paracétamol, de codéine ou de néfopam, est possible au cours de la grossesse, et sans risque majeur de fœtotoxicité [87].

En cas de douleur résistante aux antalgiques de palier I, l'usage de paliers II est possible : la codéine et le tramadol peuvent être utilisés au cours d'une grossesse.

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte quel que soit le terme, la posologie ou la voie d'administration choisie.

Il est également possible d'avoir recours à des antalgiques de palier III, et ce quel que soit le terme de la grossesse. On préférera alors l'utilisation de la morphine.

5.2. Les risques inhérents à la toxicomanie et à la grossesse

Une grossesse chez la patiente toxicomane comporte un ensemble de risques, qu'ils concernent la mère ou l'enfant (au cours ou au terme de la grossesse). La dépendance est particulièrement inquiétante par la fréquence des poly intoxications et l'utilisation conjointe des benzodiazépines.

On retrouve un risque majoré d'infection pré existante ou nouvellement acquise aux hépatites A, B, C, et Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) en cas d'utilisation de drogues illicites : 9 à 12% de nouveaux cas de VIH sont ainsi retrouvés, 50% de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C, et 2% de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite A [88].

À noter, la précarité sociale, l'insécurité et le manque de suivi de ces patientes, qui font tout le risque d'une grossesse dans ce contexte.

5.2.1. Suivi

Le contexte social est le plus souvent défavorable, avec un plus grand nomadisme médical, un moyen détourné de se procurer les substances (prostitution, clandestinité, approvisionnement illégal) et les difficultés d'adhésion de la mère à son suivi prénatal [89].

Un diagnostic tardif de la grossesse est la première difficulté rencontrée, l'aménorrhée de la patiente héroïnomane étant fréquente, avec une fréquence importante de découverte au 4ème ou 5ème mois [90].

5.2.2. Complications maternelles

Les complications médicales sont nombreuses avec plus particulièrement un risque majoré en cas de polyconsommation.

En cas d'utilisation des substances par voie intraveineuse, le risque d'infection est majoré, et ce d'autant plus si le matériel utilisé n'est pas stérile : la femme enceinte s'expose ainsi à un risque majoré de thrombophlébites, endocardite, abcès osseux, et contamination par les hépatites B, C, et VIH [90].

5.2.3. Complications obstétricales

Un avortement spontané est rapporté dans 15 à 30% des cas. Il existe un plus grand risque d'accouchement prématuré, avec une fréquence évaluée entre 20 et 56%.

Chez l'enfant, un petit poids et une souffrance fœtale sont rapportés, ce dernier étant la conséquence des potentiels efforts de sevrage de la patiente. L'héroïnomanie n'est pas pourvoyeuse de malformation particulièrement, mais un syndrome de sevrage marqué peut apparaître à la naissance [90].

5.2.4. Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)

Risque majeur de l'intoxication maternelle au cours de la grossesse, il est présent dans 60 à 90% des cas. Survenant en général dans les trois jours suivant la naissance (mais pouvant être plus tardif, jusqu'à 10 jours en cas de poly intoxication), il se caractérise par l'apparition de signes neurologiques (trémulations voire convulsions, hyperexcitabilité, hypertonie), de troubles respiratoires et digestifs, et d'une hyperthermie [90].

Le traitement repose essentiellement sur les soins de développement, avec une prise en charge du nouveau-né en unité dite “kangourou”, privilégiant les interactions mère/enfant. Un traitement par morphine orale du nouveau-né est parfois nécessaire [91].

5.3. Substitution et grossesse

Le sevrage chez la femme enceinte toxicomane est contre indiqué du fait de la possibilité de mort in utero par syndrome de manque chez le fœtus. La substitution est possible au cours de la grossesse et reste une alternative intéressante.

La méthadone est utilisée depuis les années 1970 en traitement de substitution chez la patiente toxicomane. La BHD est quant à elle autorisée en cas de grossesse depuis 2002 en Europe [92]. Récemment aux États-Unis, l’utilisation de BHD montre une supériorité par rapport à la méthadone, avec une diminution de la prématurité, et une augmentation du poids de naissance [93]. Ceci avait déjà été noté en 2006 dans une étude multicentrique menée par Lejeune C. [94].
L’utilisation de ces traitements substitutifs permet de diminuer l’utilisation de la voie IV, et permet ainsi une régression des complications infectieuses. Le suivi peut également être plus régulier, et la relation mère enfant retrouve une certaine stabilité. Toutefois, on ne note pas de différence significative entre les molécules concernant le syndrome de sevrage du nouveau-né pouvant apparaître à la naissance, bien que certains auteurs notent une intensité et une durée de SSNN inférieure pour la BHD [94].

Une étude récente américaine de 2018 met en exergue que parmi un échantillon de 64 femmes enceintes substituées par BHD, 23% d’entre elles n’étaient pas adhérentes au traitement. En effet, plus la dépendance est forte, et la dose de BHD introduite faible, plus le risque d’inobservance au cours de la grossesse, et l'utilisation d’opioïdes illicites, augmente [95].

5.4. Physiopathologie grossesse/toxicomanie

Le Groupe d'Études Grossesse et Addiction (GEGA) a publié via l'OFDT en 2003 une enquête sur les femmes enceintes toxicomanes substituées, et les stratégies de prise en charge [96].

Méthadone et BHD passent facilement la barrière placentaire, s'accumulent chez le fœtus du fait de ses capacités limitées de métabolisation et d'excrétion rénale et passent facilement dans le cerveau fœtal, ce qui peut générer un syndrome de manque néonatal [97,98].

De nombreux auteurs s'accordent pour le maintien de doses élevées de TSO tout au long de la grossesse, voire une augmentation de ces posologies en fin de grossesse [89,99,100].

Il s'agit donc de trouver la juste mesure entre augmentation de la posologie du TSO et risque de SSNN.

6. ARTICLE

Introduction

La douleur aigüe est un motif fréquent de consultation en médecine générale, l'étude EcoGEN datant de 2017 retrouve la douleur comme motif principal de consultations dans 43% des cas [4].

La physiopathologie de la douleur est complexe, ce d'autant plus que son caractère subjectif la rend difficile à évaluer en termes d'efficacité de prise en charge. Pour se faire, l'OMS a défini plusieurs paliers de thérapeutiques antalgiques et des échelles d'évaluation permettant de cibler au mieux le soulagement du patient [5,6].

Rapportée dans un contexte de toxicomanie, la douleur suit une physiopathologie différente. L'hyperalgésie, la tolérance, et la représentation des médecins généralistes sur l'addiction aux opioïdes rend difficile la prise en charge du patient toxicomane, et se doit d'être pluridisciplinaire [9,11,14,18].

Les TSO ont permis de pallier le syndrome de manque, mais leur place dans la prise en charge de la douleur aiguë du patient toxicomane se doit d'être précisée. Des études ont été réalisées afin de préciser des schémas de prise en charge ou d'ajustement thérapeutique quant à la douleur aigüe [17–19]. Les recommandations sont cependant trop rares, et ne concernant que l'introduction, le maintien et la posologie du TSO sans donner d'information en cas de survenue d'une douleur [69].

En cas de grossesse, bien que de nouvelles études, essentiellement américaines, se sont intéressées à la toxicomanie, au suivi, et aux TSO, on ne trouve pas d'information quant à la stratégie thérapeutique à adopter en cas de douleur aigüe [88,93,101].

Dans cette optique, il nous semble donc intéressant d'étudier les pratiques des médecins généralistes libéraux français concernant leurs prises en charge des douleurs aiguës chez les patients substitués aux opioïdes.

Matériel et Méthodes

L'enquête *Non'Algique* a été menée d'avril 2019 à octobre 2019. Il s'agit d'une étude descriptive transversale quantitative des stratégies de prise en charge de la douleur aigüe du patient toxicomane substitué adoptées par les médecins généralistes installés sur le territoire français métropolitain et d'Outre-mer.

Notre hypothèse est que les médecins généralistes pourraient rencontrer des difficultés quant à la prise en charge adéquate de la douleur aigüe du patient toxicomane, par la pauvreté des recommandations sur le sujet, et la complexité de la physiopathologie de la douleur dans cette population.

Notre objectif principal est de réaliser un état des lieux descriptif de la stratégie thérapeutique utilisée dans la douleur aiguë du patient toxicomane en médecine de ville.

La population cible initiale était l'ensemble des médecins libéraux thésés exerçant sur le territoire français métropolitain et outre-mer, soit 87 801 médecins généralistes [102]. La taille estimée de l'échantillon nécessaire à l'étude était de 383.

Les centres départementaux de l'ordre des médecins de l'ensemble du territoire français, ont été contactés par téléphone puis par courrier électronique. Le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE), ainsi que le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont également été sollicités. Deux relances ont été effectuées par courrier électronique.

Sur les 106 départements sollicités, 26 départements ont répondu par la négative, 9 positivement et 71 départements n'ont pas répondu malgré les relances. L'étude n'a pu être diffusée qu'auprès des médecins généralistes de ces 9 départements.

Le questionnaire a été établi sur la plateforme informatique sécurisée *LimeSurvey.* Il comportait 39 questions et était composé de 4 parties :

La première partie regroupait les données sociodémographiques des méd cins (âge, sexe, lieu d'exercice, ou encore formations spé ifiques). La deuxième concernait les caractéristiques de leur patientèle, avec la proportion de patients substitués et leur type de substitution. La troisième traitait de leur stratégie de prise en charge de la douleur aigüe. La dernière partie s'inté essait plus aux situations particulières, avec notamment la douleur aigüe chez la femme enceinte substitué en opioïdes.

Avant diffusion, le questionnaire a été testé par plusieurs professionnels spécialisés dans la douleur, l'addictologie et la médecine générale (Annexe 4).

En l'absence de constitution d'une base de données nominatives aucun accord CNIL n'était nécessaire. En l'absence d'intervention sur la personne humaine, aucune autorisation supplémentaire n'était requise. Cette étude a été menée dans le respect de la réglementation française en vigueur à cette période.

Les données ont été saisies sous Excel® et analysées statistiquement. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide de tests exacts de Fischer et les variables quantitatives à l'aide de tests T de Student lorsque les conditions de normalité étaient respectées, ou tests non paramétriques de Wilcoxon dans les autres cas. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats

- Population :

Les données démographiques de la population sont étudiées dans les tableaux 1, 2 et 3.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée (n=159)

	N (%)
Sexe	76 (49) hommes 78 (51) femmes
Âge	
20-30 30-40 40-50 50-60 >60	2 (1,2) 65 (42,2) 28 (18) 32 (21) 29 (19)
Région d'exercice	
Occitanie Nouvelle Aquitaine Grand Est Bretagne Centre – Val de Loire Bourgogne – Franche Comté Hauts de France Provence-Alpes-Côte d'Azur Auvergne – Rhône – Alpes Outre-Mer	52 31 30 20 16 3 2 2 1 -

Nous constatons qu'une majorité de femmes (78%) a répondu au questionnaire. L'âge moyen des praticiens est entre trente et quarante ans (42,2%).

Nous pouvons observer un plus grand nombre de réponses dans 3 régions : l'Occitanie, la Nouvelle Aquitaine, et le Grand Est.

Tableau 2 : Type d'exercice et ancienneté de l'exercice

Type d'exercice N (%)	
Urbain Rural Semi rural	54 (33) 39 (24) 64 (40)
Ancienneté d'exercice N (%)	
Moins de 10 ans Entre 10 et 20 ans Entre 20 et 30 ans Plus de 30 ans	79 (49) 23 (14) 25 (15) 28 (17)

Quarante-pourcents des praticiens interrogés exercent en milieu semi rural.

Quarante-neuf pourcents des médecins généralistes ayant participé à notre enquête sont installés depuis moins de 10 ans.

Tableau 3 : Niveau de formations des médecins interrogés en addictologie et douleur.

Formation		
Addictologie N (%)		
Oui Non	43 (27) 114 (72)	
Type	DU DIU Capacité FMC DESC Aucune formation Pas de réponse	1 (0,6) 4 (2,5) 3 (2) 34 (21) 1 (0,6) 75 (47) 41 (25)
Douleur N (%)		
Oui Non	69 (43) 87 (55)	
Type	DU DIU Capacité FMC DESC Aucune formation Pas de réponse	5 (3) 9 (5) 0 53 (33) 2 (1) 56 (35) 36 (23)

Les médecins interrogés n'avaient pour la plupart pas de formation en addictologie et/ou douleur.
Vingt et un pourcents ont eu une formation en addictologie, de type Formation Médicale Continue (FMC).
Soixante-neuf médecins répondent à l'affirmative quant à la formation à la prise en charge de la douleur, pour un tiers d'entre eux à type de FMC également.

- Caractéristiques de la patientèle :

Parmi les 159 médecins interrogés, 114 soit 71% d'entre eux rapportaient la présence au sein de leur patientèle de patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes.

On note une plus grande proportion de patients traités par buprénorphine, avec une médiane de 3 patients substitués par BHD contre 2 pour la méthadone.

Soixante-sept pourcents des médecins interrogés considèrent que leurs patients sont équilibrés en termes de substitution, contre 6% considérant le contraire et 25% d'abstention.

Cinquante-huit pourcents des médecins interrogés rapportent que l'apparition d'une douleur aigüe chez le patient toxicomane est une situation délicate à gérer. Ils déclarent au moins 1 patient présentant une doléance douloureuse et bénéficiant d'un TSO consultant au cours de l'année.

- Recommandations et stratégies de prise en charge :

Les recommandations HAS sont utilisées dans 18% des cas, contre 15% pour les recommandations de l'addictologue référent du département. Dans 44% des cas, les praticiens n'ont pas recours à des recommandations.

Soixante-neuf pourcents des médecins estiment ne pas avoir suffisamment de données pour gérer la douleur aigüe en médecine de ville dans un contexte de toxicomanie. De même, 69% des médecins considèrent que leur connaissance de la physiopathologie de la douleur chez le patient toxicomane sont insuffisantes. On note qu'ils s'ont tout aussi nombreux à s'inté esser au sujet.

- Recours médicamenteux :

Cinquante-six pourcents des médecins n'augmentent pas le TSO en cas de survenue d'une douleur aigüe, mais mettent en place un traitement antalgique en association au TSO.

Cinquante-quatre pourcents des praticiens n'utilisent pas de traitement antalgique opioïde en complément du TSO.

Le résumé des traitements antalgiques mis en place en première et deuxième intention est visible dans le tableau 4.

En première intention, le paracétamol est majoritairement prescrit, suivi par les AINS. Acupan®, tramadol et codéine sont ensuite utilisés en premiers recours.

En cas d'échec du traitement de première ligne, 35% des praticiens auront recours aux AINS. C'est ensuite la majoration du traitement substitutif qui est choisie, pour 11% des médecins interrogés. Tramadol et Acupan® suivent ensuite pour 9% et 8% d'entre eux respectivement.

Tableau 4 : Stratégie antalgique de 1ère et 2ème intention en cas de douleur chez le patient toxicomane substitué

Thérapeutiques de 1ère intention		***Thérapeutiques de 2ème intention***	
	N (%)		N (%)
Pallier 1		**Pallier 1**	
Paracétamol	92 (57)	Paracétamol	0
AINS	13 (8)	AINS	57 (35)
Acupan®	5 (3)	Acupan®	14 (9)
Tramadol	5 (3)	Tramadol	15 (9,5)
Pallier 2		**Pallier 2**	
Codéine	3 (2)	Codéine	4 (2,5)
Pallier 3		**Pallier 3**	
Morphine	2 (1,2)	Morphine	3 (2)
Oxycodone	0	Oxycodone	3 (2)
Temgesic®	0	Temgesic®	0
Majoration du TSO	4 (2,5)	**Majoration du TSO**	18 (11)
Pas de réponse	35 (22)	**Pas de réponse**	45 (28)

L'enquête révèle que 1% des praticiens introduisent un traitement antalgique opioïde en première intention, contre 4% si le traitement antalgique de première intention échoue.

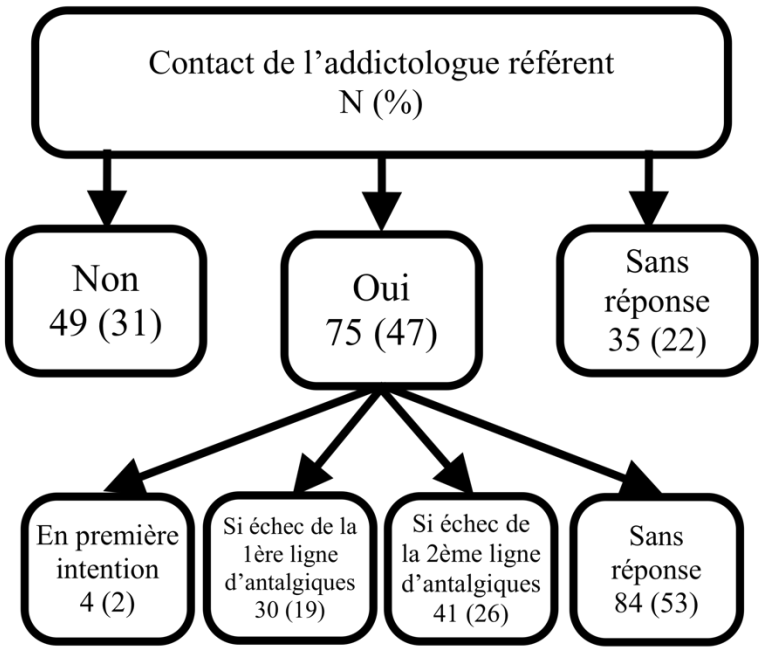
En cas de douleur aigüe chez un patient toxicomane substitué non connu du cabinet, un traitement antalgique non opioïde est mis en place dans 53% des cas. Le TSO n'est majoré que dans 1% des cas, et seul 1 des 159 praticiens interrogés instaure un antalgique opioïde.

Le recours au médecin traitant référent est préféré à l'envoi du patient vers le service d'accueil des urgences : 20 praticiens libéraux adressent le patient vers le médecin généraliste habituel du patient, et seulement 4 le renvoient vers les urgences. L'addictologue référent du patient est sollicité par 14 des praticiens dans ce contexte.

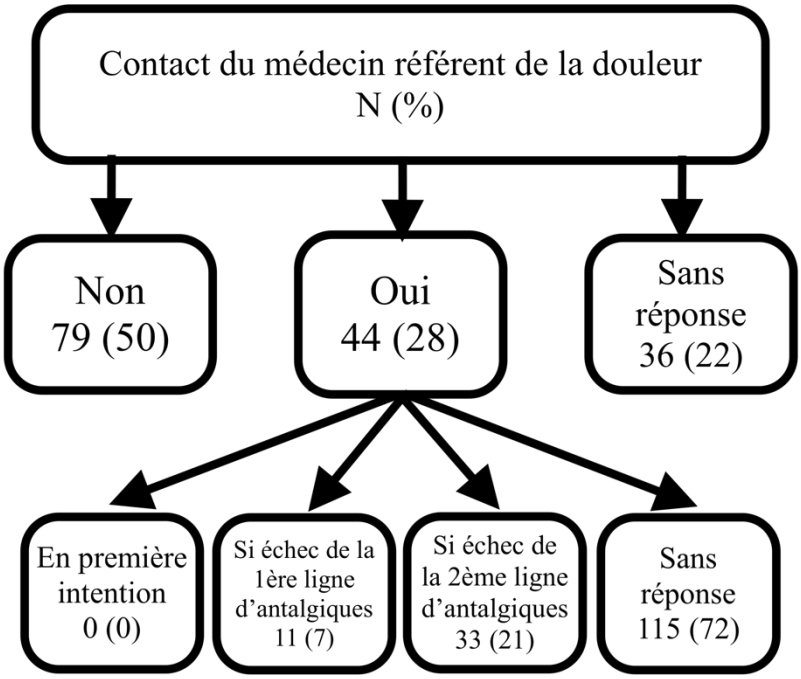
- <u>Recours à un avis spécialisé :</u>

Le médecin addictologue est l'un des acteurs clés de la prise en charge de la douleur aigüe chez le patient substitué. Il est contacté dans 47% des cas pour les médecins interrogés.

Son recours aura lieu en première intention dans 2% des cas. Dix-neuf pourcents des médecins le sollicitent en cas d'échec de la première ligne d'antalgique, et 26% en cas d'échec de la deuxième ligne.



Concernant le médecin spécialiste de la douleur, il ne sera sollicité que dans 28% des cas : jamais en première intention, 7% en cas d'échec de la première ligne d'antalgiques, et 21% en cas d'échec du traitement de deuxième ligne.



Si le patient toxicomane substitué n'est pas connu du cabinet, 8% des praticiens font appel à l'addictologue référent.

- <u>Limites de la prise en charge :</u>

Concernant l'introduction d'un antalgique de palier II ou III chez le patient toxicomane substitué, le risque de manipulation de la part du patient constitue le principal obstacle à la prescription pour 45% des médecins interrogés.

Le risque d'entraîner une rechute ou une dépendance suit, et concerne 35% des praticiens.

En revanche, la présence, le sevrage ou l'introduction récents d'un TSO ne sont pas des obstacles à la prescription.

L'ensemble des freins décrits dans le questionnaire et les réponses des praticiens sont décrits dans le tableau 5.

Tableau 5 : Arguments limitant la prescription d'un antalgique de palier II ou III chez le patient toxicomane substitué

Arguments	
	N (%)
Risque de manipulation de la part du patient	
Oui	72 (45)
Non	48 (30)
Pas de réponse	39 (25)
Risque de rechute et de dépendance	
Oui	57 (36)
Non	63 (40)
Pas de réponse	39 (25)
Patient sous Subutex®	
Oui	43 (27)
Non	77 (48)
Pas de réponse	39 (25)
Absence d'équilibre du TSO	
Oui	38 (24)
Non	82 (52)
Pas de réponse	39 (25)
Patient récemment sevré du TSO	
Oui	27 (17)
Non	93 (58)
Pas de réponse	39 (25)
Introduction récente d'une substitution	
Oui	20 (13)
Non	100 (63)
Pas de réponse	39 (25)

- Cas particulier de la grossesse :

Très peu de femmes enceintes substituées sont rencontrées en médecine générale : seuls 20 médecins (soit 13%) rapportent la présence d'une patiente enceinte et bénéficiant d'un TSO au sein de leur patientèle.

Quatre pourcents d'entre eux augmentent le TSO de manière systématique au cours de la grossesse.

En cas de douleurs, le TSO est augmenté dans 8% des cas. Les opioïdes seront prescrits pour 4% des praticiens.

Les stratégies thérapeutiques de première et deuxième intention sont décrites dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Stratégie antalgique en 1ère et 2ème intention chez la femme enceinte toxicomane substituée :

Thérapeutiques de 1ère intention chez la femme enceinte		***Thérapeutiques de 2ème intention chez la femme enceinte***	
	N (%)		N (%)
Palier 1		**Pallier 1**	
Paracétamol	74 (46,5)	Paracétamol	5 (3)
AINS	1 (0,6)	AINS	3 (2)
Acupan®	0	Acupan®	18 (11)
Tramadol	1 (0,6)	Tramadol	6 (4)
Palier 2		**Pallier 2**	
Codéine	2 (1,25)	Codéine	6 (4)
Palier 3		**Pallier 3**	
Morphine	1 (0,6)	Morphine	1 (0,6)
Oxycodone	0	Oxycodone	0
Temgesic®	0	Temgesic®	0
Majoration du TSO	0	**Majoration du TSO**	31 (19,4)
Pas de réponse	80 (50)	**Pas de réponse**	89 (56)

Le paracétamol est majoritairement prescrit en première intention, avec une prévalence de 46%. La majoration de posologie du TSO se fera en deuxième intention, en cas d'échec de la première ligne d'antalgiques, pour 19% des praticiens interrogés.

Le recours aux AINS est utilisé en première intention pour 1 praticien sur 159, et en deuxième intention pour 3 praticiens.

En cas de grossesse, l'addictologue référent de la patiente est sollicité en première intention dans 26% des cas, contre 10% pour le médecin spécialiste de la douleur.

L'abstention est de 50 à 56% pour la question du choix des thérapeutiques instaurées en cas de douleur chez la femme enceinte toxicomane substituée.

Discussion

L'enquête Non'Algique permet de soulever certaines particularités de la prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué ainsi que chez la femme enceinte substituée.

La survenue d'une douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué est fréquente et est une situation délicate à gérer pour la majorité des praticiens. Les traitements antalgiques non opioïdes sont prescrits en premier lieu, essentiellement le paracétamol en première intention, et les AINS en seconde intention, avec un recours éventuel aux antalgiques de palier II, ce qui est conforme aux recommandations de prise en charge de la douleur de l'OMS [6]. Les traitements antalgiques opioïdes sont peu utilisés par les médecins interrogés, principalement par crainte de manipulation de la part du patient. La posologie du TSO n'est pas majorée dans la plupart des cas.

Cette étude met en évidence le sentiment d'incompét nce éprouvé par certains praticiens libéraux, par manque de formation et surtout par manque de recommandations dans le domaine. Pour autant, le médecin addictologue ou le médecin spécialiste de la douleur sont peu sollicités en première intention. Concernant la femme enceinte, rares sont les médecins se positionnant sur une éventuelle stratégie de prise en charge, ce qui souligne la complexité de la situation. L'augmentation de la posologie du TSO n'est guère effectuée, et le recours au spécialiste est plus fréquent.

- <u>Prévalence de la plainte douloureuse</u>

La plupart des études réalisées sur le sujet de la prise en charge de la douleur en médecine générale retrouvent une doléance algique entre 17 et 60% [38–42].

Concernant la douleur aigüe chez le patient toxicomane, peu de chiffres récents sont disponibles dans la littérature : en 2000, R.N. Jamison estime la prévalence de la douleur aigüe à 61,3% pour une cohorte de 248 patients recevant de la méthadone [103].

En 2003, A. Rosenblum montre que 37% des 390 patients traités par méthadone inclus dans l'étude présentent une douleur chronique [104].

Dans notre enquête, la proportion de patients toxicomanes substitués présentant un épisode douloureux aigu concorde avec les résultats de ces études, et met en exergue la forte prévalence de la douleur chez le patient substitué.

Le peu de littérature disponible sur le sujet est sans doute dû à la faible proportion de patients toxicomanes parmi la population, avec, selon le dernier rapport de l'OFDT datant de

2019, 45 000 patients traités dans les CSAPA quant à leur consommation d'opioïdes et 0,2% des 18-64 ans étant des usagers réguliers de l'héroïne [15].

Il est également important de noter que les chiffres peuvent demeurer approximatifs, la douleur étant sous-évaluée dans ce contexte où les relations de confiance peuvent être difficiles à instaurer.

- Choix de la molécule et stratégies de prise en charge

La BHD est délivrée en ville à 62% des patients, contre 38% pour la méthadone, selon le tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opioïdes » de l'OFDT paru en juin 2019 [79]. La majorité de la BHD se prescrit par les médecins libéraux, dont 98% sont des médecins généralistes, en augmentation de 12% par rapport à l'enquête menée par X. Thirion en 2002 [79,105].

Dans notre enquête, la proportion de patients toxicomanes substitués par BHD est supérieure à celle des patients traités par méthadone, ce qui concorde avec ces deux études.

Du fait des phénomènes d'hyperalgésie et de tolérance croisée, survenant également avec les TSO, différents auteurs ont proposé des stratégies de prise en charge en cas de douleur aigüe chez le patient toxicomane.

En France, N. Authier en 2008 préconise pour la méthadone le maintien du TSO à la dose prescrite, sans augmentation, avec ajout d'un opiacé fort en doses pluriquotidiennes [106]. Pour la BHD, l'auteur suggère le maintien du TSO à même posologie avec ajout d'un antalgique opioïde ou le fractionnement des doses toutes les 6 à 8 heures.

Une année plus tard, C. Victorri-Vigneau dans un dossier thématique d'addictovigilance évoque l'ajout d'antalgiques forts, le respect de la relation médecin malade avec une information claire du patient quant à l'introduction éventuelle d'opioïdes, et ajoute que la stratégie adoptée doit être adaptée au TSO usuel [107].

Dans son travail de 2012, P. Courty propose la même stratégie d'ajout d'un traitement antalgique opioïde en cas de douleur sévère, mais suggère l'augmentation de la posologie du TSO en cas d'échec [18].

F. Laroche la même année précise que le TSO doit être poursuivi, en assurant les besoins de base en opiacés [19]. L'accent est aussi mis sur la coopération médecin/patient avec une information appropriée et le respect de ses besoins en antalgie.

V. Laprevote en 2013 recommande le maintien du TSO, et le passage rapide aux opioïdes si les antalgiques de palier I ne suffisent pas [17]. Il est également possible de fractionner la

prise du TSO en cas de douleur modérée à sévère. En cas de traitement par BHD et l'échec de fractionnement des doses, le passage à la méthadone est possible, avec ajout d'antalgiques de palier II ou III si nécessaire. Cependant, l'augmentation de la posologie du TSO à visée antalgique n'est pas appropriée.

L'enquête Non'Algique révèle que la posologie du TSO n'est pas majorée en premier lieu en cas de douleur aigüe, ce qui concorde avec les données de la littérature. Cependant, l'utilisation des opioïdes, bien que plus élevée en deuxième intention, reste rare, et diverge des recommandations.

La représentation de la toxicomanie en médecine générale, et les potentiels effets secondaires d'une surdose en opiacés (comme la dépression respiratoire ou les effets neurologiques centraux) semblent freiner la prescription et le recours aux antalgiques de palier III en cas de substitution.

- Représentation des opioïdes / limites à la prescription

Les chiffres retrouvés dans notre enquête concordent avec ceux d'autres études mettant en exergue les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de la prescription d'opioïdes chez le patient toxicomane.

En France en 2014, E. Serra met en évidence dans une enquête menée auprès de 100 médecins généralistes installés sur le territoire français que le risque de survenue d'une dépendance est un frein majeur à la prescription d'opioïdes forts en cas de douleur non cancéreuse pour 30% d'entre eux [43].

Sur le plan international, la stigmatisation du patient toxicomane est également observée. Une étude britannique menée en 2007 par K. Hutchinson montre que le risque de dépendance et que la demande d'antalgie soit médiée par un manque sont des critères de non prescription d'antalgiques opioïdes pour 25% des praticiens interrogés [64].
La même année, H. Blake révèle que 68% des médecins généralistes interrogés dans son étude sont réticents à l'introduction d'un traitement antalgique opioïde [108].

Il a cependant été démontré que l'administration d'un traitement antalgique inadéquat chez le patient toxicomane substitué augmente le risque de rechutes et de mésusage, notamment par la recherche de substances illégales en vue d'une automédication [63,104,109–111].

Une formation complémentaire des médecins semble ainsi indispensable pour lutter contre l'"opiophobie".

- Intérêt d'une formation complémentaire des médecins : connaissances de la physiopathologie et utilisation des recommandations.

La crainte de ne pas savoir prendre en charge le patient toxicomane substitué en cas de douleur aiguë, et l'aveu d'une connaissance trop faible de la physiopathologie de la douleur chez le patient toxicomane substitué sont mis en exergue dans notre enquête.
Ceci se rapproche des données des résultats de l'enquête menée par J. Pereira Le Corre au cours de son travail de thèse en 2013, soulignant que 66% des médecins interrogés au cours de son étude, sur un total de 50 médecins généralistes de la région parisienne, affirment ne pas avoir de connaissances suffisantes de physiopathologie de la douleur chez le patient toxicomane substitué [68].
Des résultats contradictoires sont cependant observés dans la littérature :

- L'enquête évolution de la prise en charge des toxicomanes (EVAL) menée par l'OFDT et dont le rapport a été publié en 2002 met en évidence que 45% des médecins sur les 276 praticiens interrogés en 1992, 1995, 1998, et 2001 ont entrepris une formation spécifique [112]. Cette enquête rapporte que le désir de formation n'est pas lié au sexe, à l'âge ou à l'ancienneté d'installation. Le nombre de patients toxicomanes vus en consultation de médecine générale semble proportionnel à la taille de la ville d'exercice, avec un désir de formation et de prise en charge adéquate. Plus de 70% des médecins exerçant dans des villes de plus de 20 000 habitants ont le sentiment d'être formés, contre 48% dans les villes de moins de 2000 habitants [112].

Les résultats de notre enquête divergent avec ceux de EVAL, pour autant nous n'avons pas effectué cette recherche par ville mais par département et région. Cette enquête a également été réalisée sur plusieurs années, avec un plus grand nombre de médecins interrogés. Cette différence méthodologique rend la comparaison de nos résultats difficile avec ceux de l'étude EVAL.

- C.ZABEL dans une enquête de terrain menée en 2008 auprès de 35 médecins généralistes Lorrains recense 50% de praticiens ayant entrepris une formation

spécifique à la toxicomanie [113]. Mais 43% des médecins interrogés ne se sentent pas suffisamment formés.

Le programme de formation de l'université de médecine de Nancy comporte un cours généraliste sur les toxicomanies en 3ème année de Formation Générale en Sciences Médicales (FGSM3) via l'unité d'enseignement (UE) n° 1, une approche du handicap et de la douleur dans l'UE2 de la 1ère année de Formation Approfondie en Sciences Médicales (FASM1), ainsi qu'une introduction aux drogues et toxicomanies la même année dans l'UE4 de Psychiatrie. La prescription des stupéfiants et antalgiques est abordée en 3ème année de FASM (FASM3). Un cours sur la prise en charge des toxicomanes en médecine générale est organisé dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale.

Les praticiens interrogés dans notre enquête sont installés depuis moins d'une dizaine d'années pour la plupart, et rapportent avoir eu une formation en addictologie et en douleur au cours de FMC.

Toutes ces formations ne semblent pas suffire pour que les praticiens se sentent armés dans ces situations. La fréquence de ces consultations ne permet peut-être pas une maîtrise réelle par les praticiens de terrains de l'abord des patients toxicomanes. Il est aussi possible que ce ne soit pas le problème des connaissances théoriques mais plutôt de la perception de cette population qui pose un problème. Une formation accès sur les conduites pratiques au cabinet et les représentations des populations toxicomanes pourrait peut-être améliorer le constat actuel.

- Usage des recommandations

Dans notre étude, les recommandations sont peu utilisées par les médecins interrogés.

Une revue de la littérature effectuée par J. Tournebize en 2014, évaluant l'adhérence des médecins aux règles existantes de bonne pratique pour limiter les risques liés à l'usage aux opiacés, montre que moins de 50% des recommandations sont appliquées par les médecins [114]. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans notre enquête, les praticiens interrogés n'utilisant pour la plupart aucune recommandation particulière.

Les dernières recommandations traitant de la prise en charge du patient toxicomane remontent à 2004, et concernent l'instauration d'un TSO chez un patient désirant un sevrage [69].

Il n'existe à ce jour aucune recommandation officielle à notre connaissance concernant la prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué. Ceci traduit à la fois

la complexité du phénomène subjectif douloureux, et les spécificités physiopathologiques du patient toxicomane, notamment en termes d'hyperalgésie et de tolérance.
Les propositions de prise en charge faites par certains auteurs sont à prendre en compte, et à adapter aux caractéristiques de chaque patient. Ces stratégies thérapeutiques semblent en revanche peu usitées, sans doute car elles demeurent peu connues.

Il serait intéressant de savoir quelles sont les réticences des praticiens à se servir des recommandations, afin de faire la part entre une éventuelle méconnaissance de leur existence, des difficultés d'accès, ou encore la difficulté de leur application dans la pratique courante.

- Place des médecins addictologues et médecins de la douleur :

L'enquête Non'Algique permet de mettre en avant que les praticiens n'ont pas recours au médecin spécialiste de la douleur du secteur, ou à l'addictologue référent du patient, sauf en cas d'échec du traitement antalgique initié. Dans ce cas, seul un quart des médecins interrogés les sollicitent.
Aucune étude récente dans la littérature francophone ou internationale à notre connaissance ne met en avant le rôle propre du médecin spécialiste de la douleur et sa place dans la prise en charge d'un phénomène douloureux aigu chez le patient toxicomane substitué. Il est cependant admis que la prise en charge du patient douloureux aigu dans un contexte de toxicomanie relève d'une prise en charge pluridisciplinaire.
L'absence de recours au spécialiste dans notre enquête peut se rapprocher d'une volonté des praticiens de prendre en charge leurs patients au mieux avec leurs connaissances et les outils dont ils disposent. Il est aussi possible que ces équipes ressources restent dans l'imaginaire des professionnels un recours pour les situations trop complexes uniquement, soit, après de multiples échecs thérapeutiques.

Il aurait été intéressant de cibler les raisons du recours au praticien spécialiste, ou les raisons du non-recours. Le souhait de maintenir une relation médecin-malade de qualité, dans ce contexte où les relations de confiance sont fragiles et incertaines, aurait sans doute pu être mis en évidence.

- Prise en charge en cas de grossesse :

Le fait que très peu de patientes enceintes fassent partie de la patientèle des médecins généralistes est peu étonnant. Le suivi de ces jeunes femmes est disparate et la grossesse de découverte souvent tardive. Le suivi de ces patientes relève d'un parcours spécialisé.

Selon notre enquête, en cas de grossesse le recours au spécialiste en première intention est plus fréquent. Cela est d'autant plus vrai pour le médecin spécialiste de la douleur, que les praticiens sollicitent beaucoup plus fréquemment en première intention pour la femme enceinte, alors qu'aucun ne faisait appel à lui en dehors d'une grossesse. Ceci peut laisser supposer que les médecins généralistes rencontreraient des difficultés à prendre en charge ces patientes, de par l'accumulation de plusieurs spécificités thérapeutiques : la grossesse d'une part, la toxicomanie d'autre part, et enfin la prise en charge de la douleur dans ce contexte.

Si peu de données sont présentes dans la littérature sur la place des médecins spécialistes de la douleur dans la stratégie de prise en charge, il en est de même pour la grossesse.

Concernant la prise en charge de la douleur, l'augmentation de la posologie des TSO à un taux élevé tout au long de la grossesse, voire une augmentation de cette posologie au troisième trimestre de grossesse, est nécessaire au bien être maternel (syndrome de manque) et fœtal (majoration des poids de naissance, diminution du risque de prématurité) [89,99,100].

Le risque de syndrome de sevrage du nouveau-né reste cependant similaire :

- Pour la méthadone, la fréquence de Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN) est de 50 à 80% et apparaît dans les 72 heures et jusqu'à deux semaines après la naissance (115).
- Pour la BHD, la fréquence d'apparition est de 50 à 65%, dans les 48 heures.

Les praticiens interrogés dans notre étude sont très peu à majorer de manière systématique le TSO, ce qui va en l'encontre de la littérature disponible sur le sujet, y compris dans les recommandations HAS de 2004 [69,89,99,100].

Le recours aux antalgiques de palier I est très utilisé, et on note l'utilisation des AINS en deuxième intention en cas d'échec de la première ligne d'antalgiques. Cette pratique diverge de celle recommandée par le CRAT, mais devant l'absence de précisions quant au terme de la grossesse, la stratégie de prise en charge ne va pas à l'encontre des recommandations à proprement parlé [87].

- Biais et limites

La population de notre étude est inférieure à la taille cible de l'échantillon. L'enquête devait initialement inclure l'ensemble des médecins généralistes installés sur le territoire français et d'outre-mer. Toutefois, un refus massif de diffusion du questionnaire par différentes instances a été rencontré, avec impossibilité pour certains départements d'être représentés. Ceci explique notre incapacité à atteindre notre objectif initial.

Cette étude était basée sur un questionnaire ce qui ne permet pas d'exclure un biais entre les déclarations et les pratiques réelles.

Le choix de la stratégie thérapeutique adoptée par les praticiens en cas de douleur aigüe était limité car une réponse unique était requise. L'utilisation de coantalgiques ou la combinaison de plusieurs médicaments antalgiques dans la stratégie de prise en charge aurait pu être intéressante à évaluer, de même que l'utilisation des pratiques psychocorporelles.

D'autre part, il aurait été intéressant de préciser si certains médecins préféraient faire le choix du retrait du TSO, plutôt que son maintien, en cas d'apparition d'une douleur aigüe.

Conclusion

L'enquête Non'Algique a permis de décrire les stratégies de prise en charge de la douleur du patient toxicomane substitué en médecine générale.

La doléance algique reste un motif majeur de consultation. Les stratégies thérapeutiques adoptées par les praticiens interrogés suivent les recommandations proposées par les études traitant du sujet en particulier sur le maintien du TSO à posologie similaire, sans majoration à visée analgésique [17–19,106,107].

La prise en charge de la douleur suit les recommandations de l'OMS, et notamment la règle des différents paliers [6]. Toutefois, le recours aux antalgiques opioïdes est rarement effectué, plusieurs freins à la prescription sont évoqués et notamment le risque de manipulation de la part du patient. Ce constat rejoint les résultats de plusieurs études sur le sujet [59,61–65].

Une lutte contre la stigmatisation du patient toxicomane se doit d'être poursuivie, comme le souligne P. Courty, en évoquant que la formation est essentielle mais que la lutte contre l'opiophobie se fera par l'écoute, l'empathie et la prise en considération que la douleur du patient toxicomane est plus fréquente et plus intense que dans la population générale, avec nécessité de doses d'opioïdes majorées [18].

Nous avons constaté que les praticiens se sentent peu compétents dans ces prises en charge. La formation des médecins interrogés leur semble peu suffisante, et ils avouent manquer de connaissance de physiopathologie. Une formation axée sur des conduites pratiques et les représentations des populations toxicomanes pourrait améliorer la situation actuelle.

Les recommandations de 2004 concernant les TSO sont peu utilisées, et rares sont les médecins ayant recours au spécialiste [69]. Il serait intéressant de se pencher sur les raisons de ce non-recours : sont-elles en rapport avec une indisponibilité du spécialiste, avec une pénurie médicale dans ce domaine de spécialité, ou plutôt avec une méconnaissance de l'organigramme des spécialités du secteur ? La collaboration pluri professionnelle est indispensable à la prise en charge de ces patients dont la douleur suit une physiopathologie particulière, et permettrait par un suivi rapproché de prévenir autant que possible la survenue de douleurs aigües. La place des médecins addictologues et spécialistes de la douleur reste à préciser, de même que l'intervention éventuelle d'infirmiè es libérales au domicile du patient, dans le même principe que les infirmières Action de Santé Libérale en Équipe (Asalée). Ces

infirmiers, spécifiquement formés à la prise en charge des pathologies chroniques, interviennent auprès des patients en proposant un accompagnement individuel qui intervient en complément de la pratique médicale, au sein du cabinet d'un médecin généraliste. La prise en charge de la douleur et de la toxicomanie serait ainsi bien articulée en médecine de ville, avec une collaboration pluri disciplinaire instituée d'emblée.

Concernant la prise en charge de la femme enceinte toxicomane substituée, nous constatons que peu de médecins se prononcent. Les données de la littérature disponibles sur le sujet préconisent l'augmentation de la posologie du TSO à des fins préventives, à la fois pour la mère et le fœtus, mais n'est pas effective dans notre enquête [69,89,99,100]. Le suivi de la femme enceinte toxicomane pouvant être disparate, la place du médecin traitant est à définir, et la multidisciplinarité reste plus que jamais la règle. La réalisation d'études complémentaires portant sur un plus grand nombre de femmes enceintes toxicomanes est nécessaire afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée en cas de douleur aigüe.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun lien d'intérêt à déclarer en lien avec cette étude.

7. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'enquête Non'Algique s'est intéressée aux stratégies de prise en charge adoptées par les médecins généralistes installés sur le territoire français en cas d'apparition d'une douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué.

La plainte douloureuse représente près de 60% des motifs de consultations de médecine générale en France [39].
À l'échelle internationale, S.D. Passik montre dans une étude en 2006 qu'en cas d'antécédent de comportement addictif chez des patients porteurs du VIH, il existe une plus grande intensité de la symptomatologie douloureuse [116]. Dans une étude deux ans plus tard, J.S. Potter rapporte que 34% des patients traités par méthadone de leur population avaient expérimenté une douleur sévère au cours des 12 derniers mois [117].

Le patient douloureux chronique bénéficiant d'un traitement opioïde fait l'objet de nombreuses études [11,65,67,84,118–120]. Les toxicomanes ont en effet plus de risque de présenter des douleurs aigues ou chroniques que la population générale, et le sujet toxicomane évoque plus volontiers des céphalées, arthralgies et lombalgies en cas de doléance algique.
Le sujet du patient toxicomane substitué présentant une douleur aigüe est peu représenté dans la littérature en lien sans doute avec les difficultés d'estimation de la prévalence de la plainte algique dans cette population spécifique en termes de suivi et de prise en charge. Dans une thèse de pharmacie française réalisée en 1999, 40% des patients toxicomane ne consultaient pas devant l'apparition d'une douleur aigue [121]. Pourtant, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient toxicomane, comme le montre une enquête datant de 1992, qui met en évidence que seuls 12% des médecins généralistes ne voient aucun toxicomane, que 53% en suivent moins de 10 par an et 35% en suivent plus de 10 [112].
Il semble donc possible d'effectuer des études à plus grande échelle, sur le plan national, afin d'estimer la prévalence de patients douloureux et toxicomanes substitués consultant en cabinet de médecine générale. L'estimation de la prévalence sera alors à mettre en rapport avec les chiffres épidémiologiques obtenus par l'OFDT. Une telle étude permettrait de mieux connaitre cette population et de mieux l'aborder.

Les stratégies thérapeutiques mises en place par les médecins interrogés dans notre étude sont conformes aux rares études françaises disponibles, préconisant le maintien du TSO et

l'utilisation d'antalgiques adaptés à la douleur [17–19,106,107]. La majoration du TSO à visée antalgique est peu effectuée, ce qui est conforme à la stratégie thérapeutique préconisée.
Sur le plan international, D.P. Alford aux États-Unis en 2006 recommande le maintien de la posologie usuelle de méthadone avec ajout d'un traitement antalgique opioïde s'il est indiqué [122]. Les données de la littérature étaient alors trop limitées pour élargir les propositions de stratégies thérapeutiques aux patients substitués par BHD, cependant la division des doses de BHD avec une administration plus fréquente était suggérée.
En 2019, S. Veazie dans une étude menée aux États-Unis approuve le maintien du TSO et la prise en charge de la douleur de façon appropriée, par utilisation d'opioïdes si nécessaire [123].

On remarque que les opioïdes forts ne sont pas prescrits en complément du TSO, ce qui se rapproche des résultats visibles dans d'autres études sur le sujet [39,63,68].
La physiopathologie de la douleur du patient toxicomane substitué et notamment les notions de tolérance croisée et d'hyperalgésie sont bien décrites dans la littérature [7,8,14]. L'hyperalgésie plus particulièrement pourrait être amoindrie par une diminution des doses d'antalgiques opioïdes ou encore la rotation des opioïdes utilisés [14,83]. Le fractionnement des doses de TSO en cas de douleur aigüe, et l'ajout d'un traitement antalgique opioïde si nécessaire, permettrait ainsi d'avoir une meilleure efficience antalgique, par diminution de l'hyperalgésie.
Afin de mettre en lumière les recommandations retrouvées dans la littérature, nous nous proposons de réintroduire la stratégie de prise en charge déjà proposée par V. Laprevote, à adopter en cas de douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué (Figure 3).

Les praticiens interrogés jugent ne pas disposer de suffisamment de connaissances ou de formation en physiopathologie pour prendre en charge de manière adéquate le patient toxicomane substitué présentant une douleur. Cette situation est ainsi considérée comme problématique pour la majorité d'entre eux.
Ce sentiment d'incompétence aboutit à plusieurs freins à la prescription, mis en exergue dans notre étude et retrouvés dans la littérature, avec notamment la notion d'"opiophobie", répandue à travers le monde dans le milieu médical. La notion de manipulation de la part du patient est ainsi fortement crainte par les médecins de notre enquête, et dans une moindre mesure le risque de rechute et de dépendance. Ceci explique l'absence de prescription d'opioïdes forts en complément du TSO en cas de douleur aigüe.

Les croyances des praticiens ont également été étudiées aux États Unis :

- D.T. Barry en 2010 montre que plusieurs facteurs influencent la prescription d'un traitement antalgique opioïde, en particulier le caractère subjectif de la douleur, et l'existence d'addictions pouvant mener à un mésusage [65].

- R.S. Wallwork dans une étude de 2016 note que la peur de créer une dépendance, et de manipulation de la part du patient, constitue de même un obstacle à la prescription [46].

Il est intéressant de noter que sur le plan international, plus particulièrement aux USA, la prescription d'opioïdes est un véritable problème de santé publique dans le cas de la douleur chronique.

A.M. Gilson montre dans une étude datant de 2010 que 91% des 277 médecins généralistes interrogés pensent que la prescription d'opioïdes est une problématique majeure [124].

Des stratégies de prescription des antalgiques opioïdes et un suivi des patients est proposé en 2017 par L. Manchikanti [125].

Il est reconnu qu'une prise en charge inadéquate de la douleur chez le patient toxicomane substitué aboutira à l'utilisation d'opioïdes de manière illégale pour soulager leur douleur, ce qui peut conduire à une surdose et au décès [63,104,109–111]. Lutter contre ces freins à la prescription est une nécessité.

Si la formation des étudiants en médecine comporte des cours à propos de la toxicomanie, et si les praticiens installés peuvent assister à des FMC traitant du sujet, il semble nécessaire de mettre en place des programmes de formation plus approfondis, ou que l'existence de telles formations soit plus largement diffusée. On peut citer à titre d'exemple les Journées Franc Comtoises de la douleur, la dernière ayant eu lieu en 2013, ou encore les congrès internationaux d'Addictologie de l'ALBATROS, le dernier ayant eu lieu à Paris en juin 2018. Il serait intéressant de cibler le désir de formation des praticiens, et quels critères pourraient faciliter leur inscription à un programme de formation plutôt qu'un autre : le manque de temps dans une médecine de ville de plus en plus sollicitée, ou encore la non-proximité géographique en cas d'exercice en milieu rural.

Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 reprend cette notion de formation, et la complète notamment par le projet de développement d'outils de formation en e-learning, permettant ainsi une généralisation des formations, avec notamment la présence d'un Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie en e-learning [49].

En parallèle des formations complémentaires, une plus large diffusion des derniers travaux réalisés sur le sujet pourrait aussi faciliter la pratique des médecins généralistes désireux de perfectionner leur exercice.

Plusieurs stratégies peuvent être proposées, comme la réalisation d'interventions autour de la douleur ou de la toxicomanie lors des congrès annuels du CNGE, ou encore la publication des études réalisées sur ce sujet dans les revues fréquemment utilisées par les praticiens libéraux, afin de pallier la chronophagie d'un éventuel déplacement, et mettre à disposition d'éventuelles recommandations.

Il est également nécessaire pour les praticiens de connaître les structures de premier recours auxquels ils peuvent adresser le patient si nécessaire. L'existence des CSAPAA et des CAARUD permet de mettre en place un réseau de soins adapté, et d'orienter au mieux le patient selon les objectifs de prise en charge. Par la connaissance de ces réseaux de ville, le médecin généraliste en difficulté pourra ainsi encadrer la prise en charge, ce qui pourrait diminuer le sentiment d'impuissance et permettre un parcours patient plus adapté.

Les freins à la prescription découlent d'un manque de formation ressenti par les praticiens d'une part, mais aussi de la pauvreté des recommandations disponibles sur le sujet. Dans notre enquête, la majorité des praticiens interrogés ne se servent d'aucune recommandation.

La prise en charge de la douleur du patient toxicomane substitué n'est à ce jour le sujet d'aucune recommandation officielle. En 2004, la HAS a édité des recommandations concernant l'introduction et le maintien des TSO [69]. E. Manguzzi précise cependant que la spécificité de chaque cas est telle que les traitements initiés en cas de douleur aigüe se doivent d'être adaptés au mieux aux caractéristiques du patient, et être évalués, ce qui ne pourrait permettre des recommandations précises et immuables sur le sujet [126]. Ceci se rapproche de la notion d'hyperalgésie propre à chaque patient, avec un besoin en opioïdes si cela est nécessaire au vu de la douleur, tout en repoussant avec prudence et parcimonie les éventuels freins à la prescription rencontrés par le prescripteur.

Établir des recommandations sur le sujet est donc difficile. Améliorer les prises en charge, et les adapter aux spécificités de chaque patient, que ce soit en termes d'âge, d'ethnie, ou de posologie habituelle du TSO passe par la réalisation d'études complémentaires dans ce domaine pour la bonne compréhension de la nociception et sa prise en charge. De plus, diffuser les principes généraux de prise en charge de la douleur aigüe du patient sous TSO peut être profitable aux praticiens installés en difficulté face à une telle situation. Le contact

de l'addictologue référent du patient et la pluridisciplinarité restent également la règle, sous couvert que le patient donne son consentement.

La place du médecin généraliste est ainsi précisée de par son rôle de premier interlocuteur, dans un contexte de relation de confiance médecin/malade. Il peut également se mettre en contact avec les spécialistes appropriés, pour assurer au mieux le suivi et l'équilibration du traitement du patient. L'organisation de consultations plus rapprochées, en collaboration avec les spécialistes référents semble difficile à mettre en œuvre de par le manque croissant de médecins spécialistes, mais permettrait peut-être par l'équilibre obtenu de prévenir la survenue de douleurs aigues. On peut également discuter l'élargissement des formations spécifiques des infirmières Asalée, en considérant la toxicomanie comme une pathologie chronique nécessitant de fait un suivi particulier. Le recours aux Infirmières de Pratique Avancée mention psychiatrie et santé mentale (IPA) pourrait être un atout considérable dans le suivi et la prise en charge des patients toxicomanes substitués. Leurs compétences étant de par leur formation élargie, leur implication clinique en cas de douleur aigüe peut se révéler précieuse. L'intervention de ces équipes paramédicales permettrait aussi de pallier la pénurie médicale dans ce domaine de spécialité, en bénéficiant d'un avis conforme aux recommandations et en assurant un suivi plus assidu.

Dans un contexte de grossesse chez une patiente toxicomane substituée en opioïdes, peu de médecins généralistes se prononcent dans notre enquête avec une forte abstention. Cette abstention peut être en lien avec un faible nombre de femmes enceintes substituées au sein de la patientèle des praticiens interrogés, ce qui introduit le sujet de la place du médecin généraliste dans cette prise en charge codifiée. Le risque de complications maternelles et fœtales peut être dramatique en cas de perte de suivi. On peut également supposer que le faible nombre de répondants est en rapport avec la complexité de la situation, à 3 niveaux différents : les prises en charge spécifiques à la grossesse d'une part, le sujet délicat et encore tabou de la toxicomanie d'autre part, et enfin l'urgence du phénomène douloureux qu'il convient de soulager de manière appropriée. Ces 3 niveaux de complexité justifient l'éventuelle appréhension des praticiens à se positionner précisément sur la question.

Les praticiens ayant répondu aux questions relatives à grossesse et toxicomanie sont très peu à majorer de manière systématique le TSO, ce qui va à l'encontre de la littérature disponible sur le sujet [69,89,99,100].

Il n'en demeure pas moins qu'outre ces articles relatant de l'importance de l'augmentation de posologie du TSO, la prise en charge doit plus que jamais être

pluridisciplinaire, et l'orientation précoce de ces patientes vers des centres spécialisés apparaît indispensable pour le pronostic de la grossesse. On remarque dans notre étude que le spécialiste addictologue ou de la douleur est beaucoup plus sollicité en première intention, ce qui met en exergue la complexité de ces situations. Une étude canadienne datant de 2018 montre la place importante des médecins spécialistes de la douleur et addictologues dans la prise en charge de ces patientes, avec notamment le besoin d'avoir recours aux structures spécialisées afin d'optimiser la prise en charge [127].

L'introduction d'un TSO est démontrée comme bénéfique à la fois pour la mère et pour l'enfant. Si la méthadone est depuis longtemps considérée comme le TSO de choix en cas de grossesse, une étude datant de 2019 relate que l'utilisation de la BHD pourrait être préférée [93].

Le suivi et la mise en place d'une relation de confiance avec la femme toxicomane, avant même qu'une grossesse soit débutée, jouent également un rôle clé dans la prise en charge. Des études américaines concernant le suivi de la femme enceinte toxicomane ont été effectuées entre 2017 et 2019.

- A.B.O'Connor note qu'une femme sera plus encline à initier un traitement par TSO à la découverte de sa grossesse [128]. Pourtant, l'initiation d'un TSO se doit d'être effectuée avant même de débuter la grossesse, afin que le suivi et le pronostic soient favorable.
- K.M.Lopian en 2019 dans une étude de cohorte s'est intéressée au suivi de 108 femmes enceintes au cours de l'année écoulée, et met en évidence que ne pas stigmatiser la patiente est indispensable pour son adhésion au TSO [129].
- Un ensemble de recommandations concernant les soins prénataux sont énoncés par E.W.Rosenthal en 2019, en mettant l'accent sur l'information des patientes enceintes dans un cadre structuré, notamment concernant le SSNN, des règles hygiéno-diététiques, et une surveillance fœtale rapprochée [101].

La création de parcours patients dédiés avec les ressources locales pourrait permettre d'amélior r les prises en charge de ces patients si particuliers. Il semble de plus nécessaire de poursuivre les formations des spécialistes de médecine générale en se focalisant particulièrement sur les freins à la prescription d'antalgiques adaptés à ces situations. Par ailleurs, la poursuite de projet de recherche sur les populations toxicomanes en médecine de ville pourrait permettre d'amélior r leur prise en charge.

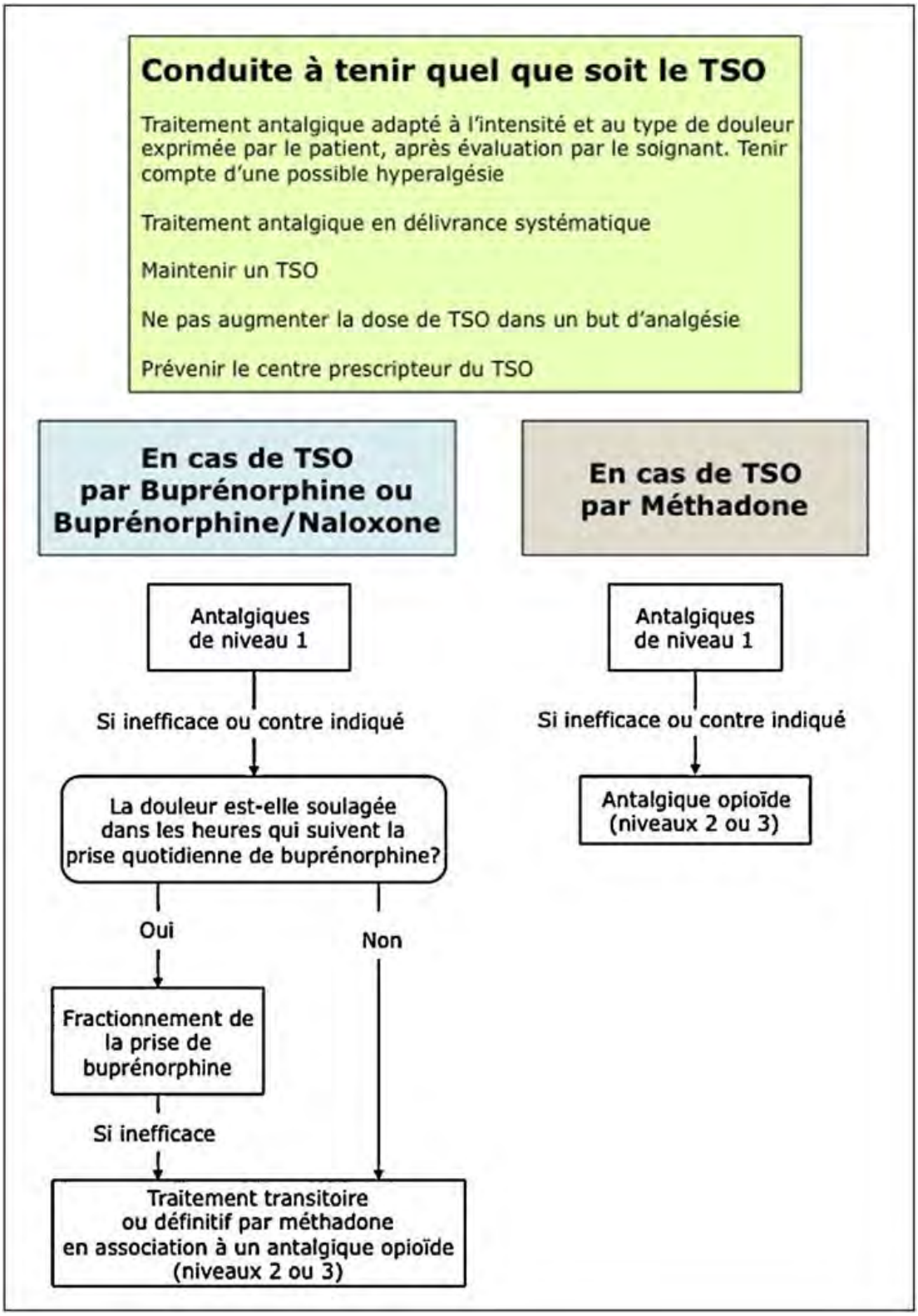


Figure 3 : Stratégie de prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué par buprénorphine ou méthadone (17)

8. BIBLIOGRAPHIE

1) Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de la CIM-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.

2) Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.

3) Substitution aux opiacés en France, synthès des informations disponibles de 1996 à 2001 en France, Paris, OFDT, 2003, 80 p.

4) M. Maisonneuve. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en méd cine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN. (Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'état). Grenoble: Université Grenoble Alpes Faculté de Médecine, 2017.

5) HAS, Direction de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Evaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins. HAD : Outils de l'expérimentation de l'indicateur "Evaluation et prise en charge de la douleur" en HAD. Liste d'échelles validées pour mesurer la douleur. Février 2019. [Internet]. [cité 16 avril 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2905713/fr/iqss-2019-had-outils-de-l-experimentation-de-l-indicateur-evaluation-et-prise-en-charge-de-la-douleur-en-had

6) Delorme T. Thérapeutiques antalgiques, médi amenteuses et non médi amenteuses. La revue du Praticien. 2011;61:15.

7) Angst M.S., Clark J.D.M. Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review. Anesthesiology. 2006;104,570–587.

8) Chu, L.F., Clark, D.J., Angst, M.S. Opioid tolerance and hyperalgesia in chronic pain patients after one month of oral morphine therapy: a preliminary prospective study. J. Pain. 2006;7,43–48.

9) Lee, M., Silverman, S.M., Hansen, H., Patel, V.B., Manchikanti, L. A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. Pain Physician. 2011;14,145–161.

10) Richebe, P., Cahana, A., Rivat, C. Tolerance and opioid-induced hyperalgesia. Is a divorce imminent? Pain. 2012;153,1547–1548.

11) Hay J.L, White J.M, Bochner F and al. Hyperalgesia in Opioid-Managed Chronic Pain and Opioid-Dependent Patients. The Journal of Pain. 2009;10(3):316-22.

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

13) Neighbor ML, Dance TR, Hawk M, Kohn MA. Heightened pain perception in illicit substance-using patients in the ED: implications for management. Am J Emerg Med. 2011;29(1):50-6.

14) Calvino B. L'hyperalgé ie induite par les opioïdes. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2013;14(5):226-33.

15) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie. Drogues, Chiffres clés, 8ème édition 2019. [Internet]. [cité 23 fev 2020]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf

16) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Commission des stupéfiants et psychotropes, Compte rendu de la séance du 11 mai 2017, Journée d'échange partenarial sur l'usage des antalgiques opioïdes en France, Séance n°5, 12 octobre 2017. [Internet]. [cité 23 fev 2020]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7eeb7817c7212668cafbac08023063c8.pdf

17) Laprevote V., Geoffroy P, Rolland B et al. Gestion des traitements de substitution aux opiacés lorsqu'un antalgique est indiqué. La Presse Mé icale. 2013;42:1085-90

18) Courty P., Authier N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés. La Presse Médicale. 2012;41:1221-25

19) Laroche F, Berra-Louville A, Marty M et al. Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne). Revue du Rhumatisme. 2012;79:306-11.

20) Merskey, H. 1979, International Association for the Study of Pain.

21) Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Référentiel collège de Douleurs soins palliatifs et accompagnement. 3ème édition. Paris : MED-LINE;2019. 392p.

22) Corpus Médical, Faculté de Médecine de Grenoble. Payen J-F. Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur, Nov 2002. [Internet]. [cité 23 fev 2020]. Disponible sur:
http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/leconimprim.pdf

23) Collège des Enseignants de Neurologie. Référentiels des collèges. 5ème édition. Paris : Elsevier Masson ;2019. 627p.

24) Cambier J, Masson M, Dehen H. Neurologie. Elsevier Masson; 2008. 564 p.

25) Calvino B, Grilo R.M. Le contrôle central de la douleur. Revue du Rhumatisme. 2006;73(1):10-8.

26) Galinski M, Ruscev M, Pommerie F, et al. Prise en charge de la douleur aiguë sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière : enquête nationale auprès des médecins de Smur. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2004;23(12):1149-54.

27) Pouchain D. Echelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ?. La Revue du Praticien. 2002 ;16 (585) :1299-1303.

28) Dutier A. Éléments de réflexion éthique sur l'utilisation des outils d'auto-évaluation de la douleur. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 2013;12(2):90-4.

29) Vuillet-A-Ciles H, Buxeraud J, Nouaille Y. Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier I. Actualités Pharmaceutiques. 2013;52(527):21-6.

30) Vuillet-A-Ciles H, Buxeraud J, Nouaille Y. Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier II. Actualités Pharmaceutiques. 2013;52(527):27-30.

31) Vuillet-A-Ciles H, Buxeraud J, Nouaille Y. Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier III. Actualités Pharmaceutiques. 2013;52(527):31-4.

32) Michenot N, Rostaing S, Baron L, et al. La morphine dans le cadre du changement d'opioïdes ou de voie d'administration, chez l'adulte avec une douleur due au cancer. Bulletin du Cancer. 2018;105(11):1052-73.

33) Libert F, Adam F, Eschalier A, Brasseur L. Les médicaments adjuvants (ou co-analgésiques). Douleur et Analgésie. 2006;19(4):91-7.

34) Rodondi P-Y, Dubois J, Bill A-S, and al. Primary care physicians' attitude and reported prescribing behavior for chronic low back pain: An exploratory cross-sectional study. PLoS ONE. 2018;13(9):e0204613.

35) Delorme T. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. La Revue du Praticien. 2007;57:13.

36) Khiari I.E. Patients âgés douloureux : démarche clinique infirmiè e et approches psychocorporelles. In : Douleurs Évaluation - Diagnostic – Traitement. Paris:Elsevier Masson; 2017, 289-295.

37) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

38) Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale: Point de vue du médecin de la douleur. Douleur et Analgésie. 2002;15(1):71-79.

39) Mak S.L. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. Étude de ses caractéristiques démographiques, de sa typologie et des traitements antalgiques prescrits, associés à son évolution dans l'observatoire de médecine générale entre 1994 et 2010. (Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine diplômé d'État). Versailles: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des Sciences de la Santé Simone Veil. 2014.

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

41) Jakobsson U. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. Scand J Rheumatol. 2010; 39(5):421-429.

42) 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 : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2013;14(1):4-15.

43) Serra É, Marchand F, Mimassi N, Ganry H. Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2014;172(4):323-9.

44) Robinet S, Serrie A, Astruc N. Opioïdes et risques addictifs. Quelle est la situation en France ? Que faire pour limiter les risques ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 2019;20(2):45-50.

45) Kennedy M-C, Henman MC, Cousins G. General Practitioners and Chronic Non-Malignant Pain Management in Older Patients: A Qualitative Study. Pharmacy. 2016;4(1):15.

46) Wallwork RS, Chipidza FE, Stern TA. Obstacles to the Prescription and Use of Opioids. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4874752/

47) Goodman A. Addiction: definition and implications. British Journal of Addiction. 1990;85(11):1403-8.

48) Montaut T. Traitement antalgique et Mésusage. 9ème journée de douleur en psychiatrie. CPN 16 oct 2018. [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/traitement_antalgique_et_mesusage_def_-_copie.pdf

49) Mission interministerielle de lutte contre les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. [Internet]. [cité 23 fev 2020]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf

50) Spilka S., Le Nézet O., Janssen E, et al. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. Tendances, OFDT, n° 131, avril 2019, 8p.

51) Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. Tendances, OFDT, n° 128, nov 2018, 6 p.

52) Cadet-Taïrou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S. Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015. Saint-Denis, OFDT, sept 2018, 56 p.

53) Palle C., Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 111 p.

54) Janssen E. Estimating the number of heroin users in metropolitan France using treatment centers data: an exploratory analysis. Substance Use and Misuse. 2017;52(5): 683-687.

55) CEIP-A Grenoble (2018b) DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2016. Saint-Denis, ANSM, 2 p.

56) Brisacier A-C., Palle C, Mallaret M. Décès directement liés aux drogues. Evaluation de leur nombre en France et évolutions récentes. Tendances, OFDT, n°133, jul 2019, 8p.

57) Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. 2007-877 mai 14, 2007.

58) HAS. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Recommandations de bonne pratique. Septembre 2019 [Internet]. [cité le 10 avril 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa

59) Taïeb O. Les histoires des toxicomanes: Récits et identités dans les addictions. Presses Universitaires de France. 2016, 327 p.

60) Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for Addiction in Patients with Chronic Pain and "Problematic" Substance Use: Evaluation of a Pilot Assessment Tool. 1998;16(6):9.

61) Bruce R.M.J. 'Opiophobia' Past and Present. [Internet]. [cité le 23 fev 2020]. Disponible sur: https:// www.practicalpainmanagement.com/treatments/pharmacological/opioids/ opiophobia- past- present (Accessed Oct 18, 2019) (2012)

62) Bennett DS, Carr DB. Opiophobia as a barrier to the treatment of pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2002;16:105–9.

63) Delorme J, Chenaf C, Bertin C, et al. Chronic Pain Opioid-Maintained Patients Receive Less Analgesic Opioid Prescriptions. Front Psychiatry. 2018;9(335):10p.

64) Hutchinson K, Moreland M.E. A., De C Williams AC, et al. Exploring beliefs and practice of opioid prescribing for persistent non-cancer pain by general practitioners. Eur J Pain. 2007;11(1):93-8.

65) Barry DT, Irwin K.S, Jones E.S, et al. Opioids, Chronic Pain, and Addiction in Primary Care. The Journal of Pain. 2010;11(12):1442-50.

66) Jamison R.N, Martel M.O, Edwards R.R et al. Validation of a Brief Opioid Compliance Checklist for Patients With Chronic Pain. The Journal of Pain. 2014;15(11):1092-101.

67) Breivik H. Opioids in chronic non-cancer pain, indications and controversies. European Journal of Pain. 2005;9(2):127-30.

68) Pereira Le Corre J. État des lieux des représentations, des ressentis et des connaissances des médecins généralistes sur la douleur des patients toxicomanes aux opiacés. (Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine diplômé d'État). Paris: Université de Paris Diderot, Paris 7, UFR Paris 7. 2013.

69) ANAES. Stratégies thé apeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitutions. Conférence de consensus 23 et 24 juin 2004, Fédération Française d'Alcoologie-ANAES : Lyon. [Internet]. [cité le 23 fev 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf

70) Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Lavoisier;2016, 900p.

71) Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 « relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés » (sur la prescription de méth done).

72) Cadet-Taïrou A., Bello P-Y., Costes J-M, Palle C.(OFDT) et Escots S. (Association Graphiti). Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. Tendances, OFDT, n°37, jun 2004, 8p.

73) Résumé des caractéristiques du produit - SUBUTEX 8 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68945058&typedoc=R

74) Vazquez V, Gury C, Laqueille X. Méth done : de la pharmacocinétiqu à la pharmacologie clinique. L'Encéphale. 2006;32:478-86, cahier 1.

75) Mégarbane B. Overdose aux opioïdes : présentation clinique et place de la naloxone. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2016;200(4-5):843-56.

76) Résumé des caractéristiques du produit - NALOXONE MYLAN 0,4 mg/1 ml, solution injectable en ampoule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64456251&typedoc=R

77) Boyer EW. Management of Opioid Analgesic Overdose. New England Journal of Medicine. 2012;367(2):146-55.

78) Srivastava A, Kahan M, Nader M. Prise en charge des troubles de consommation d'opioïdes en première ligne. Can Fam Physician. 2017;63(3):e153-9.

79) Tableau de bord annuel des traitements de substitution aux opiacés 2019 - OFDT [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/

80) Wachholtz A, Foster S, Cheatle M. Psychophysiology of pain and opioid use: Implications for managing pain in patients with an opioid use disorder. Drug and Alcohol Dependence. 2015;146:1-6.

81) Eisenberg E, Suzan E, Pud D. Opioid-induced hyperalgesia (OIH): a real clinical problem or just an experimental phenomenon? J Pain Symptom Manage. 2015;49(3):632-6.

82) Krishnan S, Salter A, Sullivan T,et al. Comparison of pain models to detect opioid-induced hyperalgesia. J Pain Res. 2012;5:99-106.

83) Rowbotham M.C., Wallace Mark. Evolution of Analgesic Tolerance and Opioid-Induced Hyperalgesia over 6 months: Double-blind randomized trial incorporating experimental pain models. The Journal of Pain [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.jpain.org/article/S1526-5900(20)30006-7/fulltext

84) Dennis BB, Bawor M, Naji L, et al. Impact of Chronic Pain on Treatment Prognosis for Patients with Opioid Use Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. Subst Abuse. 2015;9:59-80.

85) Gelot B, Fatseas M, Auriacombe M. Mésus ge, addiction et dépendance (douleur et addiction). In: Labreze L, editor. Douleurs et cancers. Guide de prise en charge des douleurs chez les patients atteints de cancer. Paris: Éditions Expression Santé 2018. p. 315-35.

86) Rappel : Jamais d'AINS à partir du début du 6ème mois de grossesse - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rappel-Jamais-d-AINS-a-partir-du-debut-du-6eme-mois-de-grossesse-Point-d-Information

87) Centre de Référence des Agents Tératogènes. Antalgiques. Grossesse. Mise à jour 7 fév 2020. [Internet]. [cité le 27 oct 2019]. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=18

88) Prasad M, Jones M. Medical complications of opioid use disorder in pregnancy. Seminars in Perinatology. 2019;43(3):162-7.

89) Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. Déviance et Société. 2002;26(1):105-26.

90) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Chapitre 27 Item 26. Prévention des Risques fœtaux : infections, médicaments, toxiques, irradiation. In: Gynécologie Obstétrique – CNGOF 2015. 3ème édition. Paris: Elsevier Masson. 2015.

91) Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants.

Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002059.pub3/full

92) Holbrook AM, Jones HE, Heil SH, Martin PR, Stine SM, Fischer G, et al. Induction of pregnant women onto opioid-agonist maintenance medication: An analysis of withdrawal symptoms and study retention. Drug and Alcohol Dependence. 2013;132(1):329-34.

93) Staszewski C, Herrera K, Persad MD, Ly V, Garretto D, Davis J, et al. 313: Medication-Assisted Treatment (MAT) in pregnancy: methadone and buprenorphine. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2019;220(1, Supplement):219-20.

94) Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S, Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenophine substitution. Drug Alcohol Depend. 2006;82(3):250-7.

95) Coker JL, Catlin D, Ray-Griffith S, Knight B, Stowe ZN. Buprenorphine medication-assisted treatment during pregnancy: An exploratory factor analysis associated with adherence. Drug and Alcohol Dependence. 2018;192:146-9.

96) Lejeune C, Simmat-Durand L. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Focus consommateurs et conséquences, OFDT, 2003, 144p.

97) Marquet P, Lavignasse P, Gaulier Jm, Lachatre G. Case study of neonates born to mothers undergoing buprenorphine maintenence treatment. In: P. Kintz and P. Marquet, Buprenorphin therapy of opiate addicts, 1 vol., Human Press ed, Totowa-New Jersey, 2002 : 125-35.

98) Nekhayeva IA, Nanovskaya TN, Deshmukh SV, Zharikova OL, Hankins GDV, Ahmed MS. Bidirectional transfer of methadone across human placenta. Biochemical Pharmacology. 2005;69(1):187-97.

99) Wittmann BK, Segal S. A Comparison of the Effects of Single- and Split-Dose Methadone Administration on the Fetus: Ultrasound Evaluation. International Journal of the Addictions. 1991;26(2):213-8.

100) Fanjeaux B, Braconnier A, Clerc-Urmès I, Morel O, Gauchotte E. Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes. La Revue Sage-Femme. 2018;17(3):135-42.

101) Rosenthal EW, Baxter JK. Obstetric management of women with opioid use disorder. Semin Perinatol. 2019;43(3):168-72.

102) Conseil National de l'Ordre des Méd cins. Atlas National 2018, synthèse de l'activité régulière. Situation au 1er janvier 2018 [Internet]. [cité 10 avril 2020]. Disponible sur:

https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale

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

104) 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.

105) Thirion X, Lapierre V, Micallef J, Ronflé E, Masut A, Pradel V, et al. Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. Drug and Alcohol Dependence. 2002;65(2):197-204.

106) Authier N, Llorca P, Courty P. Soulager la douleur chez les patients dépendants aux opiacés. Le Courrier des Addictions 2008;10:11–3.

107) 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 (Boulogne). 2009;23(4):134-135.

108) Blake S, Ruel B, Seamark C, Seamark D. Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: a patient-initiated study. British Journal of General Practice. 2007; 57 (535): 101-108.

109) Dhingra L, Masson C, Perlman DC, et al. Epidemiology of pain among outpatients in methadone maintenance treatment programs. Drug Alcohol Depend. 2013;128(1-2):161-5.

110) Stein MD, Herman DS, Bailey GL,et al. Chronic pain and depression among primary care patients treated with buprenorphine. J Gen Intern Med. 2015;30(7):935-41.

111) St Marie B. Health Care Experiences when Pain Substance Use Disorder Coexist: "Just Because I'm an Addict Doesn't Mean I Don't Have Pain. Pain Med. 2014;15(12):2075-86.

112) S.Coulomb, A.Duburcq, C. Marchand, M.Péchevis. Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001, comparaison 92-95-98-2001. OFDT, avril 2002, 46p.

113) Zabel C. Etude de la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville: enquête de pratiques professionnelles auprès des praticiens généralistes et des pharmaciens du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port (Meurthe-et-Moselle). (Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en méd cine diplômé d'État). Nancy: Université de Lorraine Faculté de Médecine. 2008.

114) Tournebize J, Gibaja V, Muszczak A, Kahn J-P. Are Physicians Safely Prescribing Opioids for Chronic Noncancer Pain? A Systematic Review of Current Evidence. Pain Pract. mars 2016;16(3):370-83.

115) Finnegan LP, Kandall S.R. Neonatal abstinence syndrome. In: Aranda J., S.J. Jaffe S.J, *Neonatal and pediatric pharmacology: Therapeutic principles in practice*, 3e éd., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

116) Passik SD, Kirsh KL, Donaghy KB, Portenoy RK. Pain and aberrant drug-related behaviors in medically ill patients with and without histories of substance abuse. Clin J Pain. 2006;22(2):173-81.

117) Potter JS, Prather K, Weiss RD. Physical pain and associated clinical characteristics in treatment-seeking patients in four substance use disorder treatment modalities. Am J Addict. 2008;17(2):121-5.

118) Barry DT, Beitel M, Joshi D, Schottenfeld RS. Pain and substance-related pain reduction behaviors among opioid dependent individuals seeking methadone maintenance treatment: An exploratory study. Am J Addict. 2009;18(2):117-21.

119) Brands B, Blake J, Sproule B, Gourlay D, Busto U. Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. Drug Alcohol Depend. 2004;73(2):199-207.

120) Mertens JR, Lu YW, Parthasarathy S, Moore C, Weisner CM. Medical and psychiatric conditions of alcohol and drug treatment patients in an HMO: comparison with matched controls. Arch Intern Med. 2003;163(20):2511-7.

121) VIGNAS F. Douleur, souffrance et toxicomanie. Evaluation et traitement de la douleur chez le patient sous substitution. Enquête dans le Loiret en 1999. (Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat de Pharmacien diplômé d'Etat). Tours:Université François Rabelais, UFR Sciences Pharmaceutiques de Tours P. Maupas, 1999.

122) 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.

123) Veazie S, Mackey K, Bourne D, Peterson K. Evidence Brief: Managing Acute Pain in Patients with Opioid Use Disorder on Medication-assisted Treatment. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549201/

124) Gilson A.M. State medical board members' attitudes about the legality of chronic prescribing to patients with noncancer pain: the influence of knowledge and beliefs about pain management, addiction, and opioid prescribing. J Pain Symptom Manage. 2010 Oct; 40(4): 599–612.

125) Manchikanti L, Kaye AM, Knezevic NN, et al. Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. Pain Physician. 2017;20(2S):S3-92.

126) Manguzzi E, Wainstein L, Desmeules J, Broers B. Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes. Rev Med Suisse. 2018;14: 1280-1285.

127) Tarasoff LA, Milligan K, Le TL, et al. Integrated treatment programs for pregnant and parenting women with problematic substance use: Service descriptions and client perceptions of care. Journal of Substance Abuse Treatment. 2018;90: 9-18.

128) O'Connor AB, Uhler B, O'Brien LM, Knuppel K. Predictors of treatment retention in postpartum women prescribed buprenorphine during pregnancy. J Subst Abuse Treat. 2018;86: 26-9.

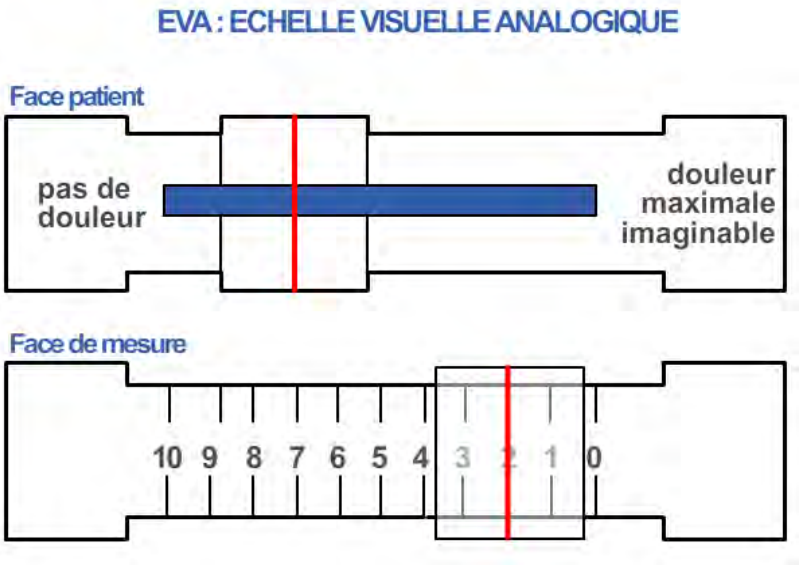
129) Lopian KM, Chebolu E, Kulak JA, et al. A retrospective analysis of treatment and retention outcomes of pregnant and/or parenting women with opioid use disorder. J Subst Abuse Treat. 2019;97: 1-6.

9. ANNEXES

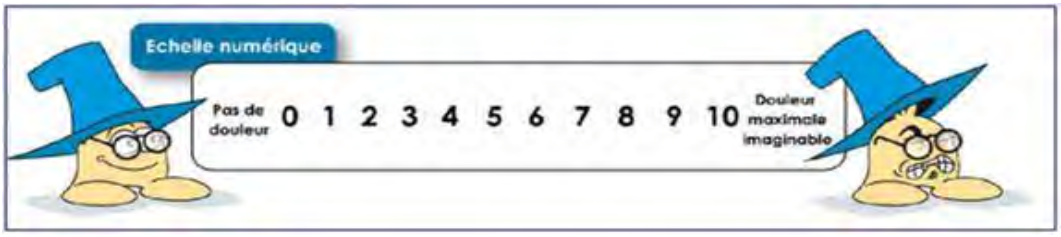
Annexe 1 : Les échelles d'auto et hétéroévaluation

1. Les échelles d'auto évaluation :

A. EVA :



B. EN : Echelle quantitative : Le patient répond à la question : "donnez une note à votre douleur de 0 à 10"



C. EVS :

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	**0** absente	**1** faible	**2** modérée	**3** intense	**4** extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	**0** absente	**1** faible	**2** modérée	**3** intense	**4** extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	**0** absente	**1** faible	**2** modérée	**3** intense	**4** extrêmement intense

2. Les échelles d'hétéro évaluation

A. Echelle EDAAP :

EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE

NOM :
Prénom :
Unité :

		Date : Heures		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
PLAINTES SOMATIQUES	**1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :**			
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2	2
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels...	3	3	3
	Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives...	4	4	4
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	**2. Attitude antalgique :**			
	pas d'attitude antalgique	0	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2	2
	Attitude antalgique déterminée par le soignant	3	3	3
	Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	**3. Zone douloureuse :**			
	Aucune zone douloureuse	0	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2	2
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3	3	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée	4	4	4
	Examen impossible du fait de la douleur	5	5	5
SOMMEIL	**4. Troubles du sommeil :**			
	Sommeil habituel	0	0	0
	Sommeil agité	1	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2	2
	perte totale du cycle nycthéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL				
TONUS	**5. Tonus :**			
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2	2
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	4	4	4
MIMIQUE	**6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :**			
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0	0
	Faciès détendu ou faciès inquiet habituel	0	0	0
	Faciès inquiet inhabituel	1	1	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2
	Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4

Hôpital Marin de Hendaye - 2007 G/bons-imprim/PEC patient/dossier patient

B. *Echelle COMFORT :*

	DATE						
	HEURE						
ITEM	**PROPOSITIONS**	**SCORE**	**SCORE**	**SCORE**	**SCORE**	**SCORE**	**SCORE**
ÉVEIL	1 Profondément endormi 2 Légèrement endormi 3 Somnolent 4 Éveillé et vigilant 5 Hyper attentif						
CALME OU AGITATION	1 Calme 2 Légèrement anxieux 3 Anxieux 4 Très anxieux 5 Paniqué						
VENTILATION	1 Pas de ventilation spontanée, pas de toux 2 Ventilation spontanée avec peu ou pas de réaction au respirateur 3 Lutte contre le respirateur ou tousse occasionnellement 4 Lutte activement contre le respirateur ou tousse régulièrement 5 S'oppose au respirateur, tousse ou suffoque						
MOUVEMENTS	1 Absence de mouvement 2 Mouvements légers, occasionnels 3 Mouvements légers, fréquents 4 Mouvements énergiques, uniquement aux extrémités 5 Mouvements énergiques incluant le torse et la tête						
TONUS MUSCULAIRE soulever, fléchir et étendre un membre pour l'évaluer	1 Muscles totalement décontractés, aucune tension musculaire 2 Tonus musculaire diminué 3 Tonus musculaire normal 4 Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils 5 Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils						
TENSION DU VISAGE	1 Muscles du visage totalement décontractés 2 Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible 3 Contracture évidente de quelques muscles du visage 4 Contracture évidente de l'ensemble des muscles du visage 5 Muscles du visage contracturés et grimaçants						
	Score total						

C. *Echelle Algoplus :*

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.						
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.						
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.						
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.						
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.						
Total OUI	/5		/5		/5	

D. Echelle Doloplus :

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

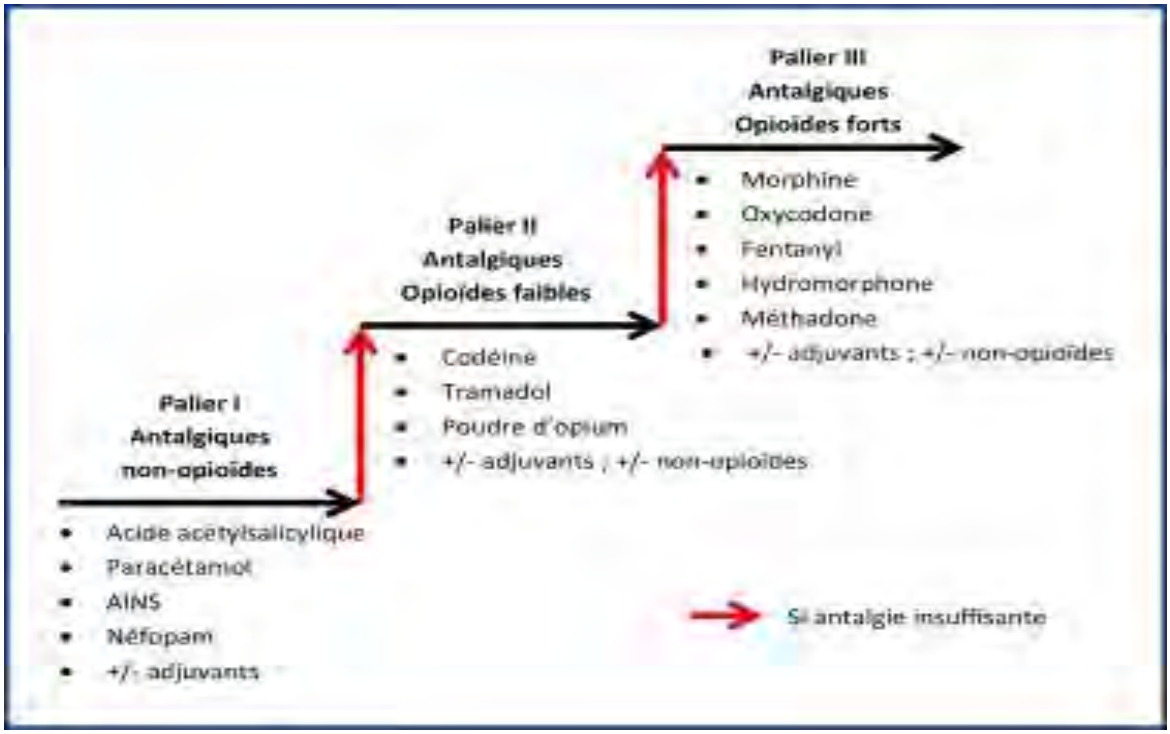
NOM :
Prénom :
Service :

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,…)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
	SCORE				

E. Algorithme de choix des échelles d'hétéroévaluation de la douleur :

Annexe 2 : les paliers de l'OMS



Annexe 3 : Règles de conversion des opioïdes

1. Conversion selon les différentes voies d'administration de la morphine :

1 morphine orale = ½ morphine SC = ⅓ de morphine IV

PO	IM ou IV	SC
60 mg	20 mg	30 mg

2. Conversion morphine/oxycodone :

1 morphine orale = ½ oxycodone orale = ⅓ d'oxycodone IV ou SC

Morphine PO	Oxycodone PO	Oxycodone IV/SC
60mg	30mg	20mg

1 morphine IV = 1 oxycodone IM/SC

Morphine IV	Oxycodone IV/SC
60mg	60mg

3. Conversion morphine/fentanyl transdermique/hydromorphone orale :

1 morphine orale = 1/ 2,4 fentanyl transdermique = 1/7,5 hydromorphone orale

Morphine PO	Fentanyl transdermique	Hydromorphone PO
60mg	25mg	8mg

Annexe 4 : Questionnaire Enquête Non'Algique : Prise en charge de la douleur aigüe du patient toxicomane substitué en médecine de ville sur le territoire français.

Données concernant le professionnel de santé :

- Êtes-vous :

  Un homme/une femme

- Quel âge avez-vous ?

  20-30 ans / 30-40 ans /40-50 ans /50-60 ans /Plus de 60 ans

- Dans quel département exercez-vous ?
-
- Quel type d'exercice pratiquez-vous ?

  Urbain / Rural / Semi-Rural

- Depuis combien de temps exercez-vous en tant que praticien installé ?

  Moins de 10 ans / 10-20 ans / 20-30 ans / Plus de 30 ans

- Avez-vous déjà eu une formation en addictologie ?

  Oui / Non

- Si oui, laquelle ?

  DU / DIU / CAPA / FMC / DESC / Je n'ai pas de formation en addictologie / Sans réponse

- Avez-vous déjà eu une formation sur la prise en charge de la douleur ?

  Oui / Non

- Si oui, laquelle ?

  DU / DIU / CAPA / FMC / DESC / Master / Je n'ai pas de formation sur la prise en charge de la douleur / Sans réponse

Caractéristiques de la patientèle :

- Avez-vous au sein de votre patientèle des patients bénéficiant d'un traitement substitutif pour les opioïdes ?

  Oui/Non

- Si oui, quelle proportion (de 0 à 10) parmi ces patients, est traitée par méthadone ?

  0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

- Si oui, quelle proportion (de 0 à 10) parmi ces patients, est traitée par Subutex® ?

  0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

- Dans l'ensemble, estimez-vous que le traitement substitutif de ces patients soit équilibré ?

  Oui/Non

- Considérez-vous que les situations de douleur aigüe chez un patient substitué aux opioïdes soit difficile ou problématique ?

  Oui/Non

Stratégies de prise en charge de la douleur aigüe chez le patient toxicomane substitué

- Sur une année, combien de patients substitués présentant une douleur aigüe rencontrez-vous ?

  0 / 1-5 / 5-10 / 10-20 / Plus de 20

- En cas de douleur aigüe, augmentez-vous le traitement substitutif ?

  Oui/Non

- En cas de douleur aigüe, utilisez-vous parfois un traitement opioïde à visée antalgique en complément du traitement substitutif ?

  Oui / Non

- Quel traitement antalgique mettez-vous en place en première intention en cas de douleur aigüe ?
  Paracétamol / Acupan® / AINS / Tramadol / Codéine / Oxycodone / Morphine / Temgésic® (buprénorphine) / Majoration transitoire du traitement substitutif à visée antalgique

- Quel traitement antalgique mettez-vous en place en deuxième intention ?
  Paracétamol / Acupan® / AINS / Tramadol / Codéine / Oxycodone / Morphine / Temgésic® (buprénorphine) / Majoration transitoire du traitement substitutif à visée antalgique

- En cas de douleur aigüe, contactez-vous l'addictologue référent du patient ?
  Oui / Non

- Si oui, vous le contactez :
  En première intention / En cas d'échec de la première ligne d'antalgique / En cas d'échec de la deuxième ligne d'antalgique

- En cas de douleur aigüe, contactez-vous le centre spécialisé de la douleur de votre secteur ?
  Oui / Non

- Si oui, vous le contactez :
  En première intention / En cas d'échec de la première ligne d'antalgique / En cas d'échec de la deuxième ligne d'antalgique

- En cas de douleurs aigües, de quelles recommandations vous servez-vous ?
  Recommandations HAS / Recommandations de l'addictologue référent du département / Aucune

- Un patient substitué, que vous ne suivez pas habituellement, se présente dans votre cabinet avec un tableau douloureux aigu. Quelle est votre attitude ?
  Je le renvoie auprès de son médecin traitant / Je le renvoie auprès des urgences / J'augmente son traitement substitutif / Je mets en place un traitement antalgique non

opioïde / Je mets en place un traitement antalgique par opioïde / Je fais appel à l'addictologue référent

- Pensez-vous avoir suffisamment de données scientifiques pour gérer la douleur aigüe d'un patient toxicomane substitué aux opioïdes en médecine de ville ?

  Oui / Non

- Pensez-vous être suffisamment au clair sur la physiopathologie de la douleur chez le patient toxicomane substitué ?

  Oui / Non

- Seriez-vous intéressé par une proposition de stratégie de prise en charge de ces patients ?

  Oui / Non

Particularités :

- Parmi les patients substitués pour une toxicomanie aux opioïdes qui font partie de votre patientèle, quels arguments vous empêcheraient de mettre en place un traitement par antalgique de palier II ou III ?

  Risque de rechute et de dépendance / Substitution récente / Patient sous Subutex® (buprénorphine) / Patient récemment sevré du traitement substitutif / Absence d'équilibre du traitement substitutif / Risque de manipulation de la part du patient

- Parmi les patients substitués pour une toxicomanie aux opioïdes qui font partie de votre patientèle, avez-vous rencontré des femmes enceintes ?

  Oui / Non

- Si oui, augmentez-vous le traitement substitutif au cours de la grossesse de façon systématique ?

  Oui / Non

- Parmi ces patientes, augmentez-vous le traitement substitutif en cas de douleurs (indépendamment de l'augmentation nécessaire en fin de grossesse) ?

  Oui / Non

- Parmi ces patients, utilisez-vous d'autres opioïdes à visée antalgique ?

  Oui / Non

- Quel traitement antalgique mettez-vous en place en première intention ?
  Paracétamol / Acupan® / AINS / Tramadol / Codéine / Oxycodone / Morphine / Temgésic® (buprénorphine) / Majoration transitoire du traitement substitutif à visée antalgique

- Quel traitement antalgique mettez-vous en place en deuxième intention ?
  Paracétamol / Acupan® / AINS / Tramadol / Codéine / Oxycodone / Morphine / Temgésic® (buprénorphine) / Majoration transitoire du traitement substitutif à visée antalgique

- En cas de douleur aigüe chez la femme enceinte substituée, contactez-vous l'addictologue référent de la patiente ?

  Oui / Non

- Si oui, vous le contactez :
  En première intention / En cas d'échec de la première ligne d'antalgiques / En cas d'échec de la deuxième ligne d'antalgiques

- En cas de douleur aigüe chez la femme enceinte substituée, contactez-vous le centre spécialisé de la douleur de votre secteur ?

  Oui / Non

- Si oui, vous le contactez :
  En première intention / En cas d'échec de la première ligne d'antalgiques / En cas d'échec de la deuxième ligne d'antalgiques

VU

NANCY, le **07 mai 2020**

Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **10 mai 2020**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11145**

NANCY, le **15 mai 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Introduction : La douleur aigue est un motif de consultation fréquent en médecine générale. Parmi la patientèl des méd cins libéraux, on retrouve des patients toxicomanes substitués par des opiacés. La survenue d'une douleur aigue chez ces patients est un défi thé apeutique pluridisciplinaire. Il existe peu de recommandations qui se heurtent à la représentation de la toxicomanie par les méd cins généralistes libéraux.

Objectif : Etudier les pratiques des mé ecins généralistes libéraux français concernant leurs prises en charge des douleurs aiguës chez les patients substitués aux opioïdes.
Méthod : Une étude observationnelle a été menée auprès des mé ecins libéraux thés s et installés en France mé ropolitaine et Outre-Mer. Par un questionnaire intitulé Enquête Non'Algique, le recueil des stratégies de prise en charge des méd cins généralistes installés a été réalisé.

Résultats : Le nombre de praticiens ayant répondu à cette enquête est de 159. Elle a permis de mettre en évidence les stratégies de prise en charge de la douleur aigue chez le patient toxicomane substitué, et chez la femme enceinte substituée. La survenue d'une douleur aigue chez le patient toxicomane substitué est fréquente, et est délicate à gérer pour la majorité des praticiens. Le paracétamol est essentiellement prescrit en première intention, et les AINS en seconde intention, avec un recours éventuel aux antalgiques de palier II. Les traitements antalgiques opioïdes sont peu utilisé par les médecins interrogés, principalement par crainte de manipulation de la part du patient. Les praticiens libéraux éprouvent un sentiment d'incompétence par manque de formation et surtout par manque de recommandations dans le domaine.
Pourtant le méd cin addictologue ou le méd cin spé ialiste de la douleur sont peu sollicité en première intention. Concernant la femme enceinte, rares sont les méd cins se positionnant sur une éventuelle stratégie de prise en charge, ce qui souligne la complexité de la situation.

Conclusion : Les stratégies de prise en charge proposé s par certains experts se doivent d'être plus largement diffusées. Il serait intéressant de discuter d'un suivi plus rapproche des patients en medecine de ville par l'intervention d'équipes paramédi ales spé ialisé s. La formation des méd cins se doit d'être complété , et d'être accessible au plus grand nombre de professionnels possible.

TITRE EN ANGLAIS : General practitioner treatment of acute pain management for patients with opioid agonist maintenance treatment.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2020

MOTS CLEFS : addiction, toxicomanie, douleur aigue, traitement substitutif en opioïdes

INTITULE ET ADRESSE DE l'UFR :

UNIVERSITÉ de LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex