

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ-LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

*ANNÉE : 2013*

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**RELATION MÉDECIN MALADE LORS DE LA PRISE EN CHARGE  
D'UNE DOULEUR CHRONIQUE CHEZ UN PATIENT DÉPENDANT  
AUX OPIACÉS SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION : VÉCU DU  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

**Présentée et soutenue publiquement le 04 février 2013**

Au pôle Recherche de la Faculté

**Par Asmahan ZIYADI**

**Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Monsieur le Docteur François HERBAUX

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

[Texte]

## SOMMAIRE

<b>I. <u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>7</b>
<b>A. Traitement de la douleur chronique</b> .....	<b>8</b>
1. <u>Antalgiques usuels</u> .....	8
2. <u>La méthadone, un analgésique puissant utilisé en soins palliatifs</u> .....	9
3. <u>Co analgésiques</u> .....	9
4. <u>Thérapeutiques non médicamenteuses</u> .....	10
5. <u>La douleur chronique, une situation clinique particulière</u> .....	10
<b>B. La douleur chez les patients dépendants aux opiacés sous substitution</b> .....	<b>11</b>
1. <u>Rappel sur les médicaments de substitution : buprénorphine et méthadone</u> .....	11
1.1 La buprénorphine.....	11
1.2 La méthadone.....	12
2. <u>Grands principes de la prise en charge de la douleur chez les patients sous substitution aux opiacés</u> .....	12
<b>C. La relation médecin malade</b> .....	<b>13</b>
<b>II. <u>MATÉRIEL ET MÉTHODE</u></b> .....	<b>14</b>
<b>A. Objectif</b> .....	<b>14</b>
<b>B. Procédure de recherche bibliographique</b> .....	<b>14</b>
<b>C. Méthodologie</b> .....	<b>15</b>
1. <u>Choix d'une étude qualitative</u> .....	15
2. <u>Entretiens semi-directifs</u> .....	15
3. <u>Guide d'entretien</u> .....	16

4. <u>Population étudiée</u> .....	16
5. <u>Analyse des données</u> .....	17
<b>III. <u>RÉSULTATS</u></b> .....	<b>18</b>
<b>A. Echantillon analysé</b> .....	<b>18</b>
1. <u>Tableau récapitulatif</u> .....	18
2. <u>Caractéristiques de la population interrogée</u> .....	19
<b>B. La douleur chronique</b> .....	<b>19</b>
1. <u>Définition et caractéristiques de la douleur chronique</u> .....	19
2. <u>Déroulement de la consultation lors d'une plainte algique</u> .....	20
3. <u>Évaluation de la douleur</u> .....	21
<b>C. Prise en charge thérapeutique</b> .....	<b>22</b>
1. <u>Accompagnement social</u> .....	22
2. <u>Prise en charge médicale</u> .....	23
2.1 Médicamenteuse .....	23
2.1.1 Antalgiques .....	23
2.1.1.1 Automédication .....	23
2.1.1.2 Arsenal thérapeutique limité .....	23
2.1.1.3 Effets indésirables du traitement .....	24
2.1.1.4 Evaluation thérapeutique .....	24
2.1.1.5 Réticence à la médication.....	25
2.1.2 Médicament de substitution .....	26
2.1.2.1 Efficacité du traitement de substitution .....	26
2.1.2.2 Pharmacodynamie .....	26
2.1.2.3 Interaction médicamenteuse.....	27
2.1.2.4 Réévaluation du MSO.....	27

2.1.3	Alternatives thérapeutiques .....	28
2.1.3.1	La méthadone à visée antalgique .....	28
2.1.3.2	Légalisation de l'accès contrôlé à l'héroïne .....	28
2.2	Non médicamenteuse .....	28
3.	<u>Réseau de soins</u> .....	29
3.1	Organisation du réseau de soins .....	29
3.2	Déontologie médicale .....	30
3.3	Réticence des soignants .....	30
<b>D.</b>	<b>La relation médecin malade.....</b>	<b>31</b>
1.	<u>Abord du patient</u> .....	31
1.1	Ecoute et évaluation de la demande du soigné .....	31
1.2	Evaluation du ressenti du patient .....	32
1.2.1	Vécu du patient .....	32
1.2.2	Recherche de bénéfices secondaires .....	32
1.2.3	Importance des plaintes psychosomatiques .....	33
1.2.4	Influence de l'entourage.....	33
2.	<u>Ressenti du médecin</u> .....	34
2.1	Peur du détournement d'usage .....	34
2.2	Remise en question du soignant .....	34
2.3	Vécu du médecin .....	35
2.3.1	De l'empathie... .....	35
2.3.2	A la frustration... .....	35
2.3.3	Ou la méfiance... .....	36
2.3.4	...voire parfois au burn out du soignant. ....	36
3.	<u>Une relation médecin-malade altérée</u> .....	37

3.1 Mise en difficulté par rapport à une méconnaissance thérapeutique .....	37
3.2 Sentiment d'impuissance et d'isolement du médecin .....	37
3.3 Prise en charge de la douleur chronique chronophage .....	38
3.4 Deux solutions envisagées : la formation médicale et le projet de soins .....	38
<b>IV. <u>DISCUSSION</u></b> .....	<b>39</b>
<b>A. Limites de l'étude</b> .....	<b>39</b>
1. <u>Limites liées au type d'étude</u> .....	39
2. <u>Limites liées aux conditions de réalisation de l'étude</u> .....	41
<b>B. Données de la littérature quant aux représentations des médecins</b> .....	<b>41</b>
<b>C. Un dysfonctionnement plurimodal</b> .....	<b>45</b>
1. <u>Une mise en application de l'Evidence-Based Medicine difficile</u> .....	45
2. <u>L'utilisation de l'expérience personnelle comme référence</u> .....	48
3. <u>Une organisation de soins biaisée</u> .....	49
<b>D. Le médecin, ébranlé par la situation</b> .....	<b>51</b>
1. <u>La remise en question du soignant</u> .....	51
2. <u>La prudence, premier réflexe lors de l'abord du patient</u> .....	53
3. <u>Avec la peur du détournement d'usage, en arrière-plan</u> .....	54
4. <u>Diverses attitudes adoptées pour parer au mal être engendré</u> .....	55
<b>E. Une relation médecin/malade mise à mal</b> .....	<b>60</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>63</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>65</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>70</b>

## **ABREVIATIONS**

MTD : Méthadone

TENS : Neurostimulation électrique transcutanée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Sante

MSO : Médicament de substitution

CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

EBM : Evidence Based-Medicine

La majorité des patients dépendants aux opiacés sous traitement de substitution par méthadone ou buprénorphine bénéficient d'un suivi en soins primaires.

Leur prise en charge en médecine générale ne se résume pas à la prescription de médicaments de substitution. Elle se doit d'être transversale afin d'améliorer au maximum la qualité de vie du patient. C'est ainsi que le médecin généraliste peut être amené à gérer la prise en charge de douleur chronique [1]. Et ce, d'autant plus que les patients dépendants aux opiacés substitués présentent, de par leur consommation et les conséquences physiologiques qu'elle engendre, une hyperalgésie [2].

La conjonction de ces deux problèmes de santé publique, que sont la douleur chronique et la dépendance aux opiacés sous substitution, n'est pas sans répercussion sur la qualité de la relation médecin/malade. Il devient alors intéressant d'étudier le ressenti du soignant ainsi que les modifications éventuelles de cette relation, lorsque le médecin se trouve confronté à cette situation clinique complexe.

Pour s'aider, le soignant dispose d'un arsenal thérapeutique dont les différentes perspectives seront envisagées dans un premier temps.

Seront ensuite abordées les caractéristiques de la douleur chronique ainsi que les principes fondamentaux liés à la prise en charge de cette dernière chez les patients sous substitution aux opiacés.

Il s'en suivra alors quelques précisions concernant la relation médecin/malade.

## A. Traitement de la douleur chronique

### 1. Antalgiques usuels

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé, dans le cadre des douleurs cancéreuses, une échelle de décision thérapeutique comportant trois paliers d'analgésiques.

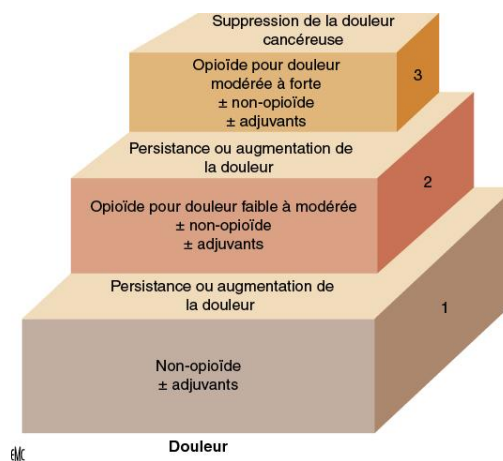


Figure 1 Paliers antalgiques dans le traitement de la douleur cancéreuse [3].

Ce schéma peut être extrapolé à d'autres douleurs d'origine nociceptive en utilisant les paliers de l'OMS comme une échelle de prescription selon l'intensité de la douleur [4]. Le tableau 1 résume les principaux antalgiques disponibles (Annexe 1).

Il existe toutefois d'autres molécules aux vertus antalgiques pouvant être utilisées lors d'indications particulières.



## 2. La méthadone, un analgésique puissant utilisé en soins palliatifs

La méthadone (MTD) est un opioïde et suit les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. Sa prescription est limitée à 14 jours et sa délivrance à 7 jours. Dans le cadre de douleurs rebelles, la MTD ne peut être envisagée qu'en dernier recours, après rotation des opioïdes et traitement adjuvant bien conduits (grade C). Le traitement doit être initié par une équipe hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs. Il pourra être renouvelé par le médecin généraliste dans le cadre d'une rétrocession hospitalière. Comme pour la morphine, il n'existe pas de doses maximales avec la MTD [5].

## 3. Co-analgésiques

Ce terme désigne les médicaments et procédés utilisés pour accroître l'effet analgésique des antalgiques. Il regroupe essentiellement les antidépresseurs et les antiépileptiques qui possèdent un effet antalgique propre, indépendant de leur activité psychotrope ou neurotrope [6].

#### 4. Thérapeutiques non médicamenteuses

Toute technique de traitement symptomatique de la douleur fait intervenir des facteurs psycho physiologiques. Les traitements sont d'autant plus efficaces que l'attente et la confiance quant à l'obtention d'un soulagement sont grandes. Peuvent être cités les techniques de contre stimulation (TENS, stimulation médullaire, acupuncture [7, 8]) et les thérapeutiques à visée psychologique (relaxation, hypnose...). Cependant, la place de ces dernières n'est pas bien établie, même s'il existe des preuves croissantes de leur efficacité dans de nombreuses pathologies [9].

#### 5. La douleur chronique, une situation clinique particulière

Selon l'ANAES, une douleur chronique se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne » [10]. Le modèle médical classique « trouver la cause et la traiter » n'est plus applicable. La douleur n'est plus seulement un symptôme mais devient un syndrome mieux appréhendé au travers du modèle bio-psycho-social. L'objectif thérapeutique n'est donc pas la guérison mais de

permettre au patient de « mieux vivre avec ses douleurs », en faisant appel à ses ressources [11].

En l'absence d'amélioration, le patient peut être adressé en consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique pour un abord pluridisciplinaire.

## **B. La douleur chez les patients dépendants aux opiacés sous substitution**

En France, environ 145000 personnes ont bénéficié de remboursements de médicaments de substitution aux opiacés au cours du premier semestre 2010. Dans le Nord, 5110 personnes ont consulté un Centre de Soins Spécifiques aux Toxicomanes (CSST) en 2010, pour le suivi de consommations de substances illicites et/ou le renouvellement de leur médicament de substitution : la MTD a été délivrée à 66% des patients âgés de 20 à 39 ans [12].

### 1. Rappel sur les médicaments de substitution (MSO) : buprénorphine et méthadone

#### 1.1 La buprénorphine

La buprénorphine est un opioïde agoniste-antagoniste, largement prescrit dans le traitement de substitution des pharmacodépendances aux opiacés. Sa prescription

est accessible aux omnipraticiens. Elle est parfois utilisée de façon illicite par voie orale ou intraveineuse [13].

## 1.2 La méthadone

Depuis la découverte de la 6-diméthylamino-4,4-diphényl-3-heptanone (méthadone) comme produit de substitution de l'héroïne, la MTD a obtenu une autorisation de mise sur le marché en France en 1995 dans le traitement de substitution de la dépendance aux opiacés. Elle a de nombreuses propriétés pharmacologiques: action analgésique, dépression respiratoire, faible euphorie, induction de la dépendance [14]. Elle est souvent prescrite en relais d'un traitement par buprénorphine lorsque cette dernière n'est plus suffisante à la posologie maximale autorisée. Elle ne peut être initiée que par un praticien travaillant dans un CSST.

## 2. Grands principes de la prise en charge de la douleur chez les patients sous substitution aux opiacés.

Elle repose principalement sur une surveillance rapprochée afin de détecter rapidement un syndrome de surdosage ou de sevrage. En cas de douleur chronique, il est fortement recommandé de ne pas prescrire d'opioïde fort compte tenu du risque addictif. L'évaluation des pathologies sous-jacentes, le choix de la voie d'abord la

moins invasive possible et de la dose ayant le meilleur rapport efficacité/tolérance sont privilégiés. [15]

Pour optimiser cette prise en charge, le prisme relationnel est fondamental avec au mieux la création, dès les premiers entretiens, d'une alliance thérapeutique.

### **C. La relation médecin/malade**

Toutes les personnes dont la fonction est de soigner établissent, qu'elles le veuillent ou non, une relation soignant/soigné. En médecine générale, cette relation est particulière dans la mesure où des éléments aussi disparates que les données biomédicales techniques, les paramètres psychologiques, le rôle de l'environnement familial et social, le fait de donner des soins depuis la naissance jusqu'à la mort interviennent. L'ensemble de ces données sont toujours présents, même si leur importance réciproque est variable selon les cas. [16]

La relation médecin-malade est une relation faite d'attentes et d'espérances mutuelles. Le malade attend un soulagement, et si possible la guérison, mais il faut bien admettre que le médecin attend aussi une reconnaissance de la part de son malade, une vérification de son pouvoir soignant [17]. Or, dans certaines circonstances, l'établissement de ce lien peut être bousculé par de multiples facteurs internes et/ou externes.

Cette étude permet d'envisager le vécu du médecin et sa répercussion sur la relation soignant-soigné lorsqu'il est confronté à l'association de ces deux situations cliniques.

[Texte]

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A. Objectif**

L'objectif principal de ce travail de recherche est de s'intéresser à la perception du médecin généraliste face au patient sous traitement de substitution aux opiacés se plaignant de douleurs chroniques.

Sa répercussion sur la qualité de la relation médecin-malade, du fait du retentissement de ce ressenti sur les soins prodigués, devient un élément clé à soulever dans ce contexte.

### **B. Procédure de recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a été faite grâce au portail du Service Commun de la Documentation de l'Université de Lille 2 qui permet un accès élargi aux articles et revues par différents moteurs de recherche. Les principaux utilisés ont été PubMed et EMPremium, ainsi que, dans une moindre mesure, Google Scholar et CisMef.

Les mots clés utilisés ont été « chronic pain », « buprenorphine », « methadone », « médicament de substitution », « douleur chronique toxicomane », « chronic pain methadone » ainsi que « étude qualitative ».

La bibliographie est présentée selon les recommandations, en mode Vancouver.

[Texte]

## C. Méthodologie

### 1. Choix d'une étude qualitative

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Les applications en sont très concrètes, plus particulièrement pour les aspects relationnels des soins. L'étude qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) [18].

L'objectif de cette étude n'est donc pas de produire des résultats à but statistique, reproductibles mais d'analyser des phénomènes particuliers et complexes tels que la relation médecin-malade ou la douleur chronique.

### 2. Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-dirigés paraissent être l'abord le plus adapté dans cette étude. Ils sont orientés par un guide d'entretien, qui peut être une série de questions à poser ou simplement une liste des thèmes à aborder lors de l'entretien. Cependant, ces entretiens sont flexibles quant à l'ordre et la formulation des questions [19]. Ils permettent de guider le soignant sur le thème étudié tout en lui laissant la liberté d'exprimer son point de vue avec ses propres termes.

Les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin traitant ce qui a permis de rester dans l'environnement habituel de la relation médecin malade explorée.

Ils ont été enregistrés par dictaphone.

Un recueil de données a également été effectué afin de situer le médecin généraliste dans sa pratique actuelle (âge, date d'installation, genre, nombre de patients sous substitution...).

Les données collectées permettront d'établir le profil des personnes interrogées tout en préservant l'anonymat de celles-ci lors de l'étude des informations.

### 3. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a servi de support pour le bon déroulement des entrevues. Des questions supplémentaires ont été introduites au canevas en fonction de l'évolution de l'entretien.

Le guide d'entretien a ainsi évolué au fur et à mesure des différentes interviews afin de prendre en considération les données nouvelles mises en évidence lors du codage des précédentes discussions. (Annexe 2)

### 4. Population étudiée

L'étude concerne les médecins généralistes, libéraux, suivant des patients dépendants aux opiacés sous médicaments de substitution (buprénorphine ou méthadone).

[Texte]



La participation des médecins interrogés s'est déroulée sur la base du volontariat, sous couvert d'anonymat. Ces derniers ont été sollicités par téléphone pour organiser une entrevue au cabinet selon leur disponibilité. La familiarité du lieu a été préservée afin de créer une situation de confiance permettant une participation optimale de l'interviewé.

L'étude, portant sur la prise en charge des patients en soins primaires, s'adresse donc uniquement aux médecins généralistes libéraux installés.

Le secteur géographique sélectionné est le département du Nord.

## 5. Analyse des données

Les interviews ont été menées jusqu'à saturation des données : onze entretiens ont ainsi eu lieu entre mars et mai 2012.

Les enregistrements audio ont été intégralement retranscrits en verbatim (Annexe 3).

Les données ont ensuite été codées à l'aide du logiciel NVivo 9 selon un abord thématique (Annexe 4).

Une triangulation de l'analyse a été réalisée grâce à la participation d'une interne de médecine générale, qui a réalisé le codage avec le même logiciel (Annexe 5).

Ce travail a été fourni afin de confirmer la validité de l'étude.

### III. RÉSULTATS

#### A. Échantillon analysé

##### 1. Tableau récapitulatif

<b>Participant</b>	<b>Sexe</b>	<b>Tranches d'âge (ans)</b>	<b>Zone d'exercice</b>	<b>Nombre d'années d'installation</b>	<b>Membre d'un réseau spécialisé *</b>	<b>Nombre de patients dépendants aux opiacés suivi**</b>	<b>Durée d'entretien (minutes)</b>
<b>M1</b>	<b>Féminin</b>	<b>30/40</b>	<b>Urbaine</b>	<b>4 ans</b>	<b>non</b>	<b>1.14</b>	<b>4min20s</b>
<b>M2</b>	<b>Masculin</b>	<b>51/60</b>	<b>Semi-rurale</b>	<b>19 ans</b>	<b>non</b>	<b>3</b>	<b>10min43s</b>
<b>M3</b>	<b>Masculin</b>	<b>51/60</b>	<b>Urbaine</b>	<b>20 ans</b>	<b>oui</b>	<b>2</b>	<b>14min58s</b>
<b>M4</b>	<b>Masculin</b>	<b>41/50</b>	<b>Urbaine</b>	<b>16 ans</b>	<b>non</b>	<b>2</b>	<b>11min18s</b>
<b>M5</b>	<b>Féminin</b>	<b>41/50</b>	<b>Urbaine</b>	<b>15 ans</b>	<b>oui</b>	<b>2.7</b>	<b>14min36s</b>
<b>M6</b>	<b>Masculin</b>	<b>41/50</b>	<b>Urbaine</b>	<b>19 ans</b>	<b>oui</b>	<b>7.5</b>	<b>14min05s</b>
<b>M7</b>	<b>Féminin</b>	<b>51/60</b>	<b>Urbaine</b>	<b>25 ans</b>	<b>oui</b>	<b>7.5</b>	<b>15min52s</b>
<b>M8</b>	<b>Masculin</b>	<b>51/60</b>	<b>Urbaine</b>	<b>28 ans</b>	<b>oui</b>	<b>3</b>	<b>26min33s</b>
<b>M9</b>	<b>Féminin</b>	<b>30/40</b>	<b>Urbaine</b>	<b>3 ans</b>	<b>non</b>	<b>14.17</b>	<b>12min32s</b>
<b>M10</b>	<b>Masculin</b>	<b>51/60</b>	<b>Semi-rurale</b>	<b>24 ans</b>	<b>oui</b>	<b>0.55</b>	<b>16min21s</b>
<b>M11</b>	<b>Masculin</b>	<b>61/70</b>	<b>Semi-rurale</b>	<b>30 ans</b>	<b>non</b>	<b>0.50</b>	<b>26min21s</b>

\*Adhérent(e) de l'association Généralistes Toxicomanie 59 (GT59), composée de médecins généralistes du Nord suivant des patients dépendants aux opiacés en soins ambulatoires.

\*\* Exprimé en pourcentage de la patientèle

L'ensemble des entretiens retranscrits sont disponibles sur le CD-Rom joint en fin de thèse.

## 2. Caractéristiques de la population interrogée

Il est intéressant de remarquer que l'échantillon sélectionné comporte un nombre sensiblement égal de soignants sensibilisés à la problématique de la dépendance aux opiacés par le biais de l'association GT 59 et de médecins non sensibilisés à travers cet organisme.

### **B. La douleur chronique**

#### 1. Définition et caractéristiques de la douleur chronique

Les médecins commençaient par s'interroger sur la définition de la douleur. « *La douleur ça veut dire quoi ? La douleur c'est la douleur physique, ... la douleur ... morale, la douleur psychique enfin c'est plein de choses...* » M7. Le caractère

[Texte]

chronique était également questionné : une différence était soulignée entre la position médicale, à savoir comme le dit M8 « *un patient qui se plaint de douleur depuis plus de 3 mois* », et celle définie par le patient. « *La douleur ...que lui estime comme étant chronique ce qui n'est pas forcément nous notre définition aussi de la douleur chronique* » M5.

Venait ensuite la caractérisation de la douleur. Ils précisait, comme le dit M10, « *la rythmicité, l'intensité enfin tout ce qui va nous aider à la caractériser* ». Étaient également indiqués « *l'origine, localisation...les circonstances d'apparition, le délai, les produits qui ont été pris* » M2. Le côté psychologique de la douleur chronique était aussi évoqué, comme le cite M5 « *et puis il y a toute la part psychologique hein tous ces gens qui sont soulagés par le Doliprane 1000 mais pas par l'Effergal 1 parce que c'est un gramme c'est beaucoup moins fort* » Etait également pris en compte le retentissement sur la qualité de vie. « *la gêne dans la vie quotidienne... est-ce qu'il y a des troubles du sommeil liés à ça ?* » M2.

On retrouvait ensuite la notion de handicap, comme le mentionne M 11 : « *Comment fait-il? Quelle est la hauteur de sa plainte? Quelle est la hauteur de son handicap surtout?* ».

## 2. Déroulement de la consultation lors d'une plainte algique

Le schéma standard d'une consultation était repris à savoir : « *le motif de la consultation* » M3, « *l'examen clinique, le recueil des antécédents* » M5. L'étalement de ce schéma sur plusieurs rendez-vous était proposé afin de voir l'évolution des plaintes du patient. « *je pense que ce n'est pas une consultation, c'est plusieurs*

[Texte]

*consultations.* » M7. La question du bilan para clinique ou non se posait alors, « *voir s'il faut faire d'autres examens para cliniques ou pas.* » M5.

### 3. Évaluation de la douleur

Les échelles d'évaluation de la douleur étaient citées lors de l'évaluation de la douleur. « *les échelles analogiques visuelles euh...c'est une aide, c'est un moyen. C'est pas le seul moyen* » M5. D'autres abords étaient également évoqués comme M9 : « *faire parler de la douleur, de l'évaluer, de la valider...* » en allant « *leur poser la question sur le retentissement de cette douleur, sur leur vie de tous les jours* » M5.

Pour ce faire, la méthodologie utilisée était « *l'écoute de la douleur, l'écoute de la plainte* » M8. La douleur était alors perçue par, M2 entre autres comme « *subjective* », et M7 de préciser : « *que par définition euh la douleur est pas quantifiable...scientifiquement* ». « *c'est une question d'appréciation du patient et nous de notre intuition clinique* » M7.

Après cette première étape, les médecins ont ensuite développé leur abord thérapeutique.

## C. Prise en charge thérapeutique

La nécessité d'une prise en charge transversale a été mentionnée par l'échantillon.

Dans cette optique, diverses approches ont été évoquées.

### 1. Accompagnement social

*« Dans le cas précis des patients sous substitution, on a quand même le plus souvent à faire à des gens qui ont des revenus pécuniaires très modestes » M5.*

Partant de ce constat, était apparue la nécessité de : *« l'aider dans ses démarches administratives » M6*, allant même jusqu'à remettre en question le fonctionnement actuel. *« peut-être qu'au niveau social on n'a pas suffisamment de contact avec les assistantes sociales. » M6.*

## 2. Prise en charge médicale

Les médecins interviewés décrivaient l'abord de la douleur chronique chez le patient dépendant sous MSO comme étant difficile à aborder, et ce pour plusieurs raisons.

### 2.1 Médicamenteuse

#### 2.1.1 Antalgiques

##### 2.1.1.1 Automédication

La question a été posée quant au moyen d'obtention du traitement antalgique déjà instauré. En première intention était appréciée l'automédication était appréciée.

« *Est-ce que c'est un copain ? Est-ce que c'est un médecin ? Est-ce que c'est de l'automédication euh à la pharmacie ?* » M5.

##### 2.1.1.2 Arsenal thérapeutique limité

Figurait également l'impasse thérapeutique dans laquelle ils avaient l'impression d'évoluer « *sachant qu'aujourd'hui on est aussi très vite limité en matière de produit.* » M4. « *C'est évident qu'on va essayer le plus longtemps possible de se débrouiller avec des paliers 1 pour pas avoir d'interférences mais c'est pas toujours suffisant...* » M10. « *Ben la galère parce qu'il y a pas mal d'antalgiques classiques qui sont pas possibles.* » M5.

### 2.1.1.3 Effets indésirables du traitement

Les effets secondaires du traitement étaient envisagés précocement, avant toute instauration. « *les effets secondaires de leur thérapeutique c'est pas rien quand même* » M8. Et ce, d'autant plus que, comme le disait M4: « *ce sont des patients qui de toute façon sauront très vite dire s'ils tolèrent ou s'ils ne tolèrent pas le médicament.* ».

### 2.1.1.4 Evaluation thérapeutique

« *Il ne devrait pas y avoir un simple renouvellement en matière de douleur chronique.* » M4. La méthode utilisée pour évaluer le traitement reposait sur l'expression orale et surtout la favorisation d'un échange entre soignant-soigné. « *si le traitement n'est pas suffisant il faut bien qu'il nous explique euh et qu'on puisse avoir une évaluation de ce qu'on a fait !* » M10. Étaient également mentionnées les échelles analogiques de la douleur sans grande conviction quant à leur utilité. « *c'est pour ça que les échelles d'évaluation de la douleur moi j'ai un petit peu de mal.* » M5. L'évaluation du retentissement sur la vie quotidienne était alors préférée pour adapter les thérapeutiques.



### 2.1.1.5 Réticence à la médication

Cette appréhension était retrouvée pour deux principales raisons.

D'une part, était rapportée l'inefficacité de la médication associée au risque d'accoutumance. « *j'ose pas en fait, je le fais pas... parce que j'ai peur qu'ils deviennent dépendants... que de toute façon ça ne va pas agir... je n'ai pas envie de cumuler les risques d'effets secondaires sur euh...une inefficacité que j'imagine* »

M1.

Le second motif signalé, d'autre part, était la peur du détournement d'usage. Cette pensée apparaissait au moment de la prescription médicamenteuse. « *À la fin, je me méfie de leur plainte... on se demande si vraiment donc c'était simplement pour avoir plus de médicament ou bien augmenter les doses...* » M2. « *alors évidemment on va tout de suite être suspicieux en disant « qu'est-ce qui vient chercher ? Est-ce qu'il veut majorer son traitement ou est-ce qu'il veut avoir, utiliser des produits pour un usage qui soit pas réellement de substitution de son traitement... donc c'est un peu la patate chaude* » M10. « *voilà il faut faire gaffe à tout ça quoi* » M4.

En arrière-plan, la dépendance aux opiacés et ses conséquences, dont le traitement de substitution, influençaient donc l'abord du soignant.

## 2.1.2 Médicament de substitution

### 2.1.2.1 Efficacité du traitement de substitution

Cette problématique était souvent suggérée. « *on a malheureusement des produits de substitution qui sont pas à la hauteur par rapport au...au produit à substituer.* »

M11. La question de l'efficacité du traitement était d'autant plus soulevée lors de l'introduction d'un traitement antalgique. « *Après la deuxième complication, c'est qu'est-ce qu'on va pouvoir donner qui va pas interférer dans son traitement dont il ne faut pas baisser son efficacité ?* » M10.

### 2.1.2.2 Pharmacodynamie

L'échantillon évoquait la pharmacodynamie du traitement substitutif et la difficulté à laquelle il se sentait alors confronté. « *de faire attention un petit peu à ce qu'on fait en matière de pharmacodynamie.* » M4. « *si on veut lui mettre des morphiniques évidemment on va pas le faire puisqu'il est déjà sous substitution mais c'est...de la, c'est un niveau de la chimie.* » M7.

### 2.1.2.3 Interaction médicamenteuse

L'autre argument utilisé pour expliquer la difficulté ressentie était l'éventualité d'interactions médicamenteuses. « *le risque est de lui provoquer un syndrome de manque ou d'avoir peu d'efficacité des morphiniques puisqu'il va y avoir une compétition entre le TSO et le morphinique...* » M10. « *si on doit vraiment monter dans les douleurs, dans l'efficacité là on va rentrer directement en compétition avec les traitements substitutifs quoi...* » M4.

### 2.1.2.4 Réévaluation du MSO

Une des options suggérées, devant une douleur chez les patients substitués, se basait sur l'adaptation du MSO. « *là aussi voir est-ce qu'ils sont pas sous dosés dans leur traitement de substitution* » M5. « *Je passe de buprénorphine à méthadone. Ou j'augmente la méthadone. La méthadone est quand même, a été synthétisée comme antalgique. La buprénorphine aussi. Mais à deux milligrammes.* » M8. Il s'agissait alors soit d'augmenter le MSO ou de changer de molécule en préférant la MTD à la buprénorphine.

Devant ce qui apparaissait comme un imbroglio thérapeutique, des alternatives thérapeutiques étaient alors envisagées.

## 2.1.3 Alternatives thérapeutiques

### 2.1.3.1 La méthadone à visée antalgique

La MTD pouvant être utilisée dans les douleurs rebelles en cancérologie, l'utilisation de cette dernière a été suggérée à visée antalgique en dehors de tout contexte oncologique. « *moi je trouve que voilà quoi, en puissance que ce soit voilà psy ou douleur euh...il y a buprénorphine, il y a la méthadone et il y a le sulfate de morphine quoi.* » M8.

### 2.1.3.2 Légalisation de l'accès contrôlé à l'héroïne

Devant le constat selon lequel les traitements de substitution actuels ne seraient pas efficaces et l'absence d'antalgiques puissants pour ces patients, la légalisation de l'héroïne était alors suggérée au nom de ses vertus antalgiques. « *qu'il y a un certain nombre de patients pour qui une quantité d'apaisement est telle que ben dans le fond l'héroïne est le produit qu'il faut.* » M8.

## 2.2 Non médicamenteuse

Diverses possibilités étaient envisagées. « *en commençant par le début avec des prises en charge par le psychologue et du massage* » M9. « *on se tourne peut-être*

[Texte]

*pas forcément vers les médicaments mais plus vers de la kiné » M5. « Après, en ville, on peut avoir euh... tout ce qui est acupuncture euh...mésothérapie...» M7.*

Face à la complexité de la prise en charge, les médecins interviewés mentionnaient la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de soins.

### 3. Réseau de soins

#### 3.1 Organisation du réseau de soins.

Ils se trouvaient alors confrontés à la difficulté technique pour la mise en place de ce réseau. Que ce soit parce que *« il faut envoyer un fax et puis on sait pas quand est-ce qu'il va être convoqué...il y a pas une forte possibilité de téléphone que je réussisse à connaître donc ça c'est un peu ennuyeux je trouve. »* M10. Ou encore au niveau des délais de prise en charge *« c'est les délais euh des prises en charge hospitalières qui deviennent de plus en plus longs, les retours de courriers qui sont de plus en plus longs. »* M6.

Était également mentionnée la qualité des relations entre confrères.

### 3.2 Déontologie médicale

Selon le panel, la confraternité médicale était mise à mal dans ce contexte particulier. La principale entrave rencontrée était une partialité présumée du correspondant spécialiste d'organe. Au point que, M3 considérait que: *« s'il y en a un qui ne joue pas le jeu ben je change »* ou encore que, lorsqu'un patient devait être adressé chez un confrère pour avis, on évitait de préciser le terrain d'addiction. *« sur zéro courrier c'est précisé. Je crois que la phrase que, je pense que la phrase que j'utilise c'est « je laisse le soin au patient de vous expliquer la situation ». »* M5.

### 3.3 Réticence des soignants

Cette attitude serait expliquée par une réticence des correspondants médicaux dont les causalités seraient multiples. La première était résumée par la citation suivante *« Et là rentre la difficulté : c'est que si je demande à un rhumato de donner un avis sur douleur rhumatismale qui est dans sa spécialisation très polarisé sur sa rhumato a tendance à avoir une analyse faussée parce que c'est un toxico et que ça quelque part il se sent agressé !»* M11. Le médecin pouvait ainsi être tenté par des apriori du fait du terrain de dépendance aux opiacés.

La situation administrative du patient était vécue comme une barrière supplémentaire. *« s'ils sont sous CMU on a encore pas mal de spécialistes qui freinent à quatre fers pour accepter la CMU. »* M5.

Devant l'ensemble des difficultés rencontrées, la constatation suivante était posée: le succès de la prise en charge reposait principalement sur la qualité de la relation soignant/soigné.

## **D. La relation médecin/malade**

L'étude menée ici ne porte que sur la perception du médecin : celui-ci au travers de ses représentations exprimait une idée des attentes du patient.

### **1. Abord du patient**

#### **1.1 Ecoute et évaluation de la demande du soigné**

Le principal abord restait l'écoute et surtout le fait de croire les déclarations des patients. « *On demande aussi au patient d'exprimer son ressenti* » M4. Même si ces propos pouvaient être nuancés lorsqu'il s'agissait d'un patient sous médicament de substitution avec M11 : « *peut-être moins de patience, peut-être moins d'écoute, peut-être plus de rigidité...beaucoup plus d'accusé de réception !* ».

## 1.2 Evaluation du ressenti du patient

### 1.2.1 Vécu du patient

Il s'agissait du principal critère orientant sa prise en charge. « *Donc je pense que le ressenti du patient c'est la première étape* » M11. « *on va surtout s'intéresser au ressenti, au vécu du patient.* » M4. Qu'il s'agisse du médicament de substitution « *Puisqu'il a l'impression qu'il va moins bien puisqu'il faut augmenter les seuils* » M5 ou de la douleur chronique « *ils étaient dans une hyper écoute de leur corps. Et, du coup, dans une hyper écoute du corps qui a mal. Notre corps a mal.* » M8. Il était donc principalement question d'un vécu négatif, lourd de handicaps.

### 1.2.2 Recherches de bénéfices secondaires

C'était l'impression qu'avait le soignant face à certaines demandes. « *Euh...non! (Silence) ça n'a rien à voir avec la douleur ! On n'est plus dans ce cadre-là !* » M7. Et ce, d'autant plus que le patient présentait des conduites addictives associées. « *il est reparti sur l'alcool avec le tabac. Enfin il y avait une poly intoxication et puis là il y avait une dérive totale.* » M11.



### 1.2.3 Importance des plaintes psychosomatiques

Le médecin évoquait cette éventualité lors de la description de la douleur par le patient. « *Euh...surtout faire le lien entre une douleur euh...enfin ce qu'il ressent lui est-ce que c'est vraiment une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur plus on va dire psychosomatique. C'est pas pareil ! Si on arrive à définir. C'est pas évident.* » M5. Cette dimension paraissait surexprimée par le patient.

### 1.2.4 Influence de l'entourage

Un des principaux facteurs influençant le ressenti du patient était le regard de l'entourage. En effet, celui-ci jouerait un rôle primordial dans l'attitude du soigné. « *Je ne vais pas me plaindre devant mon conjoint qui s'occupe bien de moi alors que je souffre et je peux pas le dire* » M10. « *On est tous dépositaires d'une expertise et pour certains patients c'est la famille qui est là aussi avec « t'es toujours avec ta drogue, t'es toujours avec...».* » M8.

## 2. Ressenti du médecin

### 2.1 Peur du détournement d'usage

Il a été mentionné que l'objectif des patients substitués aux opiacés souffrant de douleur était de surconsommer ou de détourner l'usage du médicament. *« Si c'est un patient qui vient euh... qui n'a pas pu voir son médecin alors évidemment on va tout de suite être suspicieux en disant « qu'est-ce qui vient chercher ? Est-ce qu'il veut majorer son traitement ou est-ce qu'il veut avoir, utiliser des produits pour un usage qui soit pas réellement de substitution de son traitement » M10.*

Ces représentations et la difficulté de la situation engendrée amenaient les médecins interrogés à une remise en question de leur pratique.

### 2.2 Remise en question du soignant

La situation était jugée complexe et les médecins étaient amenés à penser comme M10 : *« Alors la franchement ça va ouvrir un champ c'est terrible », une remise en cause de leur abord thérapeutique était notée. ».* *« là il faut qu'on balaye devant notre porte ! » M11. « on pêche beaucoup dans ce genre de situation » M4.* Cette interrogation concernait le retentissement psychologique sur le praticien avec les conséquences inhérentes sur la relation médecin malade. M2 *« c'était un échec personnel aussi ».* M8 : *« à partir du moment où nous déjà médecins on arrive à changer notre regard sur ces hommes et ces femmes c'est déjà beaucoup je*

[Texte]

*trouve* ». Les connaissances théoriques étaient également ébranlées face à ces situations vécues comme difficiles. M4 « *on a besoin d'écrire là-dessus, d'avoir des renseignements...* ».

## 2.3 Vécu du médecin

### 2.3.1 De l'empathie...

Ce sentiment était exprimé au vu de la situation délicate du patient. « *le gros principe je pense c'est qu'il faut croire ce que disent les malades. S'ils disent j'ai mal ils ont mal il faut pas dire « ouais mais avec ce que vous avez-vous avez pas mal c'est pas vrai!* ». » M10. « *Il y a des patients qui sont euh, qui sont vraiment en mal être et à qui on peut apporter quelque chose parce qu'on perçoit une faille.* » M6.

L'empathie paraissait donc indispensable aux médecins interrogés.

### 2.3.2 A la frustration...

Cette insatisfaction était dépendante de la demande du patient : elle apparaissait lorsque le médecin ne sentait aucune motivation chez le patient. « *Si le patient n'est pas motivé cette démarche va s'écourter. Et donc on va démarrer des bilans qui risquent d'être lourds. Et on va pas arriver à conclure. C'est frustrant.* » M11.

### 2.3.3 Ou la méfiance...

Ils déclaraient tout de même garder une certaine distance vis-à-vis du patient, avec toujours en tête la peur de l'imposture. « *Parce qu'il y en a pas mal qui sont très fluctuants là-dedans (...) on a tous ça derrière la tête je pense tout le temps et c'est un peu compliqué...* » M10. « *soit c'est un patient qui est venu on va dire un petit peu comme un... euh... il vient consommer quoi, comme un comme euh une boutique qu'on ouvre euh... il dit « bon j'ai besoin d'un médecin ».* » M11.

### 2.3.4 ...voire parfois au burn out du soignant.

Cette situation pouvait amener le soignant à démissionner de son rôle de soignant. « *j'étais tellement, je sais pas, désespéré face à ces malades que j'ai laissé tomber, je m'intéressais plus (...) j'ai trop donné et puis voilà ! Je voulais plus m'occuper de ce sujet* » M2. « *Maintenant, si vous avez pas le même projet ben c'est tout on arrête là. Il y a d'autres médecins sur Lille* » M6.

### 3. Une relation médecin-malade altérée

Cette situation était source de plusieurs difficultés dans la relation médecin malade.

#### 3.1 Mise en difficulté par rapport à un manque de connaissance

C'était un état des faits admis par les soignants. « *eah...comment on fait ? Comment on se débrouille ? Parce que je... la comme ça j'ai pas vraiment d'idées.* » M10. « *on voit sortir des gens des urgences sous Subutex® et Doliprane® codéiné... c'est qu'il y a donc quand même une méconnaissance du sujet, malgré tout* » M5. Les lacunes mises en exergue affaiblissaient donc le soignant dans sa position de détenteur du savoir favorisant un sentiment d'impuissance.

#### 3.2 Sentiment d'impuissance et d'isolement du médecin

Cette impression était aggravée par un isolement face au patient vécu comme difficile. « *On est très démunis, c'est désagréable.* » M11. « *Bon les centres antidouleur ce n'est même pas la peine d'y penser : il faut 6/8 mois pour avoir un rendez-vous...et puis quand on va marquer patient toxicomane je suis pas certain qu'il ne soit pas pris avant un an !* » M4.

### 3.3 Prise en charge de la douleur chronique chronophage

Pour atteindre une efficacité optimale était évoquée la nécessité de prendre du temps. « *c'est le long cours !* » M11. Temps qu'il n'était pas toujours aisé de dégager. « *donc du coup la douleur chronique c'est vrai que euh...que c'est un truc pour lequel on n'a pas assez de temps en fait. On va résumer la situation.* » M5.

### 3.4 Deux solutions envisagées : la formation médicale et le projet de soins

Pour contrecarrer ces difficultés, deux options étaient évoquées. Il fallait donc « *améliorer le réseau, améliorer aussi la formation des professionnels.* » M11. Mais également faire en sorte que le patient adhère au contrat de soins. « *Il y a des patients qui sont euh...qui sont vraiment en mal être et à qui on peut apporter quelque chose parce qu'on perçoit une faille et que donc à partir de là on peut travailler dans le pathos et puis on peut effectivement ouvrir une brèche et avoir une démarche de soins.* » M6.

## **IV. Discussion**

L'hypothèse de départ est que le médecin traitant pouvait être mis en difficulté par la prise en charge concomitante d'une douleur chronique et d'un traitement de substitution chez un même patient. Les résultats de l'étude révèlent un malaise du corps soignant lorsque ce dernier est confronté à l'association de ces deux problèmes de santé publique majeurs. La réalisation d'une étude qualitative, bien qu'étant la plus adaptée dans ce contexte, est cependant sujette à divers biais.

### **A. Limites de l'étude**

#### **1. Limites liées au type d'étude**

La préoccupation commune à l'égard de toute technique d'investigation, qu'elle soit qualifiée par l'usage de "quantitative" ou de "qualitative" est de faire en sorte que les phénomènes mis en évidence correspondent à une réalité qui soit aussi peu discutable que possible, c'est-à-dire objectivable [20]. Pour ce faire, la recherche qualitative menée doit répondre à de multiples critères permettant de valider la pertinence des résultats.

En ce qui concerne la validité interne, il s'agit d'avoir la certitude que les observations expriment la réalité énoncée. La vérification de ce critère a été réalisée grâce à la confirmation auprès des interviewés de la bonne compréhension, et des questions posées, et des réponses données. Le principal moyen utilisé était la répétition et la paraphrase des faits énoncés.

[Texte]

Dans la même optique, la triangulation des données a été réalisée par l'analyse de l'ensemble des verbatims par un tiers indépendant. Cependant, la confirmation de la bonne interprétation de ces derniers par la restitution des résultats aux médecins sondés n'a pu être mise en œuvre.

La validation externe de l'étude est obtenue par la méthode dite de saturation des données : l'étude a été arrêtée dès lors qu'ils n'apparaissaient plus de nouveaux éléments durant les entretiens.

Enfin, le dernier critère abordé est la fidélité. La fidélité ("reliability") définit le niveau de cohérence ou de convergence qui peut exister entre deux séries d'observations sur un objet d'étude identique ; des observateurs différents parviennent aux mêmes observations pour une même personne enquêtée. On peut conclure sur une bonne fidélité d'une étude dans la mesure où l'on peut constater que n'importe quel observateur, techniquement compétent, a observé le même résultat sur une même personne. [20] Se pose alors la question de la compétence du chercheur : ce travail de recherche a été une initiation à la recherche qualitative autant d'un point de vue théorique que pratique. Dans ces conditions, on ne peut donc pas envisager la validation de ce dernier point.



## 2. Limites liées aux conditions de réalisation de l'étude

L'étude de la relation médecin/malade est influencée par de multiples facteurs non abordés lors de cette recherche.

Ainsi, la sensibilité et l'opinion personnelle du médecin en tant qu'être humain, la connaissance des modalités de prescription du traitement de la douleur ou de substitution sont autant d'éléments déterminants non soulevés par l'étude.

De même, le fait qu'un interne de médecine mène les entretiens peut générer le discours dit de « langue de bois ». Ce biais a été au maximum évité en mettant à l'aise le médecin sondé durant les entretiens en précisant que l'objectif était d'explorer sa situation et non de porter un quelconque jugement.

### **B. Données de la littérature quant aux représentations des médecins**

De nombreuses études mettent en exergue l'embarras dans lequel se trouve le médecin face aux patients dépendants aux opiacés. Ainsi, le stéréotype du « drogué indésirable, manipulateur et violent qui n'apporte que des problèmes », que Ball décrivait déjà en 1988, [21], persiste. « *Je vais être un peu plus rigide mais je ne vais pas me laisser manipuler. Je vais être plus vigilant sur le, le toxicomane qui veut vous embarquer avec lui* » M11. « *Ce sont des patients qui de toute façon sauront très vite dire s'ils tolèrent ou s'ils ne tolèrent pas le médicament...euh...si c'est pas efficace ils sauront le dire aussi ! De façon générale très verte !* » M4. Plusieurs études montrent que, dans ce contexte, un malaise prédomine dans la relation

[Texte]

soignant soigné et le médecin est souvent amené à estimer que les efforts sont inutiles car non productifs [22]. Ce sentiment est partagé par six des soignants interrogés. « *J'étais tellement, je sais pas, désespéré face à ces malades que j'ai laissé tomber, je m'intéressais plus* » M2.

À cette situation, il faut ajouter la problématique posée aux soignants par la douleur chronique. Cinq soignants interrogés avancent qu'il s'agit du principal problème rencontré lors de la prise en charge des patients dépendants sous substitution aux opiacés, douloureux chroniques. Ainsi, le fait qu'ils aient un terrain d'addiction aux opiacés traitée par MSO, apparaît ici secondaire. « *C'est un sujet pas évident mais les douloureux chroniques en général* » M9. « *...et que lui comme ceux qui ont pas, qui ne sont pas dépendants et qui ont des douleurs chroniques sans étiologies, des syndromes poly algiques idiopathiques et ben j'arrive pas à les prendre en charge correctement parce que rien ne les soulage...* » M1.

Or la prévalence de la douleur chronique chez le patient substitué aux opiacés par la méthadone est estimée à 37% en ce qui concerne la douleur chronique sévère et à plus de 60% lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques d'intensité quelconque [23]. Ces chiffres sont importants si on les compare à la population générale dans laquelle on observe 20 % de douleurs chroniques sévères [24]. Ceci s'explique notamment par le fait que les liens qui unissent les phénomènes douloureux et l'addiction aux opiacés sont complexes et « bi-directionnels » [25]. Ils peuvent être vus comme la résultante d'un mauvais traitement de la douleur, d'une augmentation de la sensibilité à la douleur [26] et d'une prévalence élevée des manifestations douloureuses de cette population de patients [25].

Dans ce contexte, il est surprenant de constater que peu de recherches ont été menées sur le vécu du médecin généraliste dans cette situation clinique.

Une étude évaluant le ressenti des médecins confrontés à la prise en charge de douleurs chroniques chez des patients sous méthadone a été réalisée en 2003 à New York [27]. Elle s'adressait aux soignants travaillant dans une structure de soins suivant des patients traités par méthadone. Elle révèle que deux attitudes opposées ressortent, chacune se focalisant sur une des deux problématiques. Ces positions se justifient, selon cette recherche, par l'absence, dans la littérature médicale, de démarches thérapeutiques claires à suivre lors de l'abord d'une douleur chronique chez un patient sous MSO.

Le premier abord décrit consiste à privilégier la prise en charge de la douleur.

L'objectif énoncé est d'éviter d'éventuelles rechutes sur le plan addictif du fait d'une douleur non traitée. Cette conduite est justifiée par le fait qu'une mauvaise prise en charge de la douleur chez le patient substitué stabilisé est un risque de rechute dans des consommations de toxiques [25]. « *Et puis en faisant bien gaffe à ce que le patient ne replonge pas* » M4.

La seconde conduite, quant à elle, favorise la prise en charge de l'addiction au détriment de celle de la douleur. Les motivations des médecins justifiant cette posture sont multiples. On retrouve ainsi la peur du détournement d'usage, d'être déçu, d'éventuelles conséquences médico-légales en cas de prescription d'opioïdes ou encore du risque d'abus médicamenteux.

C'est cette deuxième situation que met en avant la majorité des participants de l'étude. « *je sais qu'il vient pour le traitement mais la première plainte c'était parce qu'ils ont mal quelque part tout ça, c'est exagéré pour avoir plus de médicament c'est*

sûr. » M2. « *on va pas mettre de morphiniques, on va être mal à l'aise forcément.* »

M10.

Une autre recherche menée par Baldacchino et al. [28] a été réalisée en 2009 auprès de médecins en Ecosse. Elle s'adressait aux médecins généralistes, rhumatologues, algologues et addictologues suivant des patients avec un antécédent de dépendance aux opiacés. L'objectif était de décrire leur ressenti, quant à la prescription d'opioïdes lors de douleurs chroniques non cancéreuses chez ces patients. Cette étude objective la vision négative de ces soignants persuadés du comportement manipulateur attribué d'office à ces patients.

Même s'il s'agit d'études qualitatives aux conclusions non transposables, force est de constater que la même vision négative prédomine dans la littérature lors de l'interrogation des soignants exposés à cette situation.

Afin de comprendre la situation, il est intéressant de s'interroger sur les outils à disposition du soignant ainsi que sur la méthodologie utilisée par le médecin, confronté à cette situation clinique.

## C. Un dysfonctionnement plurimodal

### 1. Une mise en application de l'Evidence-Based Medicine (EBM) difficile

L'EBM est définie par l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des données scientifiques actuelles à appliquer dans le cas d'un patient donné [29]. Il s'agit donc de prendre en considération les données scientifiques disponibles sur le sujet, de les adapter aux conditions particulières du patient, et ce, en fonction des capacités pratiques du soignant à mettre ces informations en application.

Ce premier point est souvent soulevé par les médecins. « *On a besoin d'écrire la dessus, d'avoir des renseignements...euh...là-dessus parce que c'est pas évident à gérer* » M4.

Concernant la recherche scientifique, certains soignants sont confrontés à des situations où cette dernière n'a pas été menée. Dans la littérature, on retrouve la nécessité d'éviter les opioïdes faibles. Ce groupe comprend la codéine, la dihydrocodéine, le tramadol et la poudre d'opium. Plusieurs raisons expliquent cette mise en garde : une moindre efficacité des médicaments du palier 2 dans le cadre de la substitution aux opiacés [25], leur transformation hépatique en morphine en ce qui concerne la codéine et le tramadol [11] ainsi que le risque de dépendance qui en découle [30]. « *On voit sortir des gens des urgences sous Subutex® et Doliprane codéiné®. Ça fait désordre...Un peu quand même ! (rire) C'est qu'il y a donc quand même une méconnaissance du sujet, malgré tout* » M5. Ce manque de formation est notée par six soignants du panel. « *Il y a beaucoup de médecins qui euh rajoutent du paracétamol codéiné alors que ça n'a aucun intérêt, qui vont mettre du tramadol ça*

[Texte]

*n'a aucun intérêt.* » M8.

Ces lacunes sont donc sources de difficultés dans la pratique quotidienne du soignant.

Ensuite vient la sphère concernant le patient. Là encore, le médecin est face à de multiples obstacles contribuant à l'installation d'un climat sceptique. Ainsi, la méfiance est de mise pour neuf des médecins interrogés. « *donc c'est un peu la patate chaude mais d'un côté je pense qu'on ne peut qu'être très carrés avec ce genre de patients* » M10. « *j'ai l'impression d'être au même rang que le produit qu'on va acheter, un bien de consommation : ça va avoir tendance à m'irriter* » M11.

« *la douleur qui, qui existe hein sans discuter en rap...qui est logique vis-à-vis de la pathologie n'est pas amplifiée par un problème psychologique. Donc ça c'est un petit peu, c'est un petit peu difficile* » M3.

Le concept de douleur « authentique » apparaît, dès lors, important pour ces patients souvent considérés comme coupable jusqu'à preuve de leur innocence [28]. Certains des participants envisagent, dans ce contexte, l'hypothèse de douleurs psychosomatiques. « *surtout faire le lien entre une douleur euh...enfin ce qu'il ressent lui : est-ce que c'est vraiment une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur plus, on va dire, psychosomatique. C'est pas pareil ! Si on arrive à définir. C'est pas évident.* » M5.

L'étiologie de la douleur devient ainsi un élément déterminant pour la crédibilité du patient. « *Plus je peux avoir une idée d'origine, plus c'est facile. Parce que le patient, dans le fond, ce sera un bon patient : il a mal mais à juste titre. Moins j'ai d'arguments euh d'origine, plus c'est compliqué* » M8. L'observation ainsi que la réalisation d'examen complémentaires sont alors envisagées afin d'objectiver les

[Texte]

dires du patient. « *J'essaye de faire un peu le point. Souvent je change pas, rien... enfin je fais rien* » M9. Or, lors de leur étude, Nowak and co. précisent qu'il est nécessaire d'adopter comme principe qu'il ne faut jamais mettre en doute la réalité de la souffrance, d'autant qu'on ne peut établir de parallélisme entre l'étendue du dommage tissulaire et la sévérité de la douleur [31].

Ainsi, même si cela ne devrait pas entrer en considération dans l'abord du patient, le soignant se sent souvent rassuré par l'existence d'arguments vérifiables concernant la plainte algique.

Enfin, le dernier point de l'EBM concerne les facultés dont dispose le médecin pour assurer le suivi du patient. Se profilent alors, clairement, pour l'ensemble des soignants, l'impossibilité d'une prise en charge isolée du médecin traitant.

Dès lors, le travail en équipe ou en réseau permet de répondre à la tension ressentie par le professionnel de santé [30]. « *non, je le prendrais pas en charge tout seul. Et puis, ça marcherait pas. Et puis, je ne saurais peut-être pas. Enfin, je saurais sûrement pas.* » M3.

À défaut de suivre la démarche clinique habituelle, les médecins interrogés ont alors souvent recours pour se repérer à leur expérience professionnelle.

## 2. L'utilisation de l'expérience personnelle comme référence

Il s'agit du principal critère d'évaluation retenu par la majorité des soignants interrogés. « *C'est l'expérience. A force de voir la personne, la personne à chaque fois elle me ramène une plainte autre tout ça* » M2. « *moi mon expérience malheureusement associe deux problématiques : la dépendance et la douleur* » M1.

Comme l'indiquent de nombreuses études, les soignants sous-estiment en général la douleur des malades. Il en résulte alors une insuffisance des moyens thérapeutiques mis en œuvre en particulier dans la prescription d'analgésiques [32]. M2 : « *Tout ce qui est paracétamol, aspirine. Et c'est tout.* ». M4 : « *Donc euh, chez ces patients-là, j'aurais tendance à être probablement sous efficace, à ne prescrire que du paracétamol.* ». Cet abord amène parfois le soignant à négliger consciemment ou non la plainte algique du patient. « *J'ai du mal à les traiter suffisamment* » M1. « *Et là elle me dit simplement qu'on va réfléchir à la situation* » M5.

À contrario, même s'il peut s'agir d'un traitement inapproprié aux effets secondaires rédhibitoires, chacun a « ses » propres recettes, mais peu de références Evidence Bases (prouvées scientifiquement) existent [25]. On voit alors certains soignants prescrire des antalgiques inadaptés malgré la connaissance des précautions d'emploi. Ainsi, un des médecins sondés n'hésite pas à avoir recours à la codéine sous réserve d'une bonne alliance thérapeutique. « *Des fois, j'utilise la codéine aussi. Dans ce cas-là, il faut être très méticuleux et faut être sûr de son patient.* » M6.

On observe ainsi que l'expérience personnelle du soignant devient souvent la base de la prise en charge, et ce quelle que soit l'étape du raisonnement clinique envisagée.

[Texte]



Devant l'ambiguïté créée, l'écrasante majorité des interviewés essaient de mettre en place un réseau de soins pour aider le patient mais là encore des obstacles surgissent.

### 3. Une organisation du réseau de soins biaisée

La majorité des participants met en avant la difficulté technique liée à la mise en place du réseau.

En première ligne est évoquée la contrainte liée aux moyens de communication actuels. « *il faut envoyer un fax et puis on sait pas quand est ce qu'il va être convoqué...il y a pas une forte possibilité de téléphone que je réussisse à connaître donc ça c'est un peu ennuyeux je trouve.* » M10.

Viennent ensuite les délais de consultations hospitalières et l'attente du retour des courriers qui compliquent la mise en place du réseau de soin. « *C'est les délais euh...des prises en charge hospitalières qui deviennent de plus en plus longs, les retours de courriers qui sont de plus en plus longs* » M6.

C'est alors qu'apparaît la condamnation sociale qui influence le jugement clinique, lorsqu'il s'agit des patients dépendants aux opiacés [31]. Baldacchino et al. objectivent cette répercussion négative dans les relations entre médecins lorsqu'il est question de la prise en charge d'un patient algique sous substitution aux opiacés [28]. Plusieurs des participants interrogés se retrouvent ainsi confrontés à une réticence chez les correspondants médicaux en lien avec le terrain de dépendance des patients. « *c'est le passé, le parcours du patient qui peuvent nuire, à sa prise en*

*charge parce qu'il y a des a priori qui sont déjà installés » M6. « Moi je trouve encore aujourd'hui fréquemment oui des : « Tu t'occupes de toxico ? » « Euh...des toxicos ? Non, c'est des hommes et des femmes qui se soignent ! » » M8. D'autres confrères encore véhiculent clairement des idées reçues comme celle selon laquelle ces patients ne connaissent pas la douleur [25]. « On a dû batailler avec le spécialiste pour faire comprendre que, ben oui, il est sous méthadone mais qu'il a droit d'avoir mal quand même quoi! » M5.*

Pour parer à cette situation, un des médecins interrogés n'hésite pas à ébranler la confraternité édictée par le code de déontologie médicale qui requiert considération et respect [33]. *« Sur zéro courrier, c'est précisé. Je crois que la phrase que, je pense que la phrase que j'utilise c'est « Je laisse le soin au patient de vous expliquer la situation. » » M5.*

C'est ainsi que de nombreuses difficultés apparaissent lors de la mise en place du réseau de soins.

L'ensemble de ces données amène le médecin à avoir la sensation d'être seul et démuni face à une situation vécue comme problématique.

## D. Le médecin, ébranlé par la situation

### 1. La remise en question du soignant

La plupart des médecins sondés passent systématiquement par cette étape.

Alexandre estime la responsabilisation de chaque acteur nécessaire pour l'établissement d'une prise en charge de qualité [34]. Certains des sondés estiment que le médecin traitant est le premier concerné par cette nécessité. « *Là, il faut qu'on balaye devant notre porte !* » M11. « *Je crois qu'au niveau des médecins généralistes, il faudrait qu'on se responsabilise un peu tous* » M5.

Alors que la majorité des patients sous substitution est suivi en soins primaires, encore beaucoup de médecins généralistes refusent d'assurer le suivi d'un patient s'il a un passé connu de dépendance aux opiacés [35]. « *Donc j'ai quand même des patients que je ne vois que pour prescrire leur traitement de substitution, parce que leur médecin généraliste estime que c'est pas de leur domaine. C'est quand même malheureux !* » M5. « *À partir du moment où nous déjà, médecins on arrive à changer notre regard sur ces hommes et ces femmes, c'est déjà beaucoup je trouve.* » M8.

Même si cette prise de conscience doit amener le médecin face à ses limites. Or la connaissance de la souffrance et des limites du patient, mais aussi pour le soignant de ses propres souffrances et limites, doit permettre un accompagnement plus compréhensif et respectueux des personnes [1]. « *Et puis, des fois, ouvrir la porte pour que le patient puisse s'exprimer c'est pas...c'est pas très facile parce que, du coup, ça nous renvoie vers un échec si on l'a pas soulagé, parce qu'on n'est pas des*

[Texte]

*grands docteurs ! » M10. « Et, au-delà de ça, après moi, je suis un peu coincée »*

M1. Cette impression est liée, toujours selon le même médecin, à l'impasse thérapeutique créée par la situation. *« J'arrive pas à les prendre en charge correctement parce que rien ne les soulage... » M1.*

Dans cette optique, la mise à niveau permanente des connaissances théoriques est indispensable. La formation des professionnels de santé sur le bon usage des opioïdes à visée substitutive et antalgique devrait permettre notamment de lutter contre l'« opiophobie » [25] et donc d'améliorer l'abord du patient algique sous substitution. C'est ainsi que M5 déclare que *« je vais me replonger dans mes livres hein!(rire) Je vais chercher quelque chose ! »*. Et ce, d'autant plus, que nombre de médecins interrogés sont conscients de leur lacune concernant le sujet. *« Il est déjà sous substitution donc on peut pas lui mettre des morphiniques. » M7. « José ou Loïc euh comment on fait ? Comment on se débrouille ? Parce que je...là, comme ça, j'ai pas vraiment d'idées » M10.*

Enfin, le dernier obstacle relevé est l'aspect chronophage du suivi. En effet, certains des médecins interrogés sont conscients que la prise en charge de la douleur chronique demanderait plus de temps et un meilleur suivi thérapeutique. *« Donc du coup la douleur chronique c'est vrai que euh...que c'est un truc pour lequel on n'a pas assez de temps en fait. » M5.*

En attendant, le soignant adopte plusieurs attitudes pour gérer la situation.

## 2. La prudence, premier réflexe lors de l'abord du patient

Elle concerne les diverses étapes de la démarche thérapeutique.

Ainsi, l'ensemble du panel émet tout d'abord une réserve quant à l'évaluation de ces douleurs qui sont souvent sous évaluées(ou mal évaluées) [25,32]. « *Derrière ce mot de douleur chronique, en fait, c'est un mot que je pense qui n'a pas la même signification pour le patient et pour nous en fait(...)* et puis en fonction de ce que nous on va essayer de deviner voir s'il faut faire d'autres examens para cliniques ou pas quoi. » M5. « *Par définition, euh la douleur est pas quantifiable...scientifiquement donc c'est une question d'appréciation du patient et nous de notre intuition clinique.* » M7.

Par ailleurs, la moitié des médecins interrogés estiment avoir besoin d'objectiver la douleur par des examens para cliniques afin de la justifier, de se rassurer avant l'initiation d'un traitement antalgique. Cette attitude est observée par Berg et al. chez les médecins privilégiant le suivi de l'addiction au détriment de celui de la douleur [27]. « *toujours faire la recherche étiologique dans l'optique de la demande du patient toujours.* » M11. « *Par contre, moins il y a de causalité, d'explications, plus il faut, en tout cas pour moi, me poser, essayer euh...d'appréhender ce patient tranquillement.* » M8.

On retrouve cette même réaction lors de l'abord médicamenteux. Elle s'exprime, d'une part, par la peur d'être contre-productif et, d'autre part, par la crainte d'un surdosage.

Ainsi, la crainte de déclencher un syndrome de manque est évoquée par plusieurs des médecins sondés. *« Et puis, en faisant bien gaffe à ce que le patient ne replonge pas c'est-à-dire que son traitement substitutif ne devienne pas inefficace quoi. »* M4.

Par ailleurs, neuf des onze médecins interrogés craignent un surdosage médicamenteux. *« Parce que j'ai peur je pense de l'effet cumulatif des produits. »* M1. *« Alors, après les morphiniques, c'est pareil : si on doit vraiment monter dans les douleurs, dans l'efficacité, là on va rentrer directement en compétition avec les traitements substitutifs quoi... Donc là, à manier tout doucement avec prudence... Faire attention au patient qui oublie sa prise qui du coup va décaler sa dose ou augmenter les choses... voilà faut faire... vraiment être très très vigilant je pense... »* M4.

Apparaît alors en filigrane la peur du détournement d'usage.

### 3. Avec la peur du détournement d'usage, en arrière-plan

La plupart des médecins interviewés y pensent lors de l'abord des douleurs chez des patients substitués. Cette crainte est décrite dans de nombreuses études [21, 22, 27, 28, 35]. *« A des patients qui sont pas des patients. Qui cherchent simplement des compléments... Ils ne sont pas dans une demande de soins. Mais qui sont tout simplement dans une demande de toxicomanie. »* M6. *« C'est complexe parce que il faut... que je puisse faire la part, il faut que je fasse la part de la douleur en rapport avec sa pathologie et av... Et la part du besoin... euh du besoin de, de produits. »* M3.

Peut alors en découler une frustration, lorsqu'en dépit des efforts du soignant, est notée l'absence d'amélioration voire la dégradation de la situation du patient [36]. *« Si*

[Texte]

*le patient n'est pas motivé cette démarche va s'écourter. Et, donc, on va démarrer des bilans qui risquent d'être lourds. Et on va pas arriver à conclure. C'est frustrant. »*  
M11.

Cependant, tout comme le démontrent Berg et al. dans leur étude [27], certains des médecins interrogés ne se projettent pas dans cette optique. « *J'ai pas peur d'un usage détourné* » M1. « *Il y en a qui n'exagèrent pas, il y en a qui sont sincères* » M2. Ils privilégient ainsi la confiance à la méfiance. « *Parce que les gens ont souvent l'impression qu'on leur dit que c'est psychique et que du coup on pense qu'ils ont pas mal...donc non quand euh ils ont mal c'est qu'ils ont mal, s'ils disent qu'ils ont mal c'est qu'ils ont mal.* » M8.

Quelle que soit la prise de position du soignant, ce dernier est amené à proposer des solutions pour traiter la douleur.

#### 4. Diverses attitudes adoptées pour parer au mal-être engendré

Faire preuve d'écoute et d'empathie est le pré requis indispensable à l'abord thérapeutique [25]. La majorité des sondés s'accordent ainsi à dire que la première étape consiste en l'écoute active. « *il faut aider les gens à pouvoir exprimer la douleur.* » M10. « *trouver aussi des techniques par l'entretien, l'écoute active.* » M9.

Quelques-uns des soignants voit alors la douleur chronique comme un handicap et préfère le concept de souffrance à celui de douleur. « *Alors est-ce qu'il faut parler de prise en charge de la douleur ou prise en charge de la souffrance ?* » M10. « *Vous*

*êtes porteur d'un handicap, qu'on va appeler la douleur et euh...vous allez apprendre à vivre avec ce handicap » M8. Cette conduite est confirmée par le fait que le patient dépendant aux opiacés est vu comme une personne déjà porteuse d'un handicap. Nowak and co. avancent que « la toxicomanie est avant tout le symptôme révélateur d'une souffrance psychique importante à laquelle l'individu tente d'échapper. » [31].*

Il s'agit donc de patients aux multiples handicaps, source d'empathie pour neuf des médecins interrogés. « *On a de l'empathie pour cette souffrance » M11.*

Ensuite, comme l'indique Courty et Authier [25], il faut penser à éliminer un sous-dosage en MSO. Certains des médecins passent systématiquement par cette première étape. « *D'autre part, là aussi, voir est-ce qu'ils sont pas sous dosés dans leur traitement de substitution ? » M5. « il me semblait qu'il fallait augmenter le traitement substitutif c'est tout » M7.*

Cette augmentation est considérée de manière qualitative et quantitative.

Ainsi sont évoqués l'augmentation des dosages ou le passage de la buprénorphine à la méthadone. « *Je passe de buprénorphine à méthadone. Ou j'augmente la méthadone. La méthadone est quand même, a été synthétisée comme antalgique. La buprénorphine aussi. » M8.*

Parmi ces médecins, un seul évoque le fractionnement de la délivrance de la méthadone, dans une optique antalgique. « *Donc ça ne me dérange pas. On peut même passer, pour moi, en bi prise de méthadone : c'est pas gênant en antalgique, on est sur un autre système quoi. » M8.*

Il est intéressant de noter que la réévaluation du traitement de substitution n'est



envisagée ici que par des médecins sensibilisés à la problématique de l'addiction aux opiacés, du fait de leur affiliation au réseau GT59.

Vient ensuite le recours aux co-analgésiques. Il s'agit d'un traitement complémentaire utile et reconnu [25]. Un peu moins de la moitié du panel emploie cette option thérapeutique. « *Est-ce que c'est une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur neurologique sur lequel on va avoir d'autres médicaments comme la gabapentine ou des choses comme ça...* » M5. « *...et qui nécessiterait un certain nombre de drogues enfin de médicaments euh...particuliers : antidépresseurs...* » M3.

Cependant, la majorité des médecins sondés considèrent notamment les effets indésirables de ces thérapeutiques gênant, à fortiori chez ces patients sous MSO. Selon Courty et al. , l'évaluation de la tolérance de la stratégie antalgique mise en œuvre est un des éléments indispensables du suivi [25]. « *pouvoir proposer aux gens une prise en charge autre que juste avaler des comprimés parce que c'est pas...ben à long terme on sait pas ce que ça va donner non plus hein ! On voit bien avec le Diantalvic® qui a été retiré euh : c'est embêtant quand même !* » M5.

C'est ainsi qu'un des arguments avancé est le risque d'interactions médicamenteuses. En effet, il est nécessaire de se méfier de certains anti-épileptiques comme la carbamazépine, indiquée lors de douleurs neuropathiques, qui augmente le métabolisme de la méthadone. D'autres médicaments, comme les benzodiazépines ou les agonistes morphiniques purs, quant à eux, augmentent le risque de dépression respiratoire.[13]« *Si on veut lui mettre des morphiniques,*

*évidemment on va pas le faire puisqu'il est déjà sous substitution ; mais c'est de la...c'est au niveau de la chimie. » M7.*

Sont alors envisagées des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

Barry et al. ont mené une étude sur 150 patients sous méthadone dont 37% présentaient une douleur chronique [37]. Ils objectivent que ces patients ont souvent recours à des solutions non médicamenteuses comme l'acupuncture, dans 34% des cas, ou encore les thérapies type cognitivo comportementales (43%). *« et il y a je crois beaucoup à faire sur cette prise en charge de la douleur autre que par la pharmacopée » M5.*

Or l'efficacité supérieure de cette prise en charge plurimodale versus un traitement médicamenteux seul, pour traiter la douleur chronique, n'est plus à prouver [38].

Ainsi, nombreux sont les soignants consultés qui proposent des thérapeutiques non médicamenteuses pour soulager le patient. *« Chez les patients toxicomanes, on va prescrire facilement de la kiné pour mettre un peu le corps en bienveillance, euh...euh...un apaisement aussi psychique euh soit ici en consultation ou si on peut avoir des psychologues c'est super euh...enfin il y a tout ça avant d'essayer des molécules... » M9. « Après, en ville, on peut avoir euh...tout ce qui est acupuncture, euh...mésothérapie » M7.*

On remarque donc que l'abord non pharmacologique ouvre des perspectives plus larges pour le soignant que l'utilisation de médicaments.

C'est alors qu'est soulevé un nouvel obstacle : l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale. Ce problème est pris en considération par certains des médecins interviewés. *« Le principal frein, c'est la prise en charge parce que tout simplement*

*ça coute très cher, c'est pas remboursé et dans le cas précis des patients sous substitution, on a quand même le plus souvent à faire à des gens qui ont des revenus pécuniaires très modestes » M5. « ce n'est pas pris en charge...il n'y a rien de pris en charge donc non ! Ce serait facile s'il y avait des sous, enfin des moyens. » M9.*

Ils envisagent alors un accompagnement social pour faciliter la prise en charge du patient. *« Améliorer, ben c'est un ensemble en fait. C'est à la fois, une prise en charge au niveau de la sécurité sociale et euh...et euh... donc c'est la prise en charge soit en CMU soit euh...soit en mutuelle des patients » M6.*

Pour ce faire, la mise en place d'un réseau de soins, dont font partie *« les assistantes sociales » M3*, apparaît comme systématique pour l'ensemble des médecins. *« je pense que c'est toujours les histoires de réseau et de...et de...et de partenariat avec d'autres spécialités » M10. « Je fais partie de Généraliste et Toxicomanie et le plus souvent on appelle l'antenne locale ici » M11.*

Ainsi, que le médecin soit empathique ou méfiant, de nombreux obstacles surgissent lors de l'abord d'un patient douloureux substitué aux opiacés. Ceux-ci se répercutent alors sur la qualité de la relation médecin/malade.

## E. Une relation médecin/malade mise à mal

L'ensemble de ces éléments montre que, lors de la prise en charge d'une douleur chronique chez un patient dépendant aux opiacés, le médecin ressent de multiples difficultés se répercutant sur la qualité de la relation médecin/malade.

Cette dégradation s'explique par, d'une part, la difficulté qu'occasionnent ces deux pathologies mais également par la modification du rôle du médecin.

Faizang démontre que la valorisation de l'autonomie est une réalité relativement récente dans l'histoire de la relation médecin/malade [39]. Il s'agit alors d'obtenir une harmonie entre l'investissement du patient qui devient acteur dans le cadre thérapeutique tracé par le soignant, ce dernier résultant d'une négociation entre les deux protagonistes. L'équilibre optimal entre autonomie et complaisance est d'autant plus fragilisé ici que le médecin peut ressentir une réticence lors de l'abord du patient [28]. Cette fragilisation peut alors remettre en question cette relation de confiance entre soignant et soigné. Or Hirzowski et Boureau soulignent que l'évaluation et la reconnaissance de la douleur par le soignant possède une valeur relationnelle importante pour le malade qui se sent ainsi reconnu dans sa plainte [32]. *« C'est là où j'ai tendance à être un peu rigide : quand j'ai l'impression d'être manipulé, je suis peut-être un peu sur la défensive. »* M11.

Cet équilibre est d'autant plus difficile à mettre en application lors d'une maladie au long cours.

En effet, dans le suivi à long terme, il ne peut y avoir d'accompagnement du malade sans investissement affectif du médecin pour encourager, guider, écouter son

[Texte]

patient. Ainsi l'accompagnement du malade nécessite une volonté, une motivation interne du médecin qui voit son rôle modifié, l'acte médical apparaissant plus humble et effacé [40].

On objective alors que, dans le cadre d'une douleur chronique chez un patient sous substitution aux opiacés, cette motivation interne peut-être en berne. « ben c'est tout on arrête là. Il y a d'autres médecins sur Lille » M6.

Par ailleurs, Assal souligne que, dans le suivi d'une maladie de longue durée, il s'agit d'un parcours solitaire, un tête-à-tête entre un soignant et son malade. Dès lors, le médecin doit en plus faire l'inventaire de ce qui fonctionne bien chez le malade, de ce qui est mobilisable, afin que le malade reprenne confiance en lui et puise en lui-même les forces pour dépasser son handicap [40]. Cette notion est mise en avant par trois des médecins questionnés. « *Quand, comment, qu'est-ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qui a marché ? Est-ce qu'il y a des choses qu'ils peuvent refaire ?* » M9. « *Vous êtes porteur d'un handicap, qu'on va appeler la douleur et euh vous allez apprendre à vivre avec ce handicap. On va essayer de rendre la vie un peu plus vivable.* » M8.

Or ce qui se passe entre un malade et un médecin est considéré par tout le monde comme un élément déterminant dans la qualité et donc l'efficacité des soins [16].

Pour faciliter le maintien d'une bonne relation et donc d'une prise en charge optimale, l'établissement d'un contrat de soins semble être une solution adaptée [34]. Cette attitude est adoptée par la moitié des soignants interrogés. « *je mets les choses au clair tout de suite dans le projet.* » M6.

Il s'agit alors de créer un cadre d'intervention ni oppressant ni moralisant mais souple et adapté [34]. Courty et al. avancent plusieurs règles complémentaires pour faciliter ce projet de soins dont l'organisation de la prise en charge autour d'un seul

prescripteur et d'un seul pharmacien ; le recours à des consultations plus fréquentes pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la stratégie antalgique mise en œuvre [25].

## **CONCLUSION**

Les résultats de cette étude révèlent les nombreux problèmes éthiques et médicaux auxquels sont confrontés les médecins lors de la prise en charge de douleurs chroniques chez les patients dépendants aux opiacés substitués.

Cette situation est souvent à l'origine d'un malaise au sein de la relation médecin/malade, que le patient soit source de méfiance ou non.

Or, les études prouvent que croire le patient est la base indispensable à la bonne prise en charge des patients sous MSO présentant une douleur chronique.

Il s'agit donc avant tout de changer le regard des soignants sur les patients dépendants aux opiacés et de lutter contre les préjugés qu'ils peuvent générer notamment chez les confrères spécialistes d'organes.

Ainsi, pour favoriser un climat de confiance, le médecin, au-delà du recours aux formations médicales, pourra se référer à la mise en place d'un contrat de soins écrit et consenti par les divers protagonistes.

Ce dernier, tout en étant souple, devrait faciliter la création d'un cadre clair et net permettant au médecin et au patient de s'engager dans une voie apaisante et productive pour les deux protagonistes. Ce projet permettrait de valider les plaintes par des évaluations multidimensionnelles, répertoriées permettant de suivre l'évolution de la douleur du patient qui se sentira écouté. Dans le même temps, le médecin aurait l'assurance de bénéficier d'une conduite à suivre, nette et précise préalablement expliquée au patient. Il sera ainsi mis à sa disposition une prise en charge transversale adaptée à sa demande.

Cet abord multimodal aura recours aux antalgiques usuels, tout en évitant les opioïdes faibles, mais également aux co-analgésiques ou aux thérapies non médicamenteuses.

Il serait alors intéressant d'envisager l'aspect économique de la prise en charge avec l'éventualité d'une modification du barème actuel de la Sécurité Sociale concernant des thérapeutiques comme l'hypnose, l'acupuncture etc... dont le non remboursement actuel crée un frein supplémentaire à l'éventail thérapeutique déjà limité.

Une autre perspective intéressante serait l'élargissement de l'autorisation de mise sur le marché des thérapeutiques actuelles. Il serait effectivement pertinent de mener une réflexion sur l'utilisation de la méthadone comme antalgique pour les douleurs chroniques non cancéreuses, chez ces patients souvent déjà traités par MTD pour ses vertus substitutives.



## **BIBLIOGRAPHIE**

1 BENEZECH J.P. Douleur chronique et toxicomanie. Paris : Masson, 2002 : 295-297.

2 DOVERTY M, WHITE J.-M, SOMOGYI A. A. et al. Hyperalgesic responses in methadone maintenance patients. *Pain* 2001; 90: 91-96.

3 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Traitement de la douleur cancéreuse. Geneva: WHO 1997.

4 GUY-COICHARD C, ROSTAING-RIGATTIERI S, DOUBRERE J.- F, BOUREAU F. Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. *EMC (Elsevier Masson SAS), Anesthésie-Réanimation* 2005 36-030-A-10.

5 AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. Recommandations de bonne pratique : douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. In: *Médecine palliative* 2011 ;10 (2) : 90-105

6 FINNERUP N.B., OTTO M, MCQUAY H.J, JENSEN T.S, SINDRUP S.H. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. *Pain* 2005 ; 118 : 289-305.

7 BOUREAU F, LUU M. Neurostimulation transcutanée et douleur chronique. *Doul Analg* 1991; 4 : 153-156.

8 KUMAR K, TAYLOR S.J, ELDABE S. Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: A multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. *Pain* 2007 ; 132 : 179-188.

9 VAN SEVENTER R, FEISTER H.A, YOUNG J.P, STOKER M, VERSAVEL M, RIGAUDY L. Efficacy and tolerability of twice-daily pregabalin for treating pain and

related sleep interference in postherpetic neuralgia: a 13-week, randomized trial *Curr. Med. Res. Opin.* 2006 ; 22 : 375-384

10 AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.  
Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.  
Service des Recommandations et Références Professionnelles. 1999 : 37.

11 COUTAUX A. Douleur et son traitement chez l'adulte. *EMC (Elsevier Masson SAS), AKOS (Traité de Médecine)*, 5-1180, 2011.

12 OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES [en ligne]. Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions : département du Nord. 2010. Disponible sur : [http://www.ofdt.fr/BDD\\_len/iliad/2010\\_59.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/iliad/2010_59.xhtml) (consulté le 15.11.2011).

13 SCHLATTER J, MADRAS J-L, SAULNIER J-L, POUJADE F. Mise au point Interactions médicamenteuses avec la méthadone. *Presse Med* 1999 ; 28 : 1381-1384.

14 PARRINO M.-W, TAGLIAMONTE A, MAREMMANI I., SPRINGER-VERLAG E. First european conference on methadone. In: *Drug addiction and related clinical problems*. Wien, 1995: 213-18.

15 NOBLE F. La dépendance aux opiacés. Conséquences pour le traitement de la douleur *Doul Analg* 2009 ; 22 : 229-232.

16 ROUY J.-L, POUCHAIN D. Relation médecin-malade et médecine générale. *EMC (Elsevier Masson SAS), AKOS (Traité de Médecine)* 2003 1-0025.

17 Item n° 1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2003 ; 130 (Suppl 10) : 9-12.

18 AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A.M, IMBERT P, LETRILLIART L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue française de médecine générale* 2008 ; 84 : 142-145.

19 HUDELSON P. La recherche qualitative en médecine de premier recours *Revue Médicale Suisse* 2004 (503).

20 BARES F, CAUMONT D. Les études qualitatives face aux normes de la recherche : le cas des entretiens. *Université de Nancy 2*. 2004; 20(2004-02); 20.

21 BALL J. Drug addicts and the GP *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988 May 7; 296 (6632):1328.

22 MC KEGANEY N.P, BODDY F.A. General practitioners and opiate-abusing patients *J R Coll Gen Pract*. 1988 Feb ; 38(307): 73-75.

23 BARRY D.T, BEITEL M, JOSHI D, SCHOTTENFELD R.S. Pain and substance-related pain reduction behaviors among opioid dependent individuals seeking methadone maintenance treatment: An exploratory study. *Am J Addict* 2009 Mar-Apr;18(2):117-121.

24 ROZENBLUM A, JOSEPH A, FONG C. Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependant patients in methadone and residential treatment facilities. *JAMA* 2003; 289 : 2370-2378.

- 25 COURTY P, AUTHIER N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés, *Presse Med* 2012 <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.030>.
- 26 COMPTON P, CANAMAR C, HILLHOUSE M, LING W. Hyperalgesia in Heroin Dependent Patients and the Effects of Opioid Substitution Therapy. *American Pain Society The Journal of Pain* 2012 ; 13(4) : 401-409.
- 27 BERG K.M, ARNSTEN J.H, SACAJIU G, KARASZ A. Providers' experiences treating chronic pain among opioid-dependence drug users. *JGIM*. 2009 ; 24(4) : 482–488.
- 28 BALDACCHINO A, GILCHRIST G, FLEMING R, BANNISTER J. Guilty until proven innocent: a qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. *Addict Behav* 2010 ; 35 : 270-272.
- 29 SACKETT D.L, ROSENBERG W.M. The need for evidence-based medicine. *Journal of the royal society of medicine* 1995 nov ; 88(11) : 620-624.
- 30 CICERO T.J, ADAMS E.H, GELLER A, INCIARDI J.A, MUÑOZ A. SCHOLL S.H, et al. A postmarketing surveillance program to monitor Ultram (tramadol hydrochloride) abuse in the United States *Drug Alcohol Depend*. 1999 ; 57 : 7-22 A.
- 31 NOWAK S, MARTIN J.-P, RAPIN C.-H. Entre souffrance et douleur : Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes. *Elsevier Masson SAS* 2005 décembre : 337-346.
- 32 HIRZOWSKI F, BOUREAU F. *Nécessité d'évaluer la douleur en pratique quotidienne*. In : *Douleurs*. Paris : Elsevier Masson. 2000 :16-19.
- 33 Conseil national de l'ordre des médecins. Confraternité. Article 56 du code de déontologie. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-56-confraternite-280#article>

- 34 ALEXANDRE S. Incertitude et flexibilité dans le traitement de substitution aux opioïdes en Belgique(Wallonie) : bilan d'une recherche-action. *Drogues, santé et société* 2011 ;10(1) : 137-168.
- 35 MCGILLION J, WANIGARATNE S, FEINMANN C, GODDEN T, BYRNE A. GPs' attitudes towards drug users. *Br J Gen Pract* 2000 May; 50(454) : 385-386.
- 36 BAILEY J- A, HURLEY R.W, GOLD M.S. Crossroads of pain and addiction. *Pain Med* 2010 ; 11 :1803-1818.
- 37 BARRY D.T, BEITEL M, CUTTER C.J, GARNET B, JOSHI D, SCHOTTENFELD R.S. et al. Allopathic, complementary, and alternative medical treatment utilization for pain among methadone-maintained patients. *Am J Addict.* 2009 Sep-Oct; 18(5): 379-385.
- 38 SCASCIGHINI L, TOMA V, DOBER-SPIELMANN S, SPROTT H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology.* 2008 ; 47(5) :670–678.
- 39 FAINZANG S. La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs. *Revue des Maladies Respiratoires* 2005 ; 22(2): 37-39.
- 40 ASSAL J- P. La maladie chronique : une autre gestion, une autre prise en charge. *EMC (Elsevier Masson SAS), AKOS (Traité de Médecine)* 1998, 1-0020.

## ANNEXES

### Annexe 1 Antalgiques et leurs principales caractéristiques [adapté à partir de 11]

		<b>Molécules</b>	<b>Pharmacodynamie</b>	<b>Poso - logie maximale</b>	<b>Effets indésirables</b>	<b>Contre- indication</b>
<b>PALIER 1</b>	<b>Paracétamol</b>		Métabolisme hépatique élimination rénale	4 g	Allergie cutanée, thrombopénie rares	Allergie, insuffisance hépatocellu- laire
		Aspirine			Troubles digestifs Hypersensibilité	Allergie, insuffisance hépatocellu- laire sévère,
		Ibuprofène		1200 mg	Vertiges, céphalées troubles de la vue	MICI, insuffisance cardiaque non contrôlée,
		Kétoprofène		75mg	Complications infectieuses, oligurie, insuffisance rénale, augmentation des transaminases,	Grossesse, ulcère gastroduodé- nal
	<b>AINS</b>	Fénoprofène		1200mg	agranulocytose, anémie	
		Naproxène		1100mg	hémolytique	

[Texte]

		Diflunisal				
		Acide méfamique		1500mg		
		Acide niflumique		1000mg		
<b>PALIER 2 Morphiniques faibles</b>	<b>Codéine</b>		Métabolisé par le foie en morphine	180mg	Somnolence constipation nausées vomissements vertiges excitation cauchemars choc	allergie à la codéine, allaitement, insuffisance respiratoire, asthme
	<b>Tramadol</b>		Métabolisme hépatique	400mg	anaphylactique hallucinations dépression respiratoire rétention urinaire, HTIC	allaitement
<b>PALIER 3 Morphiniques forts</b>		Hydromorphone péthidine oxycodone fentanyl morphine				

AINS : Anti inflammatoires non stéroïdiens MICI : maladie inflammatoire chronique intestinale \*\* : Ils agissent en tant qu'agoniste des récepteur  $\mu$  \*\*\* agoniste récepteur  $\mu$  et inhibiteur recapture sérotonine/noradrénaline

[Texte]

## **Annexe 2 Guides d'entretien**

### Premier guide d'entretien

Comment se déroule une consultation avec un patient ayant une douleur chronique dans la population générale ?

Quels sont les éléments de la prise en charge qui peuvent être modifiés si ce patient est dépendant aux opiacés sous médicament de substitution que ce soit la méthadone ou la buprénorphine ? Qu'est-ce qui vous amène à les modifier?

Quelles difficultés peuvent entraver la prise en charge des patients présentant une douleur chronique sous traitement de substitution ? En quoi peuvent-elles complexifiées cette prise en charge ?

### Dernier guide d'entretien

Comment se déroule une consultation avec un patient ayant une douleur chronique dans la population générale ?

La même situation mais cette fois ci avec un patient dépendant aux opiacés sous médicament de substitution : Quels éléments de la prise en charge peuvent être modifiés? Qu'est-ce qui vous amènerait à les modifier...ou non? »

Quelles difficultés peuvent entraver la prise en charge des patients présentant une douleur chronique sous traitement de substitution ? En quoi peuvent-elles complexifiées cette prise en charge ?

Pensez-vous qu'une amélioration de cette prise en charge est possible et comment?



### **Annexe 3 Entretiens**

L'ensemble des entretiens est disponible sur le CD-Rom ci-joint.

À titre d'exemple, le verbatim n°5 a été sélectionné.

#### **ENTRETIEN M5**

Moi : « Comment se déroule une consultation avec un patient ayant une douleur chronique dans la population générale ? »

M5 : « Un patient que je connais ou un patient que je ne connais pas ? »

Moi : « Comme vous euh comme vous comprenez la question... »

M5: « Euh... la plupart du temps c'est pas la première plainte en fait, la douleur chronique. C'est souvent autre chose comme premier motif et c'est au décours de la consultation qu'on se rend compte qu'il y a une douleur euh que lui estime comme étant chronique ce qui n'est pas forcément nous notre définition aussi de la douleur chronique. Euh je ne sais pas...euh (rire) c'est une question un peu difficile ! (rire) »

Moi : "(rire) Alors on va peut-être commencer par la première hypothèse : un patient que vous connaissez ? »

M5 : « Ouais : un patient que je connais qui vient me dire qu'il a mal c'est ça ? Déjà je pense que en premier on va essayer d'établir ce qu'il appelle mal c'est-à-dire prendre une échelle de douleur pour voir ce qu'il appelle avoir mal. Voir le rythme, voir depuis combien de temps ? les facteurs aggravants on va dire à la fois psychologiques et physiques, facteurs relationnels et puis je pense que très rapidement je vais lui demander de revenir en rendez-vous pour avoir un peu plus de temps(rire) pour étayer tout ça parce que la consultation libre c'est pas...pas

[Texte]

vraiment évident ! Euh surtout faire le lien entre une douleur euh...enfin ce qu'il ressent lui est ce que c'est vraiment une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur plus on va dire psychosomatique. C'est pas pareil ! Si on arrive à définir. C'est pas évident. (Silence) »

Moi : « Et une fois que vous avez défini la douleur ? »

M5 : « Alors voir ce qu'il consomme ! (rire) à la maison, parce que à priori euh il y a une automédication assez importante ! donc voir son automédication, tripler ce qu'il va m'annoncer parce que forcément ce qui me dit et la vérité c'est très très différent. Euh... et voir si on met en place tout de suite ou pas un traitement antalgique euh autre. Souvent euh non, souvent on met rien tout de suite mais je le revois sous 48heures en lui demandant de me ramener les boites de ce qu'il a chez lui pour voir ce qu'il a et ce qu'il a pris et par où il les a pris aussi. Est-ce que c'est un copain ? est ce que c'est un médecin ? Est-ce que c'est de l'automédication euh à la pharmacie ? (silence) »

Moi : « Et alors quand il s'agit d'un patient que vous ne connaissez pas ? »

M5 : « Ben alors là c'est encore plus compliqué ! (rire) »

Moi : (rire) « C'est-à-dire... »

M5 : « C'est-à-dire que dans un premier temps effectivement outre l'examen clinique, le recueil des antécédents et compagnie euh ça classique. Mais euh, derrière ce mot de douleur chronique, en fait, c'est un mot que je pense qui n'a pas la même signification pour le patient et pour nous en fait. Donc c'est surtout ça en fait. Surtout savoir depuis combien de temps, quel est le type de douleur, est ce que c'est une douleur musculaire, est ce que c'est une douleur neurologique enfin qu'est-ce que

[Texte]

c'est comme type de douleur. Et puis en fonction de ce que nous on va essayer de deviner voir s'il faut faire d'autres examens para cliniques ou pas quoi. C'est surtout ça. En sachant que quand c'est une douleur neurologique ou des douleurs de migraines des choses comme ça euh les consultations à l'hôpital ne prennent plus de nouveau patient ! On peut rien faire ! Que les consultations sur les médecins qui s'occupent de la douleur en algologie alors là c'est la croix et la bannière pour les récupérer. On est à 7 ou 8 mois de consultationnnn. Euh voilà quoi ! Donc on fait un peu avec les moyens du bord ! (sourire) on va dire ! (silence) »

Moi : « D'accord. Donc deuxième question : La même situation mais cette fois ci avec un patient dépendant aux opiacés sous médicament de substitution... »

M5 : « Ben là c'est la galère ! »

Moi : « ... Quels éléments de la prise en charge pourraient être modifiés? Qu'est-ce qui vous amènerait à les modifier...ou non? »

M5: « Ben là c'est la galère ! Ben d'abord il nous avoue qu'il est sous opiacés puisque pour, pour euh avouer parce que de toute façon la plupart du temps c'est nos patients. Ben la galère parce qu'il y a pas mal d'antalgiques classiques qui sont pas possibles ! D'autre part la aussi voir est ce qu'ils sont pas sous dosés dans leur traitement de substitution ? Puisqu'il y a quand même un coté antalgique par euh surtout par la méthadone donc voir s'il faut pas monter le traitement euh substitutif ce qui est toujours très mal vécu par le patient. Puisqu'il a l'impression qu'il va moins bien puisqu'il faut augmenter les seuils. Apres euh oui tout dépend du contexte ! Est-ce que c'est une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur neurologique sur lequel on va avoir d'autres médicaments comme la gabapentine ou des choses comme ça... Est-ce que c'est aussi le facteur de stress ; est ce que ce sont des

[Texte]

douleurs euh... le plus fréquent c'est la lombalgie hein la douleur chronique c'est celle-là c'est j'en ai plein le dos en fait, au final. Donc la douleur elle est là mais elle est aussi contextualisée et elle est augmentée par euh des décompensations dépressives ou des épisodes de vie qui sont... donc la dans ces cas-là on se tourne peut être pas forcément vers les médicaments mais plus vers de la kiné. Et puis l'idéal... (interruption par l'interne qui cherche un dossier) ...Oui donc on parlait des autres techniques en fait... donc la kiné qui peut être pas mal aussi et puis ce qui serait bien aussi mais c'est pas remboursé c'est tout ce qui est sophrologie. Une prise en charge psychologique aussi avec séances de relaxation les choses comme ça sur la douleur et apprendre à vivre avec une douleur aussi parce que je pense que le seuil de perception est différent selon... c'est pour ça que les échelles d'évaluation de la douleur moi j'ai un petit peu de mal. J'ai un petit peu de mal parce que ce que moi je vais coter euh va... moi je me dis que quand moi j'ai mal à 6 ou à 7 c'est pas grave je peux quand même continuer à travailler et d'autres personnes à 3 ils s'effondrent donc euh c'est un outil qui est un peu euh... c'est vrai qu'on le demande hein entre zéro et dix machin est ce que mais c'est, j'aime plutôt leur poser la question sur le retentissement de cette douleur, sur leur vie de tous les jours quoi qu'est-ce que ça vous empêche de faire ? qu'est-ce que ça vous empêche de faire bien comme vous aimeriez faire... c'est plus plus euh du qualitatif en fait que du quantitatif mais après c'est difficile de, de... bon puis il y a toute la part psychologique hein tous ces gens qui sont soulagés par le doliprane 1000 mais pas par l'Efferalgan 1 parce que c'est un gramme c'est beaucoup moins fort !(rire) donc donc du coup la douleur chronique c'est vrai que euh, que c'est un truc pour lequel on n'a pas assez de temps en fait. On va résumer la situation. »

Moi : « Et donc tout à l'heure vous avez évoqué la difficulté quand le patient était dépendant aux opiacés sous médicaments de substitution... »

M5: « Hmm... »

Moi : « De l'utilisation de certains antalgiques ... »

M5 : « Ouais à la codéine »

Moi : « ...A quels antalgiques vous faisiez référence ? »

M5 : « A la codéine. Essentiellement. C'est surtout ça. Euh... donc ben on va partir sur paracétamol simple mais ils en ont déjà pris. Des associations tramadol : c'est difficile parce que chez certains patients qui ont eu des dépendances aux benzo ils peuvent aussi avoir une dépendance sur le tramadol. On l'a vu. Euh les nouvelles molécules sur les douleurs plus neuropathiques euh le lyrica il y a aussi des détournements de la molécule à d'autres fins puisqu'il y a un côté anxiolytique, il peut y avoir aussi un détournement. Donc c'est vrai que la ce sont des patients... et puis ce sont des patients je pense qui n'aiment pas avoir mal. Donc qui de toute façon vont vouloir une sédation très rapide de quelque chose et on va pas être en mesure de leur proposer une sédation assez rapide donc là c'est compliqué ouais. C'est compliqué. »

Moi : « Quelles difficultés peuvent entraver la prise en charge des patients présentant une douleur chronique sous traitement de substitution ? En quoi peuvent-elles complexifiées cette prise en charge ? »

M5 : « Ben d'une part c'est quand même des gens qui soit qui consultent beaucoup soit qui consultent pas beaucoup. On va pas dire quand même que, enfin ils ont quand même eu un parcours de vie assez particulier donc certains vont avoir une

[Texte]

résistance à la douleur assez importante et donc Euh...oui alors vont trouver des autres produits illicites pour soulager cette douleur (rire). Ca ça se voit pas mal et ça ils vont pas nous le dire forcément ! Euh et puis ben oui les molécules sont quand même assez limitées et puis euh...et puis euh ben je crois quand même que quand on envoie à des spécialistes et qu'on précise qu'il y a un traitement de substitution c'est parfois mal vu quoi. Je pense que sur zéro courrier c'est précisé. Je crois que la phrase que, je pense que la phrase que j'utilise c'est « je laisse le soin au patient de vous expliquer la situation ». Pour euh... pour ne pas qu'il y ait d'a priori en lisant euh la lettre (pause). »

Moi : « Et alors l'a priori vous l'imaginez à quel niveau ? »

M5 : « Ben toxicomane. »

Moi : « Et donc ? »

M5 : « Ah ben donc ce sont des gens pour lequel on ne fait pas forcément beaucoup d'effort parce qu'ils n'ont que ce qui méritent hein ! Ça reste encore beaucoup, ça reste encore beaucoup ouais on peut le dire. (Silence)»

Moi : « Pensez-vous qu'une amélioration de cette prise en charge est possible et comment? »

M5 : « Ben oui la prise en charge elle est possible d'une part euh d'une part je crois qu'au niveau des médecins généralistes il faudrait qu'on se responsabilise un peu tous. Il est quand même pas tellement logique qu'on est des patients enfin...c'est vrai que de par ma formation je suis étiquetée comme faisant partie du réseau... ce qui est vrai. Donc j'ai quand même des patients que je ne vois que pour prescrire leur traitement de substitution parce que leur médecin généraliste estime que c'est pas

[Texte]

de leur domaine. C'est quand même malheureux ! C'est quand même malheureux.  
Donc est ce que, ça c'est le patient qu'il me le dit, est ce que c'est vrai ou est-ce que  
le médecin généraliste n'a pas notion aussi du traitement et que d'un autre côté il va  
prescrire autre chose car je sais pas mais je crois qu'il a encore euh ouais il y a  
encore une mauvaise image de marque en fait au niveau de, au niveau de tout ça.  
C'est... oui c'est pas facile. Je pense que c'est pas facile. Ni pour eux ni pour nous en  
fait euh au final. Ben c'est contraignant en fait d'être sous méthadone quand même,  
il faut euh surtout bon quand on est réinséré quand on travaille et qu'on doit aller voir  
son médecin tous les 14 jours, qu'on peut pas partir en vacances 3 semaines, qu'on  
peut pas...tout, tout, des tas de choses. Une anesthésie quand on doit faire une  
anesthésie mon Dieu quand c'est un anesthésiste qui a pas trop l'habitude on a  
15500 questionnaires à remplir parce qu'on a trop de (interruption de l'interne qui  
parle d'un patient B. qui a un rendez-vous de prévu). Ben justement B. c'est le bon  
cas ! C'est le bon cas... (Silence) »

Moi : « C'est-à-dire ? »

M5 : « Ben c'est un patient qui a, qui a des lombosciatiques très très invalidantes, qui  
est sous méthadone et qui, on a dû batailler avec le spécialiste pour faire  
comprendre que ben ui il est sous méthadone mais qu'il a droit d'avoir mal quand  
même quoi ! Et que euh, que il est pas sous dosé en méthadone donc euh il y a pas  
de raisons non plus qu'on monte à 150 c'est pas le but ! Euh elle lui avait prescrit du  
lyrica, et effectivement vu le profil le lyrica il le prend à la demande donc on est à,  
qu'est-ce qu'elle me met là(en lisant le courrier de l'algologue) on est à un comprimé  
de 300mg 6fois par jour ! (rire) voilà ! Et là elle me dit simplement qu'on va réfléchir à  
la situation. (Silence). Réfléchissons...il va arriver ! (rire). On va réfléchir ! Je ne sais  
pas ce que je vais lui dire mais là visiblement on est dans le cas où je pense que le  
[Texte]

mot méthadone euh lui fait un frein. (Silence) ouais je crois. (Silence). Elle va pas le dire ouvertement mais je pense que faut passer la main ! »

Moi : « Et alors passer la main dans ce cas-là ce serait à ? »

M5 : « Ah ben ça euh... je vais me replonger dans mes livres hein!(rire) je vais chercher quelque chose ! Pareil je crois que ce monsieur il va pas bien psychologiquement en ce moment donc les douleurs de son dos elles sont majorées aussi. Il faut l'aider à ; l'aider à aller mieux aussi pour qu'il ait moins mal ou qu'il accepte de vivre avec cette douleur. Il y a aussi hein des pathologies où on a un fond douloureux permanent et... et ouais ! on n'a pas grand-chose à proposer à côté ! C'est pas la panacée mais... (Silence) à Lille en tout cas je vois pas bien ce qu'on peut faire de plus. Peut-être des unités où il y a plus d'unités antidouleur mais... pas ici. (Silence) »

Moi : « Vous avez quelque chose à ajouter de manière globale... »

M5 : « Non c'est intéressant comme idée de se poser la question la dessus c'est pas mal. Non mais c'est vrai parce qu'on le voit hein, on voit sortir des gens des urgences sous Subutex® et Doliprane codéiné®. (Pause) ça fait désordre ! (rire) un peu quand même ! (rire) C'est qu'il y a donc quand même une méconnaissance du sujet, malgré tout. Il y a une méconnaissance du sujet et il y a je crois beaucoup à faire sur cette prise en charge de la douleur autre que par la pharmacopée quoi. C'est surtout ça en fait qui serait intéressant de travailler. C'est pouvoir prendre en charge une globalité et pouvoir proposer aux gens une prise en charge autre que juste avaler des comprimés parce que c'est pas...ben à long terme on sait pas ce que ça va donner non plus hein on voit bien avec le Diantalvic ®qui a été retiré euh c'est embêtant quand même ! Mais pour ça, le principal frein c'est la prise en charge parce que tout

[Texte]



simplement ça coute très cher, c'est pas remboursé et dans le cas précis des patients sous substitution on a quand même le plus souvent à faire à des gens qui ont des revenus pécuniaires très modestes. Et alors là, ben alors là c'est encore pire parce que euh s'ils sont sous CMU on a encore pas mal de spécialistes qui freinent à quatre fers pour accepter la CMU. Et puis ben il y a des spécialités qui sont pas du tout remboursés donc euh même des choses comme la mésothérapie ou l'acupuncture pourquoi pas ? Il faut essayer aussi...mais c'est pas pris en charge donc euh donc bon à quand une prise en charge par la sécurité sociale ?je rêve (rire) »

Moi : « Bon merci beaucoup ! »

## Annexe 4 Encodages thématiques après analyse à l'aide du logiciel NVivo9

63 codages ont été dégagés de l'analyse des verbatims.

<p>Abord du patient substitué avec à priori négatif          Accès légal à l'héroïne          Accompagnement social          Adaptation thérapeutique          Appréhension quant au risque de dépendance vis-à-vis des antalgiques          Arrêt de l'accompagnement aux soins          Arsenal thérapeutique antalgique limité          Autoévaluation de la douleur          Automédication          Bénéfices secondaires          Bilan para clinique          Burn out          Caractéristique de la douleur          Conduites addictives associées          Confraternité entre médecins          Déception du médecin          Définition de la douleur          Dégradation de la qualité de la relation médecin malade          Demande du patient surexprimée selon le médecin          Déroulement de la consultation          Difficulté à la prise en charge          Difficulté de l'évaluation de la douleur          Echec de la prise en charge          Effets indésirables du traitement          Efficacité du traitement de substitution          Empathie          Evaluation de la douleur          Evaluation thérapeutique          Formation médicale continue          Frustration du soignant vis-à-vis de son abord de la douleur          Hésitation          Interaction médicamenteuse          La douleur chronique : un handicap</p>	<p>Manque de temps pour une prise en charge optimale          Méconnaissance thérapeutique          Méthadone à visée antalgique          Méfiance du médecin          Mise en place du réseau de soin          Mise en valeur de l'expérience personnelle du soignant          Modalités de prescription des médicaments de substitution          Moyen d'obtention du traitement          Organisation des soins          Peur du détournement d'usage          Pharmacodynamie          Plaintes psychosomatiques          Prise en charge pluridisciplinaire          Prise en charge médicamenteuse          Projet de soins          Réévaluation du traitement de substitution          Regard de l'entourage          Relation médecin malade mise à mal          Remise en question du soignant          Représentations des médecins          Représentations du patient          Ressenti du médecin          Ressenti du patient          Réticence à la médication          Réticence du corps soignant          Santé publique          Sentiment d'isolement du médecin          Silence          Surveillance thérapeutique          Terrain          Thérapeutique non médicamenteuse</p>
--	--

Le verbatim de l'entretien n°5 encodé est joint ci-dessous.

[Texte]

	<p>Moi : Comment se déroule une consultation avec un patient ayant une douleur chronique dans la population générale ?</p>	
<p>Demande du patient Déroulement de la consultation</p>	<p>M5 : Un patient que je connais ou un patient que je ne connais pas ?</p>	<p>Déroulement de la consultation</p>
<p>Remise en question du soignant</p>	<p>Moi : « comme vous euh comme vous comprenez la question... »</p>	
<p>Définition de la douleur Ressenti du patient</p>	<p>M5 : « Euh... la plupart du temps c'est pas la première plainte en fait, la douleur chronique. C'est souvent autre chose comme premier motif et c'est au décours de la consultation qu'on se rend compte qu'il y a une douleur euh que lui estime comme étant chronique ce qui n'est pas forcément nous notre définition aussi de la douleur chronique. Euh je ne sais pas...euh (rire) c'est une question un peu difficile ! (rire)</p>	<p>Définition de la douleur Ressenti du médecin</p>
<p>Hésitation</p>		<p>Difficultés de prise en charge</p>
<p>Autoévaluation de la douleur</p>	<p>Moi : "(rire) Alors on va peut-être commencer par la première hypothèse : un patient que vous connaissez ? »</p> <p>M5 : « Ouais : un patient que je connais qui vient me dire qu'il a mal c'est ça ? Déjà je pense que en premier on va essayer d'établir ce qu'il appelle mal c'est-à-dire prendre une échelle de douleur pour voir ce qu'il appelle avoir mal. Voir le rythme, voir depuis combien de temps ? les facteurs aggravants on va dire à la fois psychologiques et physiques, facteurs relationnels et puis</p>	<p>Caractéristiques de la douleur</p>

Hésitation	<p>je pense que très rapidement je vais lui demander de revenir en rendez-vous pour avoir un peu plus de temps(rire) pour étayer tout ça parce que la consultation libre c'est pas... pas vraiment évident ! Euh surtout faire le lien entre une douleur euh... enfin ce qu'il ressent lui est ce que c'est vraiment une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur plus on va dire psychosomatique. C'est pas pareil ! Si on arrive à définir. C'est pas évident. (silence) »</p>	Prise en charge chronophage
Caractéristiques de la douleur Plaintes psychosomatiques	Moi : « et une fois que vous avez défini la douleur ? »	Méfiance du médecin
Automédication	M5 : « Alors voir ce qu'il consomme (rire) à la maison ! parce qu'à priori euh il y a une automédication assez importante ! donc voir son automédication, tripler ce qu'il va m'annoncer parce que forcément ce qui me dit et la vérité c'est très très différent. Euh...et voir si on met en place tout de suite ou pas un traitement antalgique euh autre. Souvent euh non, Souvent on met rien tout de suite mais je le revois sous 48heures en lui demandant de me ramener les boites de ce qu'il a chez lui pour voir ce qu'il a et ce qu'il a pris et par où il les a pris aussi. Est-ce que c'est un copain ? est ce que c'est un médecin ? est-ce que c'est de l'automédication euh à la pharmacie ? (silence) »	Difficultés d'évaluation de la douleur
Prise en charge chronophage	Moi : « Et alors quand il s'agit d'un patient que vous ne connaissez pas ? »	Evaluation thérapeutique Automédication
Moyen d'obtention du traitement		Prise en charge médicamenteuse
		Méfiance du médecin

Difficultés à la prise en charge	M5 : « Ben alors là c'est encore plus compliqué ! (rire) »	
	Moi : (rire) « C'est-à-dire... »	Déroulement de la consultation
	M5 : « C'est-à-dire que dans un premier temps effectivement outre l'examen clinique, le recueil des antécédents et compagnie euh ça classique. Mais euh	Hésitation
Définition de la douleur Ressenti du médecin Ressenti du patient	derrière ce mot de douleur chronique en fait c'est un mot que je pense qui n'a pas la même signification pour le patient et pour nous en fait. Donc c'est surtout ça en fait. Surtout savoir depuis combien de temps, quel est le type de douleur, est ce que c'est une douleur musculaire, est ce que c'est une	Caractéristiques de la douleur
Définition de la douleur	douleur neurologique enfin qu'est-ce que c'est comme type de douleur. Et puis en fonction de ce que nous on va essayer de deviner voir s'il faut faire	Méfiance du médecin
Bilan para clinique	d'autres examens para cliniques ou pas quoi. C'est surtout ça. En sachant que quand c'est une douleur neurologique ou des douleurs de migraines des choses comme ça euh les consultations à l'hôpital ne prennent plus de	Caractéristiques de la douleur
Hésitation	nouveau patient ! on peut rien faire ! que les consultations sur les médecins qui s'occupent de la douleur en algologie alors là c'est la croix et la bannière	Organisation des soins Pluridisciplinarité Mise en place du réseau de soins
Sentiment d'isolement du médecin	pour les récupérer. On est à 7 ou 8 mois de consultation. Euh voilà quoi ! donc on fait un peu avec les moyens du bord ! (sourire) on va dire !	
Silence	(silence) »	
	Moi : « D'accord. Donc deuxième question : La même situation mais cette fois	

	ci avec un patient dépendant aux opiacés sous médicament de substitution... »	
Difficultés à la prise en charge Ressenti du médecin	M5 : « Ben là c'est la galère ! »	
	Moi : « ... Quels éléments de la prise en charge pourraient être modifiés? Qu'est-ce qui vous amènerait à les modifier...ou non? »	
Hésitation	M5 : « Ben là c'est la galère ! ben d'abord il nous avoue qu'il est sous opiacés,	Méfiance du médecin Abord avec à priori négatif du patient
Difficultés à la prise en charge Ressenti du médecin	puisqu'il faut avouer parce que de toute façon la plupart du temps c'est nos patients. Ben la galère, parce qu'il y a pas mal d'antalgiques classiques qui sont pas possibles ! d'autre part, là aussi voir est ce qu'ils sont pas sous dosés dans leur traitement de substitution? puisqu'il y a quand même un coté antalgique par euh surtout par la méthadone donc voir s'il faut pas monter le traitement euh substitutif ce qui est toujours très mal vécu par le patient puisqu'il a l'impression qu'il va moins bien, puisqu'il faut augmenter les seuils. Après euh oui, tout dépend du contexte! Est-ce que c'est une douleur physique ou est-ce que c'est une douleur neurologique sur lequel on va avoir d'autres médicaments comme la gabapentine ou des choses comme ça... Est-ce que c'est aussi le facteur de stress ; est ce que ce sont des douleurs euh...le plus fréquent c'est la lombalgie hein la douleur chronique c'est celle-là c'est j'en ai plein le dos en fait, au final. Donc la douleur elle est	Arsenal thérapeutique limité
Pharmacodynamie Méthadone comme antalgique		Adaptation thérapeutique Réévaluation du MSO
Ressenti du patient		Hésitation
Adaptation thérapeutique Réévaluation du MSO		Caractéristiques de la douleur Terrain
Arsenal thérapeutique limité		Caractéristiques de la douleur Plaintes psychosomatiques
Hésitation		Caractéristiques de la douleur Terrain

[Texte]

Santé publique	<p>là mais elle est aussi contextualisée et elle est augmentée par euh des décompensations dépressives ou des épisodes de vie qui sont...donc là dans ces cas-là on se tourne peut-être pas forcément vers les médicaments mais plus vers de la kiné. Et puis l'idéal... (interruption par l'interne qui cherche un dossier) ...Oui donc on parlait des autres techniques en fait...donc la kiné qui peut être pas mal aussi et puis ce qui serait bien aussi mais c'est pas remboursé c'est tout ce qui est sophrologie. Une prise en charge psychologique aussi avec séances de relaxation, les choses comme ça sur la douleur, et apprendre à vivre avec une douleur aussi parce que je pense que le seuil de perception est différent selon... c'est pour ça que les échelles d'évaluation de la douleur moi j'ai un petit peu de mal. J'ai un petit peu de mal parce que ce que moi je vais coter euh va... moi je me dis que quand moi j'ai mal à 6 ou à 7 c'est pas grave je peux quand même continuer à travailler et d'autres personnes à 3 ils s'effondrent donc euh c'est un outil qui est un peu euh... c'est vrai qu'on le demande hein entre zéro et dix machin est-ce que...mais c'est... j'aime plutôt leur poser la question sur le retentissement de cette douleur, sur leur vie de tous les jours quoi qu'est-ce que ça vous empêche de faire? Qu'est-ce que ça vous empêche de faire bien comme vous aimeriez faire ? C'est plus plus euh du qualitatif en fait que du quantitatif mais après c'est difficile de, de... bon puis il y a toute la part psychologique hein tous ces gens qui sont soulagés par le doliprane 1000 mais pas par l'effergalgan 1 parce que c'est un gramme c'est beaucoup moins fort ! (rire)</p>	Abord du patient avec à priori négatif
		Thérapeutique non médicamenteuse Pluridisciplinarité
Difficultés d'évaluation de la douleur		Ressenti du patient
Hésitation		Difficultés à la prise en charge Ressenti du médecin
Evaluation de la douleur		Difficultés d'évaluation de la douleur
Difficultés d'évaluation de la douleur		Hésitation
		Hésitation
		Plaintes psychosomatiques Ressenti du médecin Ressenti du patient

[Texte]

<p>Prise en charge chronophage</p>	<p>donc donc du coup la douleur chronique c'est vrai que euh, que c'est un truc pour lequel on n'a pas assez de temps en fait. On va résumer la situation. »</p> <p>Moi : « Et donc tout à l'heure vous avez évoqué la difficulté quand le patient était dépendant aux opiacés sous médicaments de substitution... »</p> <p>M5 : « Hmm »</p> <p>Moi : « ...de l'utilisation de certains antalgiques ... »</p> <p>M5 : « Ouais à la codéine »</p>	
<p>Interaction médicamenteuse Arsenal thérapeutique limité</p>	<p>Moi : « ...à quels antalgiques vous faisiez référence ? »</p> <p>M5 : « A la codéine. Essentiellement. C'est surtout ça. Euh...Donc ben on va partir sur paracétamol simple mais ils en ont déjà pris. Des associations tramadol : c'est difficile parce que chez certains patients qui ont eu des dépendances aux benzo ils peuvent aussi avoir une dépendance sur le tramadol. On l'a vu. Euh les nouvelles molécules sur les douleurs plus neuropathiques euh le lyrica il y a aussi des détournements de la molécule à d'autres fins puisqu'il y a un côté anxiolytique, il peut y avoir aussi un détournement. Donc c'est vrai que la ce sont des patients... et puis ce sont</p>	
<p>Arsenal thérapeutique limité</p>	<p>tramadol : c'est difficile parce que chez certains patients qui ont eu des dépendances aux benzo ils peuvent aussi avoir une dépendance sur le tramadol. On l'a vu. Euh les nouvelles molécules sur les douleurs plus neuropathiques euh le lyrica il y a aussi des détournements de la molécule à d'autres fins puisqu'il y a un côté anxiolytique, il peut y avoir aussi un détournement. Donc c'est vrai que la ce sont des patients... et puis ce sont</p>	<p>Hésitation</p> <p>Peur du détournement d'usage Bénéfices secondaires</p>



<p>Ressenti du médecin Ressenti du patient</p>	<p>des patients je pense qui n'aiment pas avoir mal. Donc qui de toute façon vont vouloir une sédation très rapide de quelque chose et on va pas être en mesure de leur proposer une sédation assez rapide donc là c'est compliqué ouais. C'est compliqué. »</p>	<p>Difficultés à la prise en charge</p>
	<p>Moi : « Quelles difficultés peuvent entraver la prise en charge des patients présentant une douleur chronique sous traitement de substitution ? En quoi peuvent-elles complexifiées cette prise en charge ? »</p>	<p>Prise en charge chronophage</p>
<p>Abord du patient avec à priori négatif</p>	<p>M5 : « Ben d'une part c'est quand même des gens qui soit qui consultent beaucoup soit qui consultent pas beaucoup. On va pas dire quand même que, enfin ils ont quand même eu un parcours de vie assez particulier donc certains vont avoir une résistance à la douleur assez importante et donc euh... ou alors vont trouver des autres produits illicites pour soulager cette douleur (rire). ça ça se voit pas mal et ça ils vont pas nous le dire forcément !</p>	<p>Terrain</p>
<p>Méfiance du médecin Abord avec à priori négatif du patient Conduites addictives associées</p>	<p>Euh et puis ben oui les molécules sont quand même assez limitées et puis euh...et puis euh ben je crois quand même que quand on envoie à des spécialistes et qu'on précise qu'il y a un traitement de substitution c'est parfois mal vu quoi. Je pense qu'euh sur zéro courrier c'est précisé. Je crois que la phrase que, je pense que la phrase que j'utilise c'est « je laisse le soin au patient de vous expliquer la situation ». Pour euh...pour ne pas qu'il y ait d'a priori en lisant euh la lettre. (Silence) »</p>	<p>Hésitation</p>
<p>Arsenal thérapeutique limité</p>		<p>Méfiance du médecin Réticence du soignant Abord avec à priori négatif du patient</p>
<p>Confraternité médicale Relation médecin malade mise à mal</p>		<p>Silence</p>
<p>Abord du patient avec à priori négatif</p>		

[Texte]

<p>Abord du patient avec à priori négatif</p>	<p>Moi : « Et alors l'a priori vous l'imaginez à quel niveau ? »</p> <p>M5 : « Ben toxicomane. »</p>	
<p>Méfiance du médecin Réticence du soignant Abord avec à priori négatif du patient</p>	<p>Moi : « Et donc ? »</p> <p>M5 : « Ah ben donc ce sont des gens pour lequel on ne fait pas forcément beaucoup d'effort parce qu'ils n'ont que ce qui méritent hein ! Ça reste encore beaucoup, ça reste encore beaucoup ouais on peut le dire. (Silence) »</p>	<p>Silence</p>
<p>Remise en question du soignant</p>	<p>Moi : Pensez-vous qu'une amélioration de cette prise en charge est possible et comment?</p>	<p>Hésitation</p>
<p>Méfiance du médecin</p>	<p>M5 : « Ben oui la prise en charge elle est possible d'une part euh d'une part je crois qu'au niveau des médecins généralistes il faudrait qu'on se responsabilise un peu tous. Il est quand même pas tellement logique qu'on est des patients enfin...c'est vrai que de par ma formation je suis étiquetée comme faisant partie du réseau... ce qui est vrai. Donc j'ai quand même des patients que je ne vois que pour prescrire leur traitement de substitution parce que leur médecin généraliste estime que c'est pas de leur domaine. C'est quand même malheureux ! C'est quand même malheureux. Donc est-ce que, ça c'est le patient qu'il me le dit, est-ce que c'est vrai ou est-ce que le</p>	<p>Réseau de soins</p>
		<p>Ressenti du médecin</p>

[Texte]

<p>Méfiance du médecin Réticence du soignant Abord avec à priori négatif du patient</p>	<p>médecin généraliste n'a pas notion aussi du traitement et que d'un autre coté il va prescrire autre chose car je sais pas mais je crois qu'il a encore euh mais il y a encore une mauvaise image de marque en fait au niveau de, au niveau de tout ça. C'est...oui c'est pas facile. Je pense que c'est pas facile. Ni pour eux ni pour nous en fait euh au final. Ben c'est contraignant en fait d'être sous méthadone quand même, il faut euh surtout bon quand on est réinséré quand on travaille et qu'on doit aller voir son médecin tous les 14 jours, qu'on peut pas partir en vacances 3 semaines, qu'on peut pas...tout, tout des tas de choses. Une anesthésie quand on doit faire une anesthésie mon Dieu quand c'est un anesthésiste qui a pas trop l'habitude on a 15500 questionnaires à remplir parce qu'on a trop de... (interruption de l'interne qui parle d'un patient B. qui a un rendez-vous de prévu). Ben justement B. c'est le bon cas ! C'est le bon cas... (Silence) »</p>	<p>Formation médicale continue</p>
<p>Silence</p>	<p>Moi : « C'est-à-dire ? »</p>	<p>Hésitation</p>
<p>Hésitation</p>	<p>M5 : « Ben c'est un patient qui a, qui a des lombosciatiques très très invalidantes, qui est sous méthadone et qui, on a dû batailler avec le spécialiste pour faire comprendre que ben ui il est sous méthadone mais qu'il a droit d'avoir mal quand même quoi ! Et que euh, que il est pas sous dosé en méthadone donc euh il y a pas de raisons non plus qu'on monte à 150 c'est pas le but ! Euh elle lui avait prescrit du Lyrica, et effectivement vu le profil le</p>	<p>Méfiance du médecin Réticence du soignant Abord avec à priori négatif du patient</p>
		<p>Méfiance du médecin Réticence du soignant Abord avec à priori négatif du patient</p>
		<p>Adaptation thérapeutique Réévaluation du MSO</p>

[Texte]

<p>Abord du patient avec à priori négatif</p>	<p>Lyrica il le prend à la demande donc on est à, qu'est-ce qu'elle me met là (en lisant le courrier de l'algologue) on est à un comprimé de 300mg 6fois par jour ! (rire) Voilà ! Et là elle me dit simplement qu'on va réfléchir à la situation. (silence). Réfléchissons... il va arriver ! (rire). On va réfléchir ! Je ne sais pas ce que je vais lui dire mais là visiblement on est dans le cas où je pense que le mot méthadone euh lui fait un frein. (Silence) ouais je crois. (Silence). Elle va pas le dire ouvertement mais je pense que faut passer la main ! »</p>	<p>Sentiment d'isolement du médecin</p>
<p>Méfiance du médecin Réticence du soignant Abord avec à priori négatif du patient</p>	<p>Moi : « Et alors passer la main dans ce cas-là ce serait à ? »</p>	<p>Silence</p>
<p>Hésitation</p>	<p>M5 : « Ah ben ça euh... Je vais me replonger dans mes livres hein! (rire) Je vais chercher quelque chose ! Pareil, je crois que ce monsieur il va pas bien psychologiquement en ce moment donc les douleurs de son dos elles sont majorées aussi. Il faut l'aider à, l'aider à aller mieux aussi pour qu'il ait moins mal ou qu'il accepte de vivre avec cette douleur. Il y a aussi hein des pathologies où on a un fond douloureux permanent et... et ouais ! on n'a pas grand-chose à proposer à côté ! C'est pas la panacée mais... (Silence) à Lille en tout cas je vois pas bien ce qu'on peut faire de plus. Peut-être des unités où il y a plus d'unités antidouleur mais... pas ici. (Silence) »</p>	<p>Sentiment d'isolement du médecin</p>
<p>Empathie</p>	<p>Moi : « Vous avez quelque chose à ajouter de manière globale... »</p>	<p>Plaintes psychosomatiques</p>
<p>La douleur chronique : un handicap</p>	<p></p>	<p>Arsenal thérapeutique limité</p>
<p></p>	<p></p>	<p>Silence</p>

<p>Méconnaissance thérapeutique</p>	<p>M5 : « Non c'est intéressant comme idée de se poser la question là-dessus c'est pas mal. Non mais c'est vrai parce qu'on le voit hein, on voit sortir des gens des urgences sous subutex et doliprane codéiné (Silence). Ça fait désordre ! (rire) Un peu quand même ! (rire) C'est qu'il y a donc quand même une méconnaissance du sujet, malgré tout. Il y a une méconnaissance du sujet et il y a, je crois, beaucoup à faire sur cette prise en charge de la douleur autre que par la pharmacopée quoi. C'est surtout ça en fait qui serait intéressant de travailler. C'est pouvoir prendre en charge une globalité et pouvoir proposer aux gens une prise en charge autre que juste avaler des comprimés parce que c'est pas...ben à long terme on sait pas ce que ça va donner non plus hein on voit bien avec le Diantalvic qui a été retiré euh c'est embêtant quand même! Mais pour ça, le principal frein c'est la prise en charge parce que tout simplement ça coute très cher, c'est pas remboursé et dans le cas précis des patients sous substitution on a quand même le plus souvent à faire à des gens qui ont des revenus pécuniaires très modestes. Et alors là, ben alors là c'est encore pire parce que euh s'ils sont sous CMU on a encore pas mal de spécialistes qui freinent à quatre fers pour accepter la CMU. Et puis ben il y a des spécialités qui sont pas du tout remboursés donc euh même des choses comme la mésothérapie ou l'acupuncture pourquoi pas ? Il faut essayer aussi...mais c'est pas pris en charge donc euh donc bon à quand une prise en charge par la sécurité sociale ? je rêve (rire). »</p> <p>Moi : « Bon merci beaucoup ! »</p>	<p>Silence</p>
<p>Effets secondaires</p>		<p>Ressenti du médecin</p>
<p>Santé publique</p>		<p>Thérapeutique non médicamenteuse</p>
		<p>Ressenti du médecin</p>
	<p>Accompagnement social</p>	
	<p>Réticence du soignant</p>	

## Annexe 5 Triangulation

68 items ont été encodés avec 75% de correspondance avec l'analyse initiale.

<p>Adaptation thérapeutique          Arrêt du traitement de substitution et mise sous morphine          Autoévaluation antalgique          Confiance          Conscience de la subjectivité de l'évaluation de la douleur          Crainte d'induire une nouvelle dépendance          Déception du généraliste dans la prise en charge          Défaut de prise en charge volontaire de la douleur des patients dépendants sous substitutif          Demande de formation par le médecin traitant          Désintérêt          Difficulté à évaluer la douleur chez le patient dépendant          Difficulté à prendre en charge la douleur          Difficulté d'accès au parcours de soin usuel lié à la dépendance          Douleur psychosomatique          Economie de la santé          Expérience du soignant          Extrapolation de leur propre prise en charge médicale à l'ensemble du corps médical          Hétéro évaluation de la douleur fréquente          Importance de l'étiologie de la douleur          Inefficacité de certains antalgiques chez le patient sous substitution aux opiacés          Initiation du traitement antalgique inchangée          Intérêt d'un suivi à domicile          Isolement du médecin          Majoration de la méthadone          Manipulation du traitement de substitution          Méconnaissance du sujet par le médecin          Médecin mal à l'aise avec le sujet          Médecin plus strict dans sa prise en charge</p>	<p>Patient pauvre non pris en charge par les spécialistes d'organes          Peu d'intérêt donné au ressenti du patient          Peur de déstabiliser la substitution et de provoquer un syndrome de manque          Pharmacodynamie du traitement de substitution          Place de l'automédication          Place de l'interrogatoire          Prise en charge du patient dépendant chronophage          Prise en charge pluridisciplinaire          Projet de soins          Prudence lors de la prise en charge antalgique          Recherche d'un bénéfice secondaire          Recours aux co analgésiques privilégié          Recours aux structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur des patients opioïdo dépendants          Réévaluation de la douleur          Réévaluation du traitement de substitution          Refus de suivi          Relation médecin malade mise à mal          Remise en question sur sa propre prise en charge          Sentiment d'échec dans la prise en charge          Sentiment de mauvaise prise en charge de la douleur chez le patient dépendant          Sentiment de manipulation du patient dépendant aux opiacés          Sentiment d'impuissance          Situation difficile à vivre pour le soignant et le soigné          Stigmatisation du patient substitué          Subjectivité de la douleur          Tentative de leurrer le patient sur la prise en charge antalgique          Traitement antalgique nommé produit lorsqu'il s'agit de patients dépendants aux opiacés          Traitement médicamenteux          Traitement non médicamenteux          Utilisation du traitement de substitution comme antalgique          Utilisation des antalgiques de palier 1 uniquement</p>
--	---

<p>Méfiance du médecin Mise en place d'un contrat de soins Nécessité de la surveillance par un tiers Outil de communication entre confrère Part psychologique de la douleur surexprimée Passage de la buprénorphine à la méthadone</p>	<p>Valorisation du patient Visualisation péjorative du patient substitué Patient sous substitutif non soulagé</p>
--	---

Auteur : Ziyadi Asmahan

Date de soutenance : le 4 février 2013

Titre de la thèse : Relation médecin malade lors de la prise en charge d'une douleur chronique chez un patient dépendant aux opiacés sous traitement de substitution : vécu du médecin généraliste.

Thèse, Médecine, Lille, 2013

Cadre de classement : Médecine générale

Mots clés : Douleur chronique, dépendance, opiacés, substitution, méthadone, buprénorphine, antalgique, vécu, soins primaires, médecine générale, pluridisciplinarité.

Contexte :

La majorité des patients dépendants aux opiacés sous substitution bénéficient d'un suivi en soins primaires. Le médecin généraliste est ainsi amené à suivre des douleurs chroniques dont la prévalence est plus importante dans cette population versus la population générale.

Question de recherche :

Quelle est la perception du médecin généraliste lors de l'abord d'une douleur chronique chez un patient dépendant sous substitution aux opiacés ?

Méthode :

Dans le cadre de cette étude qualitative, onze entretiens ont eu lieu entre mars et mai 2012 dans le cabinet du médecin traitant.

Résultats :

Il a été mis en évidence des difficultés liées à l'évaluation de la douleur ainsi qu'à l'introduction d'un traitement antalgique dans ce contexte. Ainsi, le soignant était amené à se remettre en question et était confronté à ses propres limites. Pour parer à cette situation, la mise en place de réseau de soins ainsi que l'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses apparaissaient comme des aides non négligeables. Mais là encore de nouveaux obstacles surgissaient: le médecin se retrouvait face au jugement social dont était victime le patient, source de méfiance du fait de son terrain d'addiction aux opiacés. Par ailleurs, le non remboursement de certaines thérapeutiques limitait d'autant plus les options thérapeutiques.

La mise en place d'un contrat de soins écrit clair, le changement du regard des soignants ainsi que l'élargissement des options thérapeutiques apparaissaient alors comme des solutions envisageables.

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET  
Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI  
Monsieur le Docteur François HERBAUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

[Redacted]