



**Opioides dans la douleur chronique non cancéreuse :
pistes pour une réduction de leur prescription et
amélioration de la prise en charge de la douleur chronique
en médecine générale**

Analyse quantitative effectuée sur base d'une enquête
soumise à des médecins généralistes en Wallonie et à
Bruxelles

Travail réalisé par : Dubie Elodie

Promoteur du TFE : Feron Jean-Marc

Master complémentaire de médecine générale

Année académique 2020-2021

Abréviations utilisées :

AINS	Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
DCNC	Douleur Chronique Non Cancéreuse
DDD	Defined Daily dose (Dose journalière définie)
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FDA	Food and Drug Administration (USA)
IASP	International Association for the Study of Pain
INAMI	Institut National d'Assurances Maladie-Invalidité
LLLT	Low-Level Laser Therapy
MME	Morphine Milligram Equivalent
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDMP	Prescription Drug Monitoring Programs
SNRI	Serotonine-Norepinephrine Reuptake Inhibitor
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

Abstract :

La douleur chronique est une pathologie complexe de par sa subjectivité et l'influence importante de multiples facteurs biopsychosociaux. 20% de la population belge en souffre. Ces dernières années, on observe une augmentation importante de la prescription d'opioïdes dans cette indication, or, les recommandations vont toutes dans le même sens : il faut optimiser les thérapies non pharmacologiques et pharmacologiques non opioïdes ; surtout que les études démontrent peu d'efficacité dans cette indication. L'objectif de ce TFE est d'identifier quels sont les freins et facilitateurs à une réduction de la prescription d'opioïdes chez les patients adultes souffrant de douleur chroniques en médecine générale.

Après une revue de la littérature effectuée sur les principaux moteurs de recherche, j'ai construit un questionnaire à l'intention des médecins généralistes, que j'ai fait réviser par 5 confrères. Je l'ai ensuite soumis à différents cercles de médecine générale ainsi que par le biais de la Société Scientifique de médecine générale. Le questionnaire était divisé en 3 blocs de questions visant à : 1) évaluer les caractéristiques de l'échantillon, 2) les habitudes de prescription/prise en charge dans la douleur chronique, 3) les problématiques provoquées par les opioïdes utilisés dans le cadre de la douleur chronique ainsi que les pistes possibles pour une réduction des opioïdes et une amélioration de la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse en médecine générale. L'analyse des résultats utilise les outils de la statistique descriptive.

106 médecins ont participé à l'enquête. On constate peu de différence vis-à-vis des profils de prise en charge entre les médecins ayant suivi une formation en douleur chronique et ceux qui n'en ont pas eue. Les antalgiques de palier 1, la kinésithérapie/l'ostéopathie et la pratique d'exercices physiques sont principalement employés par les généralistes de l'échantillon. Les autres thérapies (psychologie, TENS, anesthésiques locaux, algologie) sont peu exploitées. Les opioïdes sont principalement prescrits pour le soulagement d'une crise douloureuse, amélioration de la douleur et l'amélioration fonctionnelle. La surconsommation, l'accoutumance, le shopping médical sont les principales problématiques rencontrées. Les pistes évoquées pour améliorer la prise en charge sont multiples : de meilleurs remboursements en kiné et psychologie, une meilleure accessibilité des services d'algologie, insister sur l'éducation du patient et l'information au grand public, améliorer/majorer la formation des généralistes dans ce domaine, avoir accès au profil pharmacologique du patient pour déceler plus facilement les risques de shopping médical/mésusage.

De nombreuses études devraient encore être effectuées dans ce domaine tant la problématique est complexe.

Indexation :

QC14, QD325, QP3, QR32, QS41

Table des matières

1. Introduction :	1
1.1. Définitions :	2
1.2. Contexte et épidémiologie :	4
1.3. Recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique et la place des opioïdes :	8
1.3.1. <i>Recommandations belges sur la prise en charge de la douleur chronique :</i>	8
1.3.2. <i>Recommandations américaines sur la prescription d'opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse :</i>	10
1.3.3. <i>Recommandations canadiennes sur la prescription des opioïdes dans la DCNC :</i>	11
1.3.4. <i>Recommandations de la SFETD pour la prescription d'opioïdes forts dans la douleur chronique :</i>	12
1.3.5. <i>Mise en commun des recommandations issues des différents guides de pratique clinique :</i>	13
2. Méthodologie :	14
2.1. Revue de la littérature :	14
2.2. Etude :	15
3. Résultats :	18
3.1. Bloc 1 : Caractéristiques de l'échantillon :	18
3.2. Bloc 2 : Prise en charge de la douleur chronique dans l'échantillon :	19
3.2.1. <i>Options thérapeutiques :</i>	19
➤ <i>Antalgiques de palier 2 (opioïdes faibles : tramadol, codéine, tilidine) :</i>	20
➤ <i>Antalgiques de palier 3 (opioïdes forts : morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, buprénorphine, piritramide) :</i>	21
➤ <i>Antidouleurs atypiques (SNRI, amytryptiline, gabapentine, prégabaline) :</i>	21
➤ <i>Infiltration de corticoïde :</i>	22
➤ <i>Capsaïcine ou lidocaïne en patch :</i>	23
➤ <i>Kinésithérapie et/ou ostéopathie :</i>	23
➤ <i>Exercices physiques (conseil) :</i>	24
➤ <i>TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) :</i>	25
➤ <i>Thérapie cognitivo-comportementale, psychologie, mindfulness, sophrologie :</i>	25
➤ <i>Prise en charge dans un service d'algologie :</i>	26

➤	<i>Groupe de soutien (ex : Focus Fibromyalgie) :</i>	27
3.2.2.	<i>Indication des opioïdes prescrits dans la douleur chronique :</i>	28
3.3.	Bloc 3 : Prise en charge de la douleur chronique dans l'échantillon :	28
3.3.1.	<i>L'utilisation des antalgiques de palier 2 ou 3 est-elle un problème dans votre pratique ?</i>	29
3.3.2.	<i>Problèmes engendrés par les antalgiques de palier 2 et 3 :</i>	29
3.3.3.	<i>Propositions pour une réduction de la prescription d'opioïdes et amélioration de la prise en charge de la douleur chronique :</i>	30
4.	Discussion :	33
4.1.	Biais de l'étude et limitations de l'étude :	33
4.2.	Interprétation des résultats :	34
4.2.1.	<i>Prise en charge de la douleur chronique en médecine générale :</i>	34
4.2.2.	<i>Problématique des opioïdes dans la DCNC :</i>	36
4.2.3.	<i>Pistes pour une amélioration de la prise en charge de la DCNC et réduction des opioïdes :</i>	36
5.	Conclusion :	39
6.	Bibliographie :	40
7.	Annexes :	43
	Annexe 1 : Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening	43
	Annexe 2 : Résumé des recommandations du CDC (2016)	45
	Annexe 3 : PEG scale	47
	Annexe 4 : Tableau d'équianalgésie et calcul du MME	48
	Annexe 5 : GAD-7 (General Anxiety Disorder)	49
	Annexe 6 : PHQ-9	50
	Annexe 7 : ORT (Opioid Risk Tool)	51
	Annexe 8 : SOAPP-R	52
	Annexe 9 : Brief Inventory Pain (Short form)	54
	Annexe 10 : Résumé de la Guideline canadienne sur la prescription d'opioïde	55
	Annexe 11 : Prescription Opioid Misuse Index (POMI)	56
	Annexe 12 : Revue de la littérature - Flowchart	57
	Annexe 13 : Questionnaire soumis dans le cadre de l'enquête	58
	Annexe 14 : Résumé schématique des propositions d'amélioration visant à une réduction de la prescription des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse	63

1. Introduction :

La douleur chronique est une problématique complexe de par sa subjectivité et son intrication de multiples facteurs biopsychosociaux, qui peuvent influencer le vécu de la douleur par les patients. La douleur chronique a également un impact important en termes de santé publique au vu de sa fréquence (1 belge adulte sur 5) et de ses répercussions au quotidien comme le travail, les relations sociales, le psychisme (dépression, anxiété, insomnies), ...

En Belgique, c'est dans les années 1980 que l'on voit apparaître les premières structures d'évaluation et de traitement de la douleur. La Belgian Pain Society, la branche belge de l'IASP (International Association for the Study of Pain), est constituée en 1985. En 2005, neuf centres sont reconnus par l'INAMI comme des centres multidisciplinaires de la douleur chronique. Actuellement, le réseau participant à la prise en charge de la douleur chronique s'est agrandi puisqu'il comprend : 35 centres multidisciplinaires de la douleur chronique (suivi biopsychosocial), une équipe algologique dans chaque hôpital général soit 73 équipes (fonction d'information et formation du personnel soignant), 13 équipes spécialisées dans la douleur pédiatrique. (1)

La morphine est le principal alcaloïde extrait l'opium, elle a été isolée dans les années 1800 et ses effets pharmaceutiques ont été étudiés par après. Elle fonctionne en activant les récepteurs μ , ce qui a pour effet d'induire une antalgie et peut être responsable d'une dépression respiratoire. Les opioïdes ont énormément étaient utilisés chez les soldats blessés au 19^e siècle. Aux Etats-Unis, l'oxycontin est arrivé sur le marché après approbation de la FDA en 1995. La molécule est plébiscitée pour la gestion de la douleur cancéreuse et non cancéreuse avec un profil de sécurité satisfaisant. Beaucoup de chiffres concernant les risques de surdosage et d'addiction sont volontairement dissimulés. Le nombre de prescriptions d'opioïdes augmente alors considérablement ainsi que le nombre de surdoses et de décès par overdose. En 2017, la « crise des opioïdes » a été déclarée comme étant une urgence sanitaire par le département de la Santé et des Services Sociaux des Etats-Unis (47 600 décès en 2017 liés à une overdose aux opioïdes). (2)

Les consultations et le suivi médical des patients douloureux chroniques sont souvent chronophages et énergivores pour les médecins, qui peuvent se sentir mis en échec par l'absence d'amélioration des symptômes algiques des patients. L'option médicamenteuse peut rapidement aboutir à une escalade thérapeutique avec recours à des molécules opioïdes,

qui ont leur lot d'effets secondaires. Ces 10 dernières années en Belgique, on observe une augmentation importante de la prescription des opioïdes faibles et forts dans la prise en charge de la douleur chronique.

Il est donc intéressant d'identifier quels sont les freins et facilitateurs pouvant jouer un rôle dans la réduction de la prescription des opioïdes aux patients souffrants de douleur chronique en médecine générale.

Le TFE aura donc pour objectif d'identifier ces facteurs au moyen d'une enquête soumise auprès des médecins généralistes de Wallonie et Bruxelles, et, de voir quelles pistes pourraient être appliquées en médecine générale afin de réduire la prescription des opioïdes et d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique.

1.1.Définitions :

La douleur est définie par l'IASP comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». La douleur est à différencier de la nociception, elle n'est pas uniquement liée à l'activité des neurones sensitifs. (3)

On peut classer la douleur selon la durée d'apparition (aigue ou chronique), le mécanisme sous-jacent (nociceptif, nociplastique, neuropathique), de la relation avec les organes (musculo-squelettique, viscérale), de la relation à un traitement (post-opératoire, post-chimiothérapie, post-radiothérapie), de la pathologie causale (douleurs cancéreuses vs non cancéreuses). (4)

La douleur nociceptive est une douleur qui résulte de lésions réelles ou potentielles du tissu non-neural et est causée par la stimulation directe de nocicepteurs par des stimuli nociceptifs (mécanique, thermique ou chimique). Elle est dite somatique si elle est liée à une activation des nocicepteurs des tissus musculo-squelettiques ; elle est viscérale si ce sont les nocicepteurs des organes creux qui sont stimulés. (3)(4)

La douleur neuropathique est une douleur causée par une lésion ou maladie du système nerveux somato-sensoriel. En fonction de la localisation de l'atteinte, elle sera périphérique (nerfs) ou centrale (cerveau, moelle épinière). (3)

La douleur nociplastique résulte d'une altération de la nociception alors qu'il n'y a pas de preuve d'activation des nocicepteurs par une atteinte tissulaire réelle/potentielle ou par une maladie/lésion du système somato-sensoriel. (3)

La douleur chronique est une douleur qui persiste ou est récurrente pendant plus de 3 mois (5). Dans l'ICD-11 (11^e révision de l'International Classification of Diseases), la douleur chronique est subdivisée en 7 catégories différentes : douleur chronique primaire (syndromes de la douleur nociplastique), douleur cancéreuse chronique, douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique, douleur neuropathique chronique, maux de tête ou douleurs orofaciales chroniques, douleur viscérale chronique, douleur musculosquelettique chronique. (4) (5)

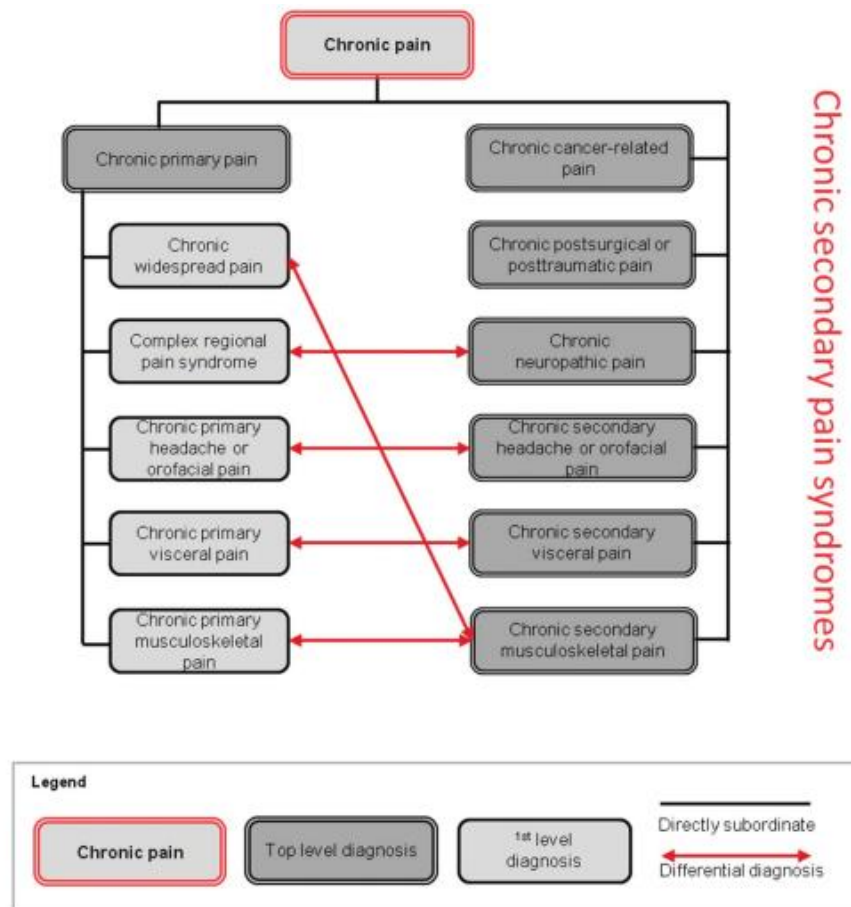


Figure 1: Structure de la classification IASP de la douleur chronique (5)

Les facteurs psychosociaux sont déterminants dans le risque de chronicisation d'une douleur, bien plus que les facteurs biomédicaux ; la prise en charge de la douleur chronique doit donc être « biopsychosociale » et non plus « biomédicale ». Dans les facteurs de chronicisation de la douleur chronique, on retrouve : (6)

- Attitudes et croyances : croire que la douleur signale un danger, qu'il faut que la douleur disparaisse avant de pouvoir reprendre une activité, catastrophisme
- Comportements : repos excessif, consommation de médicaments ou substance, réduction des activités considérées comme dangereuses

- Émotions : dépression, anxiété, peur de la douleur, sentiment d'inutilité, peur du ressenti corporel
- Facteurs iatrogènes : conseils inadéquats (mise au repos, passivité), catastrophisme, dramatisation, diagnostics contradictoires
- Contexte médico-légal, culturel et familial (procédure judiciaire, demande de reconnaissance en cours, absence de soutien familial, ...)
- Perception de la douleur et de la relation avec le travail (« *Blue flags* »): croyance que le travail est dangereux par rapport à la douleur, impression de manque de soutien de la hiérarchie et/ou des collègues, travail peu valorisant
- Facteurs objectifs du travail (« *Black Flags* ») : sécurité sociale, possibilité de travail adapté au sein de l'entreprise, reconnaissance des accidents de travail,...

Le risque de chronicisation d'une douleur peut être évalué au moyen du questionnaire Örebro (développé pour les douleurs musculosquelettiques – *Annexe 1*)

1.2.Contexte et épidémiologie :

En Europe, la prévalence de la douleur chronique varie de 12 à 30% selon les pays (moyenne de 19% en Europe) ; 56% sont des femmes et 44% des hommes ; l'âge moyen des patients souffrant de douleur chronique est de 50 ans. (7)

Dans l'enquête sur la douleur chronique en Europe publiée en 2005(7), lorsqu'on interroge les patients sur la localisation de la douleur, les résultats par ordre de fréquence sont les suivants :

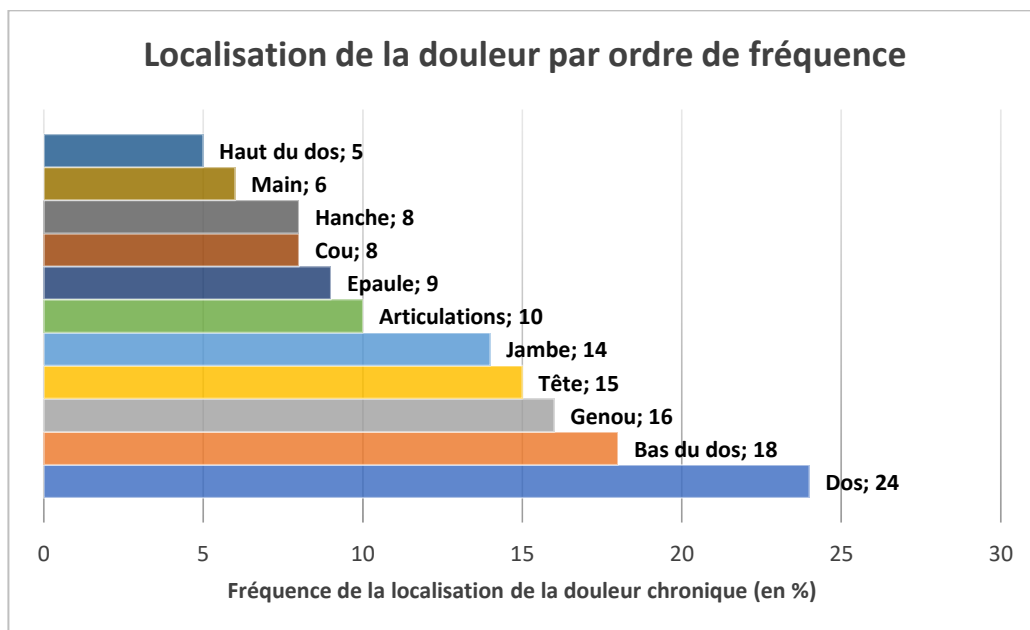


Figure 2: Représentation de la localisation de la douleur chronique (7)

Dans cette même enquête, lorsqu'on interroge les patients sur la cause de leur douleur chronique, voici ce qui ressort par ordre de fréquence :

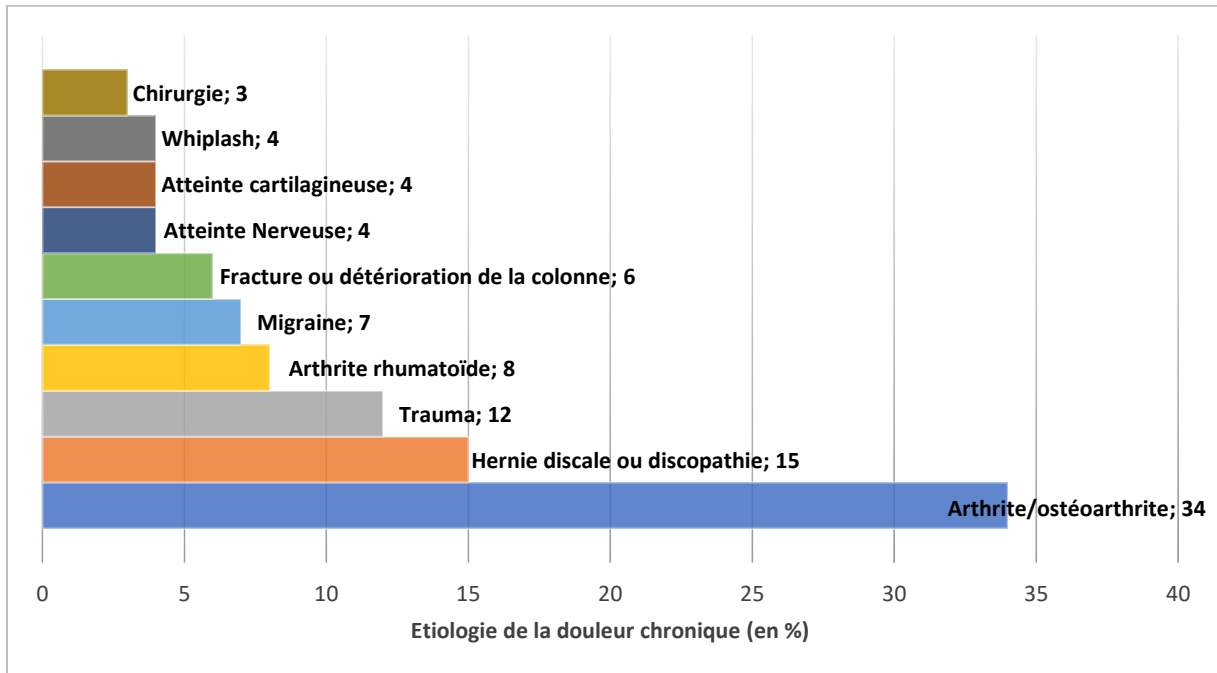


Figure 3: Répartition des étiologies de la douleur chronique par ordre de fréquence (7)

En Belgique, selon l'INAMI, 23% de la population adulte souffre de douleurs chroniques non cancéreuses, dont \pm 980 000 belges nécessitent un suivi médical régulier (4). C'est donc une pathologie fréquente et souvent rencontrée dans les cabinets de médecine générale. D'ailleurs, il apparaît que 70% des patients souffrant de douleur chronique consultent régulièrement leur médecin traitant (7). Les douleurs chroniques ont un impact majeur en termes de santé publique : mal être, dépression, troubles du sommeil, limitation des activités journalières – physiques et de loisirs, augmentation de l'absentéisme au travail, augmentation du recours aux prestataires de santé, majoration de la consommation médicamenteuse, ...

Une des problématiques souvent rencontrées chez les patients souffrant de douleur chronique est la consommation de médicaments antalgiques, notamment d'antalgiques dit opioïdes (palier 2 et palier 3 selon l'OMS). Ces dernières années, une augmentation importante de l'utilisation d'opioïdes dans l'indication douleur chronique a été constatée en Belgique, ainsi que dans d'autres pays Européens.

Entre 2006 et 2017, concernant les 5 principaux opioïdes (tramadol, la tilidine, le fentanyl, l'oxycodone et le piritramide) : (4)

- Le nombre total de patients en consommant au moins un a augmenté de 88% (1.104.485 personnes consommant des opioïdes, soit 10% de la population belge)
- La quantité totale de doses délivrées a augmenté de 82% (79.467.843 doses thérapeutiques quotidiennes)
- Le coût total pour le remboursement de ces molécules a augmenté de 27% soit 56,1 millions d'euros. L'impact limité sur l'augmentation du coût total s'explique par des réductions des prix de certains opioïdes au cours des dernières années.

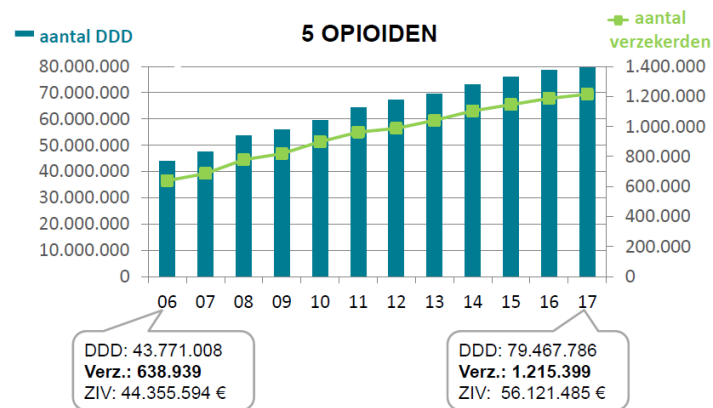
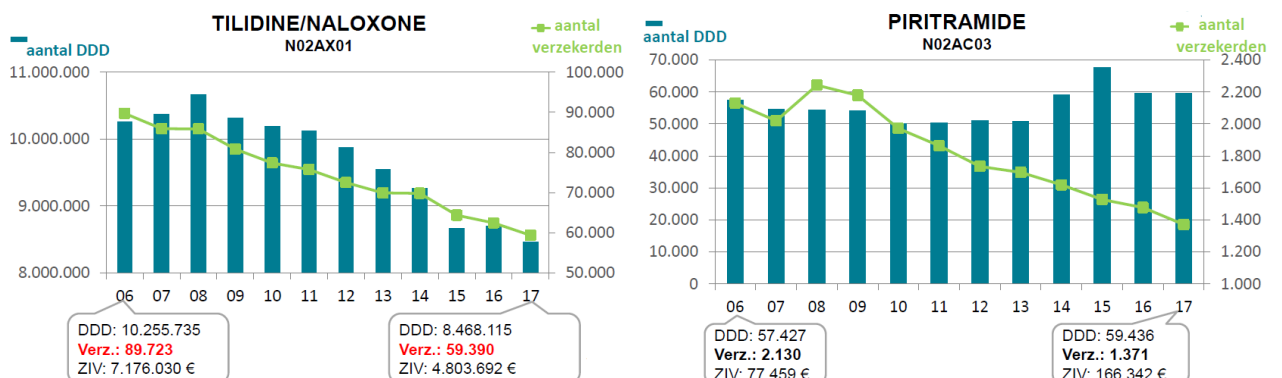


Figure 4: Evolution de l'utilisation des 5 principaux opioïdes entre 2006 et 2017 (INAMI)

Toujours selon les chiffres de l'INAMI de 2006 à 2017 et concernant les 5 opioïdes principaux délivrés, on observe une augmentation du nombre de DDD pour le tramadol/association à base de tramadol, l'oxycodone, le fentanyl. On observe cependant une diminution pour la tilidine et le piritramide.



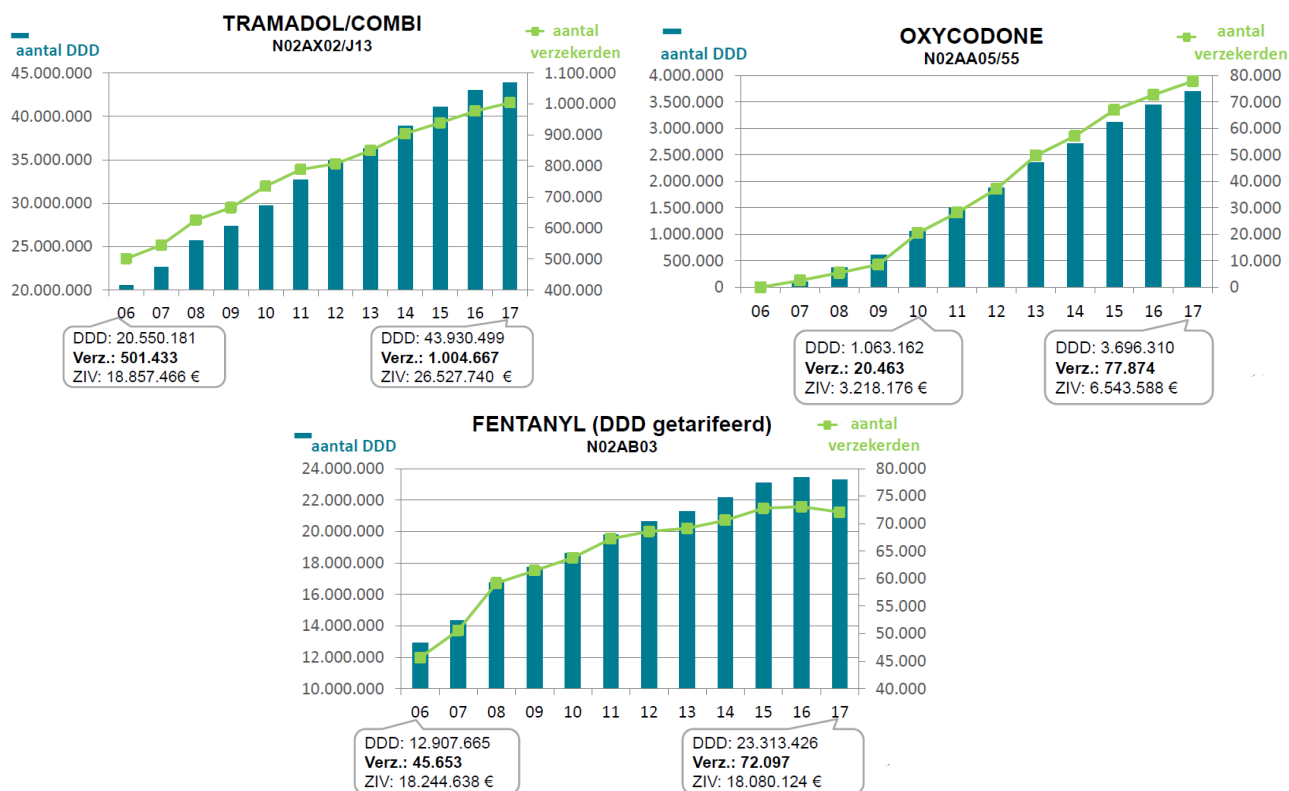


Figure 5 : Evolution de la consommation des 5 principaux opioïdes en Belgique entre 2006 et 2017 (4)

Une étude de la Mutualité Chrétienne effectuée auprès de ses assurés montre que ce sont les médecins généralistes qui sont les plus grands prescripteurs d'opioïdes. 65,5% des patients « non cancéreux » se voient délivrer les opioïdes par leur médecin généraliste. (8)

Type de patients	Catégorie de médecins	Nombre de médecins	Nombre de patients	Pourcentage de patients
Patient avec cancer	Généralistes	9.664	23.042	4,94%
	Spécialistes	7.612	17.466	3,75%
Patient sans cancer	Généralistes	15.743	278.977	59,82%
	Spécialistes	16.101	146.876	31,49%
Total de patients (effectifs)			466.361	100,00%

Figure 6 : Profil des prescripteurs d'opioïdes (patients cancéreux et non cancéreux) - étude publié par la Mutualité Chrétienne 18/10/2018 (7)

En plus de tous ces coûts directs, l'augmentation de la consommation/prescription d'opioïdes a différents impacts en terme de santé publique (coûts indirects) dans divers secteurs :

- Assurance maladie : augmentation des dépenses pour les médicaments, augmentation des incapacités de travail, hospitalisation, morbidité, mortalité
- Sécurité routière : conduite sous influence, accidents de la voie publique, somnolence au volant, comportements agressifs

- Productivité au travail : diminution de l'efficacité, trouble de la concentration sur le lieu du travail, augmentation des incapacités de travail, indisponibilité sur le marché du travail (chômage)
- Criminalité : deal, dépendance

Les coûts indirects associés à la consommation de médicaments psychoactifs, y compris les opioïdes, est estimée à 215 millions d'euro.

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge de la douleur chronique grâce à son accessibilité et sa connaissance globale du patient.

1.3.Recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique et la place des opioïdes :

1.3.1. Recommandations belges sur la prise en charge de la douleur chronique :

Dans le guide de pratique clinique belge paru en 2017 concernant la prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins (9), les auteurs proposent :

- Une approche centrée sur le patient favorisant sa capacité d'agir (« empowerment »). L'évaluation du patient douloureux chronique doit comprendre l'identification du type de douleur, la sévérité de la douleur (EVA p.ex) et ses répercussions fonctionnelles (évaluation biopsychosociale : douleur, sommeil, relation avec les autres, travail, dépression, anxiété, loisirs, ... Brief Pain Inventory – *annexe 9*). Il est important d'établir un plan de soins comprenant des objectifs réalistes avec le patient (plutôt viser une adaptation à la douleur que d'espérer une disparition de la douleur).
- Par rapport aux traitements non-médicamenteux :
 - La pratique d'exercice physique (en groupe ou individuel) ou de kinésithérapie active doit être recommandée aux patients afin de réduire les limitations sur le long terme.
 - La thérapie manuelle, les manipulations (kinésithérapie passive, chiropracteur, ostéopathie) peuvent être envisagés pour obtenir un soulagement à court terme ; idem pour les TENS, la LLLT ou l'acupuncture.
 - La thérapie cognitive comportementale doit être envisagée, elle permet de se centrer sur l'identification des facteurs qui entretiennent la douleur (réactions cognitives, émotionnelles, comportementales et sociétales qui vont être induites par la douleur et l'entretenir).
 - La méditation ou la pleine conscience ont peu de preuves d'efficacité dans les quelques études existantes.

- Par rapport aux traitements médicamenteux :
 - La mise en place d'un traitement médicamenteux nécessite une évaluation régulière de la balance bénéfice-risque en questionnant l'effet sur la capacité fonctionnelle et le symptôme douloureux
 - Le paracétamol seul ou en association avec les AINS peut s'avérer efficace dans les douleurs d'arthrose et les lombalgies chroniques aspécifiques.
 - Les AINS topiques peuvent s'avérer utiles dans les douleurs musculosquelettiques en cas d'intolérance aux AINS oraux.
 - Si on décide d'introduire des opioïdes (faibles ou forts), ils peuvent être poursuivis si on obtient une amélioration de la capacité fonctionnelle et de la douleur mais des modalités d'interruption doivent déjà être envisagées si la balance bénéfice-risque est défavorable. Il faut préférer des opioïdes à libération immédiate pour commencer, toujours utiliser la dose minimale efficace, évaluer rigoureusement la balance bénéfice-risque pour une dose >50 MME/j et éviter des doses > 90 MMME/j. Les opioïdes ne sont pas une option efficace pour le traitement des douleurs neuropathiques.
 - Pour les douleurs neuropathiques et la fibromyalgie, les antiépileptiques (prégabaline et gabapentine) ainsi que certains antidépresseurs (tricycliques dont l'amitriptyline et les SNRIs dont la duloxétine) sont recommandés dans la prise en charge de la douleur.
- Les patients devraient être référés vers des centres multidisciplinaires (algologie) si la douleur est mal contrôlée ou s'il y a une détresse significative. Ces programmes spécifiques doivent avoir pour objectif d'améliorer la littératie en santé et l'adhésion thérapeutique du patient. Les principales difficultés sont le manque d'accessibilité et de coordination avec la première ligne.

Face à la problématique de la crise des opioïdes aux Etats-Unis et au Canada, des organismes gouvernementaux ont publiés des Guidelines sur la prescription des opioïdes dans la DCNC [CDC 2016 aux Etats-Unis (10), Guideline publiée par le National Opioid Use Guideline Group 2010(11), mise à jour de la guideline canadienne par le National Pain Center 2017(12)]. En Belgique, en 2018, une réunion de consensus sous la tutelle de l'INAMI a eu lieu avec parution d'un rapport sur l'usage rationnel des opioïdes face à la douleur chronique ; ce dernier se base sur les recommandations et guidelines étrangers dont la CDC et la Guideline canadienne.

1.3.2. Recommandations américaines sur la prescription d'opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse :

La guideline du CDC émet 12 recommandations (*Annexe 2*) à visée de la première ligne de soins concernant la prescription d'opioïdes dans la DCNC. Ces recommandations rejoignent en grande partie celles dans le Guide de Pratique Clinique belge de 2017 : (10)

- Optimiser la thérapie non pharmacologique et pharmacologique non opioïde avant d'instaurer des opioïdes et lorsqu'on introduit des opioïdes
- Établir des objectifs réalistes pour évaluer l'efficacité du traitement, en se basant sur l'amélioration de la douleur et l'amélioration fonctionnelle (arrêt des opioïdes si les risques dépassent les bénéfices) – pour cela l'échelle PEG peut être utilisée (*Annexe 3*)
- Réévaluer régulièrement les bénéfices et risques d'une thérapie opioïde
- Quand on initie un traitement avec des opioïdes, il est recommandé d'utiliser des opioïdes à libération immédiate plutôt que à libération prolongée
- Prescrire la plus petite dose efficace, réévaluer rigoureusement la balance bénéfice-risque avant de passer au-dessus de 50 MME/J, éviter toute augmentation supérieure à 90 MME/J. (*Annexe 4 – Tableau d'equianalgésie et calcul MME*)
- Pour le traitement de la douleur aiguë, si des opioïdes sont prescrits, il est recommandé d'utiliser des opioïdes à libération immédiate, à la plus petite dose efficace, en quantité strictement nécessaire, 3 jours de traitement ou moins, pas plus de 7 jours de traitement (dépendance)
- Évaluation des bénéfices et risques 1-4 semaines après introduction de molécules opioïdes ou après majoration de la posologie. Si la balance bénéfice-risque est défavorable, il faut alors optimiser les autres thérapies (non pharmacologiques et pharmacologiques non opioïdes), voire réduire ou arrêter progressivement les opioïdes.
- Évaluer les risques d'une thérapie par opioïdes avant et pendant le traitement (population à risque : SAOS, femmes enceintes, insuffisants hépatiques ou rénaux, patient en détresse psychologique [GAD 7 & PHQ9 _ *Annexe 5 et 6*] – dépression – anxiété, patients connus pour des troubles liés à l'utilisation de substance [ORT ou SOAPP- R cfr *Annexe 7 et 8*], patients avec antécédent d'overdose non fatale)
- Observer les données disponibles concernant les médicaments à délivrance contrôlée prescrits au patient (PDMP)
- Utiliser un dépistage des drogues dans les urines avant l'introduction d'opioïde et au moins 1x/an en cours de traitement

- Eviter la prescription concomitante de benzodiazépines et d'opioïdes
- Proposer un traitement à base de buprénorphine ou méthadone pour les patients présentant des troubles liés à la consommation d'opioïde.

1.3.3. Recommandations canadiennes sur la prescription des opioïdes dans la DCNC :

Au Canada, un premier guide de pratique avait été publié en 2010 par le National Opioid Use Guideline Group(11), une mise à jour plus simplifiée a été réalisée en 2017 par le National Pain Center(12). (cfr *Annexe 10*)

Les recommandations qui y figurent sont assez similaires à celles présentes dans la guideline américaine : optimiser la thérapie non opioïde et non pharmacologique, essai d'opioïdes après optimalisation des premières lignes de traitement, restreindre la dose prescrite à 50 MME/j lorsqu'on amorce le traitement et à 90 MME/j par après, réduction de la dose si > 90 MME/j, procéder à une rotation d'opioïdes si douleur persistante et/ou effets indésirables majeurs.

Concernant les patients avec un trouble psychiatrique ou consommation active de substances illicites ou antécédents de troubles liés à la consommation de substance, la guideline canadienne est plus catégorique : il ne faut pas utiliser d'opioïdes, il faut stabiliser le trouble psychiatrique, optimaliser au maximum les thérapies non opioïdes et non pharmacologiques.

Les experts conseillent de limiter la quantité d'opioïde prescrite par ordonnance, utiliser des libérations modifiées pour des douleurs continues (y compris au repos) et des libérations immédiates en cas de douleur liée à l'activité, être vigilant par rapport l'emploi concomitant d'autres molécules sédatives (ex. benzodiazépines).

Le test de dépistage urinaire est évoqué comme dans le CDC mais ne fait pas partie des 10 recommandations de la guideline ; en effet, les études rétrospectives n'ont pas démontré une réduction du taux de surdose lorsqu'on les effectue.

La naloxone peut être prescrite chez les patients sous de haute dose d'opioïde ou en fonction des antécédents médicaux et comorbidités (conseil d'expert).

1.3.4. Recommandations de la SFETD pour la prescription d'opioïdes forts dans la douleur chronique :

En France, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) a également émis des recommandations sur base de la littérature et de l'avis d'experts au sujet de la prescription d'opioïdes forts (buprénorphine, fentanyl, hydromorphone, morphine sulfate, oxycodone, tapentadol) dans la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte. Les opioïdes forts peuvent avoir une efficacité modérée dans le soulagement de la douleur dans le cadre de douleurs arthrosiques des membres inférieurs, des lombalgies chroniques réfractaires, des douleurs neuropathiques périphériques ou centrales. Il est recommandé d'employer des opioïdes forts uniquement après un diagnostic précis de l'étiologie, après un échec des traitements médicamenteux de première intention aux posologies maximales tolérées, après une prise en charge globale du patient (psychologique si anxiété/dépression, sociale, professionnelle et rééducative pour les douleurs arthrosiques et lombaires chroniques). Le patient doit être informé des bénéfices attendus et des effets indésirables souvent rencontrés ; les objectifs de traitement doivent être établis avant initiation. Les opioïdes forts n'ont pas leur place dans le traitement des maladies dysfonctionnelles (douleur nociplastique) comme la fibromyalgie, des migraines ou céphalées (renforcement des symptômes digestifs présents en cas de migraine, renforcement du risque de développement de céphalée chronique quotidienne). Il n'est pas conseillé de poursuivre une thérapie par opioïdes au-delà de 3 mois en absence de soulagement de la douleur (au moins 2 points sur l'EVA), amélioration de la fonction (seuil de 30% cliniquement significatif), une amélioration de la qualité de vie. Il n'est pas recommandé de dépasser la dose de 150 MME/j ; au-delà, un avis spécialisé est préconisé. Les opioïdes forts sont équivalents en termes d'efficacité. Lorsque les opioïdes sont instaurés, il faut prévenir les effets indésirables les plus fréquents (constipation et nausées, vomissements) car l'arrêt d'opioïde a le plus souvent lieu à cause des effets indésirables que du manque d'efficacité. Pour l'évaluation du risque de mésusage, la SFETD recommande également l'utilisation de l'Opioid Risk Tool (ORT) ou du SOAPP-R lors de l'initiation de traitement. Les principaux facteurs de risque de mésusage repris sont : âge jeune, sexe masculin, maladie psychiatrique active lors de l'initiation, problèmes légaux ou comportementaux chez l'homme, antécédent de mésusage de substance, antécédent d'addiction à l'alcool, tabagisme actif, consommation de drogues illicites, prescription d'opioïdes faibles >1DDD/j. Le « Prescription Opioid Misuse Index » (POMI - *annexe 11*) évalue le risque de mésusage en cours de traitement. (13)

1.3.5. Mise en commun des recommandations issues des différents guides de pratique clinique :

Les messages généraux à retenir de ces différents guides de pratique clinique lorsqu'on envisage une thérapie opioïde :

- Effectuer une évaluation complète tant biomédicale que des facteurs psychologiques et sociaux, évaluer le niveau de la douleur (EVA, Brief Pain Inventory) et ses répercussions sur la qualité de vie et la fonctionnalité (échelle PEG, prise en charge biopsychosociale)
- Optimiser/maximiser les thérapies non pharmacologiques et pharmacologiques non opioïdes (palier selon l'OMS)
- Lorsqu'une thérapie opioïde est envisagée, il faut faire attention aux patients à risques de mésusage (Opioid Risk Tool, SOAPP-R), repérer les patients avec comorbidités psychiatriques (GAD-7 & Anxiété, PHQ-9 & dépression) et être attentifs aux patients souffrant d'apnées obstructives du sommeil, d'insuffisance rénale et/ou hépatique. Ce sont ces patients qui sont le plus à risque d'overdose.
- La dose journalière ne devrait pas dépasser 90 MME/j, toute dose supérieure à 50 MME/j doit être réfléchiée en fonction de la balance bénéfice/risque.
- Les objectifs de traitement doivent être définis avec le patient dès le départ ainsi que les stratégies de sortie de la thérapie opioïde si trop d'effets indésirables et/ou manque d'efficacité
- Lorsqu'on initie un traitement, on peut miser sur des opioïdes à libération immédiate et passer à des opioïdes à libération prolongée une fois le palier d'analgésie obtenu. Il y a plus de risque d'abus avec des opioïdes à libération immédiate mais un risque accru d'accident de surdosage avec les libérations prolongées à l'initiation du traitement. (14)
- En cours de traitement, il est primordial de réévaluer couramment les effets sur la douleur, la qualité de vie, la fonctionnalité et les effets secondaires afin de déterminer s'il est utile de poursuivre le traitement opioïde. Si les risques dépassent les bénéfices alors il faut envisager une rotation d'opioïde, une réduction voire un arrêt du traitement.

2. Méthodologie :

2.1.Revue de la littérature : (flowchart _ annexe 12)

J'ai effectué ma revue de la littérature entre février 2020 et le 31 mars 2021. J'ai effectué des recherches sur les principales bases de données scientifiques dont : CDLH, Minerva, Cochrane, Tripdatabase, Pubmed, Embase, LiSSa et CisMef.

Les critères d'inclusions sont les suivants : doit concerner la douleur chronique non cancéreuse, dans une population adulte (>18 ans), doit évoquer l'utilisation des opioïdes, articles en accès full text, en français ou en anglais.

Les critères d'exclusions sont : population pédiatrique et adolescents, population uniquement gériatrique, douleur chronique cancéreuse, douleur aiguë, prise en charge de la douleur en soins palliatifs, pas d'accès full text, langue autre que anglais ou français.

Sur le site de la CDLH, j'ai utilisé les mots clés « douleur chronique » et « opioïde », j'ai obtenu 55 articles. Parmi ceux-ci, il y avait 7 doublons (articles repris 2 fois). J'ai appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion, j'ai ainsi conservé 4 articles.

Sur le site de Dynamed, seul 1 article répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion. Les mots-clés étaient : opioids for chronic non cancer pain

Sur Minerva, avec le mot-clé « douleur chronique », j'ai obtenu 9 articles. Il y en avait 4 qui évoquait la prise en charge de la douleur chronique avec des opioïdes.

Sur Cochrane, j'ai obtenu 9 articles en utilisant l'équation de recherche suivante :

- #1 MeSH descriptor : [Analgesics, Opioid] explode all trees
- #2 MeSH descriptor : [Adult] explode all trees
- #3 MeSH descriptor : [Chronic Pain] explode all trees
- #4 Noncancer pain
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Sur Tripdatabase, j'ai obtenu 176 articles dont 20 revues systématiques, 20 evidence-based synopses et 11 guidelines. Les mots-clés employés étaient : ((« Opioid ») OR (« Opiate »)) AND ((« Chronic Non-cancer Pain ») OR (« Chronic Non-Malignant Pain »)) AND ((« Adults ») NOT (« Children ») NOT (« Adolescent »))

Après application des critères d'inclusion, d'exclusion et les filtres « guideline – revues systématiques – evidence-based synopses », il me restait 16 articles.

Sur Pubmed, j'ai obtenu 974 articles auxquels j'ai appliqué différents filtres pour obtenir 14 articles : full text, free full text, meta-analysis, systematic review, guideline, practice guideline, scientific integrity review, government publication, language : french and english, age : adult (19+ years). L'équation de recherche était : ((((((("Analgesics, Opioid/therapeutic use"[Mesh]) AND "Chronic Pain/therapy"[Mesh]) NOT "Cancer Pain/therapy"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh]) NOT "Child"[Mesh]) NOT "Adolescent"[Mesh]) NOT "Infant"[Mesh]).

Sur Lissa, j'ai obtenu 19 articles avec les mots clés : douleur chronique non cancéreuse et opioïdes. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, il me restait 11 articles.

J'ai au total obtenu 1236 articles avec les mots-clés et équations de recherche toutes bases de données confondues. A ces articles, j'ai appliqué les critères d'inclusion, d'exclusion et des filtres (selon les bases de données), ce qui m'a permis d'obtenir 43 articles ; donc, 1195 articles ont été exclus. J'ai mis en commun ensuite les différentes bases de données pour identifier les doublons dans les articles restants : 2 articles se retrouvaient à la fois sur Cochrane – Pubmed – Tripdatabase, et, 1 article était représenté 2 fois sur LiSSa. Au final, j'ai eu 38 articles pouvant être exploités dans le cadre de ce travail.

2.2.Etude :

J'ai mis au point une enquête par questionnaire (*Annexe 13*) anonyme et auto-administré par e-mail. Le questionnaire a été construit après revue de la littérature sur le sujet. Mes principales sources pour la création du questionnaire ont été les guidelines (Guide de Pratique clinique belge 2017(9), la guideline américaine (10) et canadienne (11)) ainsi que le rapport de l'INAMI de décembre 2018 sur l'utilisation rationnelle des opioïdes dans la douleur chronique (4). Le questionnaire a été publié via l'outil Google Form.

Le questionnaire se compose en 3 parties :

- La première partie vise à évaluer les caractéristiques de l'échantillon (sexe, âge, type de pratique, localisation, formation sur la prise en charge de la douleur chronique).
- La deuxième partie cherche à identifier les habitudes des médecins généralistes quant à la manière de prendre en charge la douleur chronique non cancéreuse dans leur pratique. Les différentes options thérapeutiques présentées dans les

guidelines y sont exposées, il est demandé aux répondants de préciser à quelle fréquence ces options thérapeutiques sont employées dans leur gestion de la douleur chronique non cancéreuse (sous forme d'une échelle de Likert).

- La troisième partie vise spécifiquement l'utilisation des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse : quelle est l'indication/l'objectif visé lorsqu'une prescription d'opioïde a lieu, identifier si la prescription d'opioïdes est considérée comme problématique et quels problèmes cela engendre, et finalement identifier des pistes exploitables pour une réduction de cette prescription en médecine générale (question ouverte et échelle de Likert avec différentes propositions)

Le questionnaire a été soumis à certains confrères ainsi qu'à mon promoteur et mon maître de stage afin d'être validé avant diffusion à plus grande échelle. Leurs retours m'ont permis d'effectuer quelques rectifications sur la formulation et ajout de certaines questions à la première version du questionnaire établi.

Aucune demande n'a été introduite au comité d'éthique car l'enquête et le traitement des données ont été complètement anonymisés. L'enquête n'a été soumise qu'à des professionnels de la santé et n'abordait pas de sujets délicats, il n'y a pas d'action effectuée envers les patients.

La population-cible du questionnaire était les médecins généralistes et assistants en médecine générale travaillant en Wallonie et à Bruxelles. Le questionnaire a été envoyé par e-mail à différents secrétariats ou présidents de cercles de médecine générale. J'ai malheureusement obtenu peu de retour. Je sais qu'il a été diffusé au sein du cercle dont je fais partie (Association des médecins généralistes de Mons), l'AMGFA (Association des Médecins Généralistes de Famenne-Ardenne), l'UOAD (l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant). J'ai eu une réponse de la FAMGB (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles) qui n'a pas diffusé mon questionnaire mais m'a conseillé de contacter la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), ce qui a été fait. La SSMG a diffusé mon questionnaire dans une de leur newsletter. J'ai également diffusé le questionnaire dans le groupe des assistants de mon année et dans le groupe des généralistes diplômés en 2020. Le questionnaire a été ouvert du 2 février 2021 au 12 avril 2021.

L'analyse utilise les outils de la statistiques descriptives pour les données obtenues (calcul de la moyenne, des écart-types, médiane et pourcentage).

3. Résultats :

J'ai obtenu 106 participations au questionnaire. Il est difficile d'estimer le nombre de médecins auprès duquel le questionnaire a été diffusé, il a été transmis par e-mail :

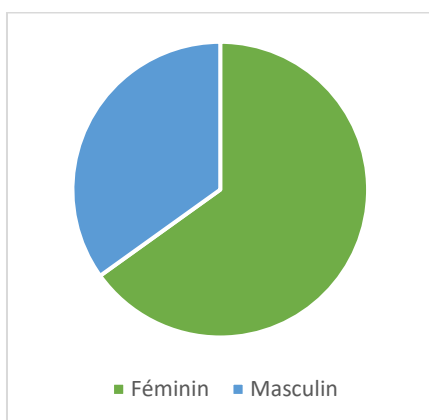
- Aux 137 médecins et assistants de l'Association des Médecins Généralistes de Mons (113 médecins généralistes et 24 assistants en médecine générale)
- Aux 410 membres du groupe des assistants en médecine générale (UCL)
- Aux 545 membres des médecins généralistes diplômés en 2020 (UCL)
- Aux 140 médecins généralistes de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant

Le questionnaire a également été diffusé via la newsletter de la SSMG dont il est compliqué d'évaluer la portée.

De plus, il peut y avoir des doublons entre les différents groupes de diffusion (médecin retrouvé à la fois dans une association/cercle et/ou ayant reçu la newsletter et/ou faisant partie du groupe d'assistants).

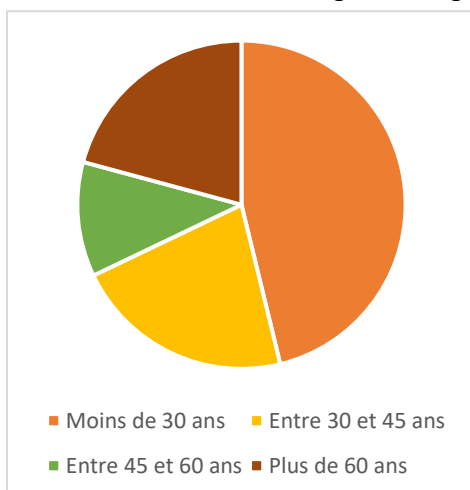
3.1. Bloc 1 : Caractéristiques de l'échantillon :

Dans les 106 participants, 65,1% sont de sexe féminin et 34,9% de sexe masculin.



	Nombre de répondants	% de répondants
Féminin	69	65,1%
Masculin	37	34,9%

Au niveau de la répartition par tranche d'âge, on retrouve les résultats suivants :



	Nombre de répondants	% de répondants
Moins de 30 ans	49	46,2%
Entre 30 et 45 ans	23	21,7%
Entre 45 et 60 ans	12	11,3%
Plus de 60 ans	22	20,8%

Pour ce qui est du type de pratique retrouvé dans l'échantillon, 45,3% des médecins interrogés travaillent en association, 38,7% en solo, 8,5% en maison médicale au forfait, 7,5% en maison médicale à l'acte.

La majorité des médecins travaille soit en milieu semi-rural (42,5%) soit en milieu urbain (41,5%). Une minorité travaille en milieu rural (15,1%) et un seul répondant travaille en milieu hospitalier (0,9%).

A la question concernant la formation en douleur chronique, 58,5% des participants ont répondu qu'ils n'avaient jamais eu de formation sur la prise en charge de la douleur chronique contre 41,5% des répondants qui affirment avoir eu une formation dans ce domaine. Dans les répondants ayant eu une formation sur la douleur chronique, 50% ont moins de 30 ans, 22,7% ont plus de 60 ans, 18,2% ont entre 30 et 45 ans et 9,1% entre 45 et 60 ans. Toujours dans ce groupe, 59,1% sont des femmes et 40,9% sont des hommes.

3.2. Bloc 2 : Prise en charge de la douleur chronique dans l'échantillon :

3.2.1. Options thérapeutiques :

Pour les réponses obtenues à la question 6, les réponses possibles étaient présentées sous la forme d'une échelle de Likert avec les options suivantes : Jamais, Presque jamais, parfois, souvent et presque toujours. Pour faciliter l'analyse statistique des réponses obtenues, l'échelle de Likert a été associée à une échelle de 1 à 5, comme suit : jamais = 1, presque jamais = 2, parfois = 3, souvent = 4, presque toujours = 5. Cette question 6 aborde la majorité des possibilités thérapeutiques évoquées dans les guides de pratique clinique lorsqu'on évoque la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse.

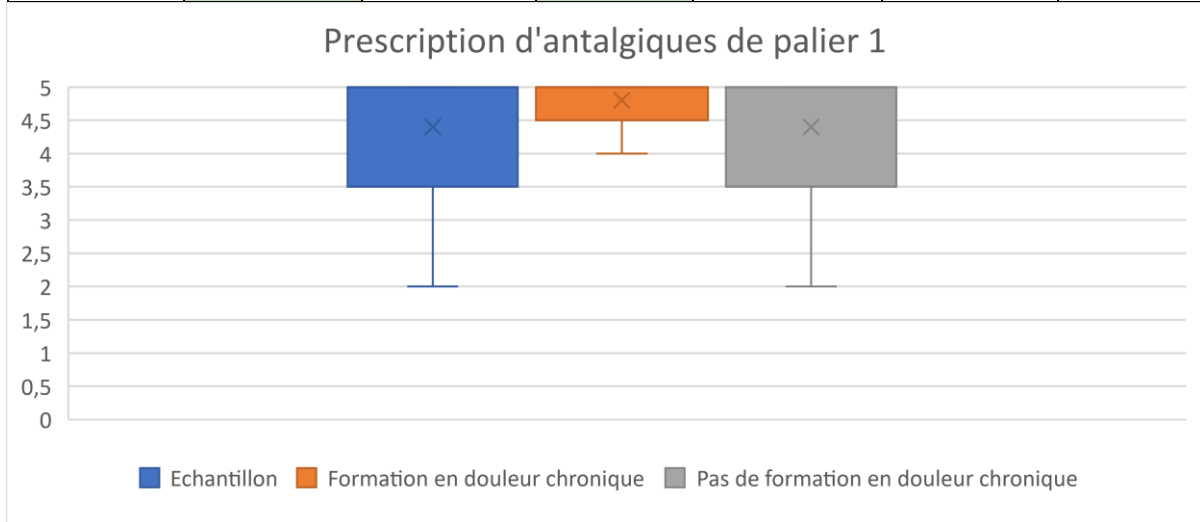
Pour la lecture des tableaux, seront mis en rouge une moyenne inférieure à 2,5 – un mode 1 ou 2 ; seront mis en vert une moyenne supérieure à 3,5 – un mode 4 ou 5.

➤ Antalgiques de palier 1 (paracétamol, AINS) :

93 participants (87,7%) affirment presque toujours proposer les antalgiques de palier 1 dans la douleur chronique, 10 participants les proposent souvent (9,7%), 2 personnes ne les proposent presque jamais (1,8%) et 1 personne les propose parfois (0,9%). Personne ne déclare jamais en prescrire.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réccurrence du mode	Variance	Ecart- type
Echantillon	4,83	5	5	93	0,276	0,525

Formation	4,95	5	5	42	0,044	0,21
Pas de formation	4,74	5	5	51	0,424	0,65

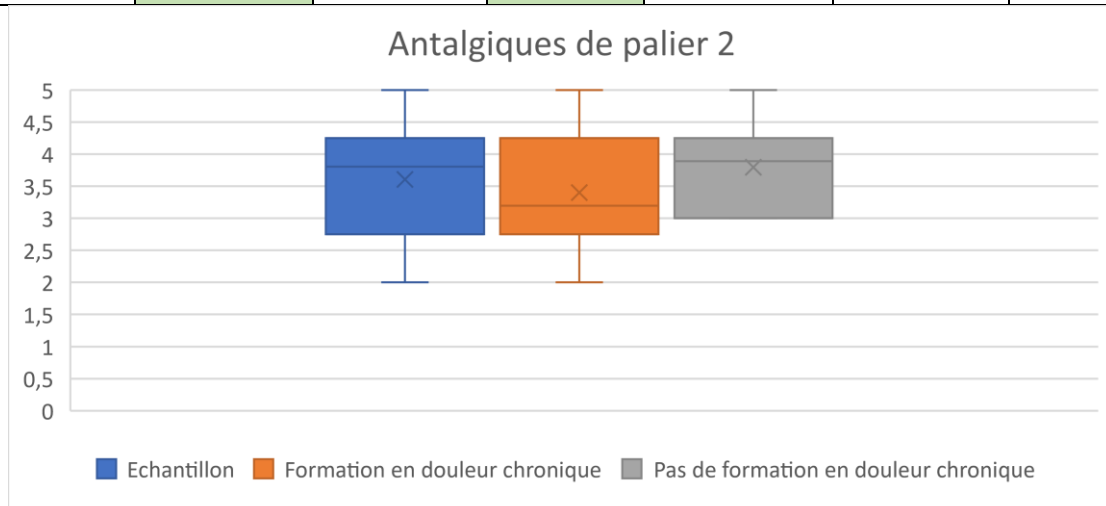


➤ *Antalgiques de palier 2 (opioïdes faibles : tramadol, codéine, tilidine) :*

54 participants (50,9%) recommandent souvent les antalgiques de palier 2, 42 les utilisent parfois (39,6%), 7 presque toujours (6,6%), 3 presque jamais (2,8%). Personne ne déclare jamais en prescrire.

Voici les paramètres de statistiques descriptives obtenus :

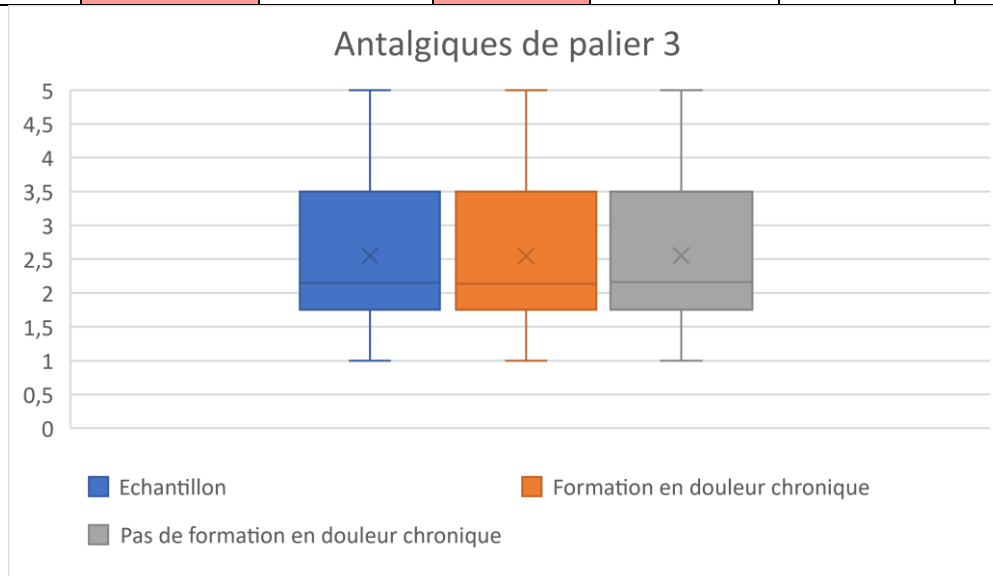
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	3,61	4	4	54	0,43	0,656
Formation	3,39	3	3	23	0,475	0,689
Pas de formation	3,77	4	4	38	0,342	0,584



➤ *Antalgiques de palier 3 (opioïdes forts : morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, buprénorphine, piritramide) :*

Parmi les réponses obtenues, 44,3% des répondants déclarent qu'ils n'en prescrivent presque jamais, 37,7% en prescrivent parfois, 15,1% jamais, 1,9% presque toujours, 0,9% souvent.

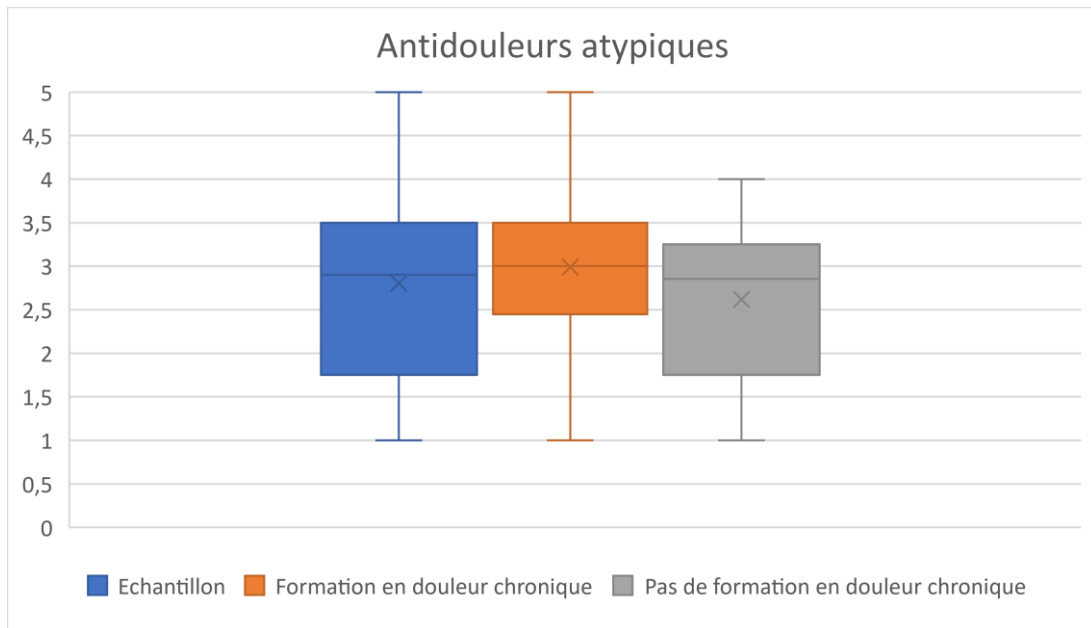
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	2,3	2	2	47	0,651	0,807
Formation	2,27	2	2	20	0,668	0,817
Pas de formation	2,32	2	2	27	0,648	0,805



➤ *Antidouleurs atypiques (SNRI, amytryptiline, gabapentine, prégabaline) :*

Vis-à-vis des antidouleurs atypiques, 60,4% [64] en prescrivent parfois, 21,6% [23] presque jamais, 11,3% [12] souvent, 5,6% [6] jamais et 0,9% [1] presque toujours.

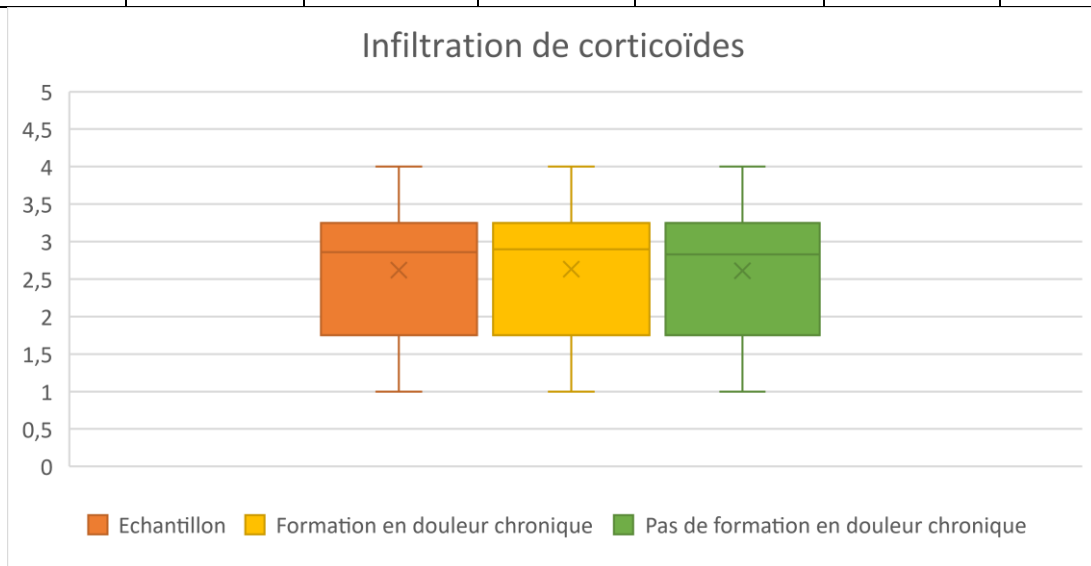
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	2,8	3	3	64	0,56	0,748
Formation	2,93	3	3	28	0,577	0,759
Pas de formation	2,71	3	3	36	0,537	0,733



➤ *Infiltration de corticoïde :*

48,1% [51] prescrivent parfois des infiltrations de corticoïdes, 24,5% [26] n'en prescrivent presque jamais, 17% [18] en prescrivent souvent, 10,4% [11] n'en prescrivent jamais. Personne n'a sélectionné l'option « presque toujours ».

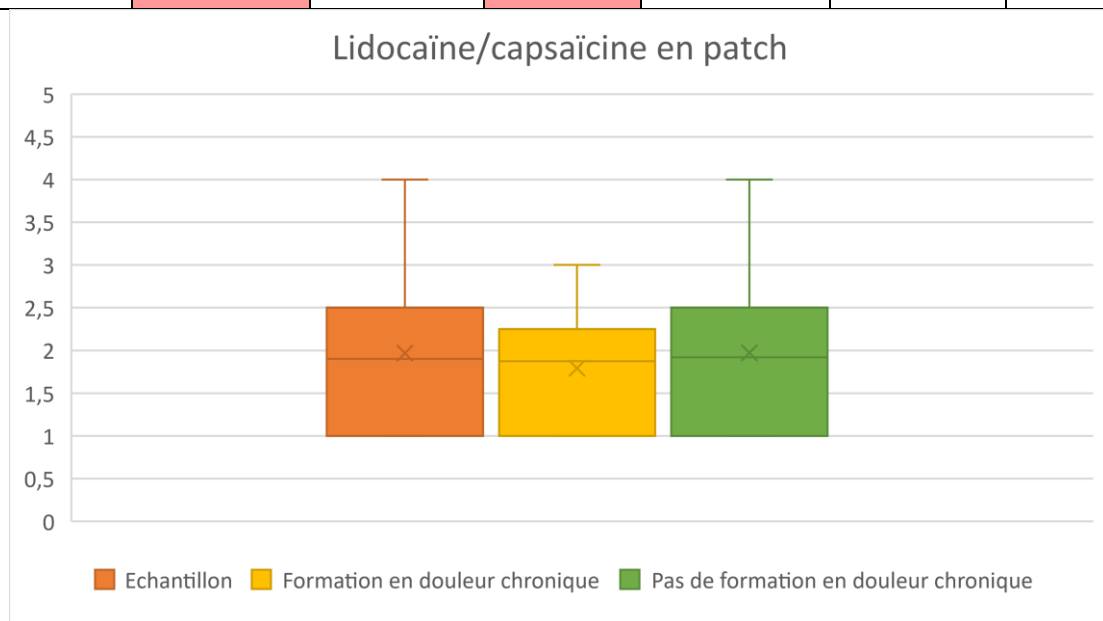
	Moyenne	Médiane	Mode	Réccurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	2,72	3	3	51	0,757	0,87
Formation	2,79	3	3	22	0,818	0,904
Pas de formation	2,66	3	3	29	0,714	0,845



➤ *Capsaïcine ou lidocaïne en patch :*

42,5% [45] déclarent ne presque jamais en prescrire, 39,6% [42] jamais, 16% [17] parfois et 1,9% [2] souvent. Personne n'a coché l'option « presque toujours »

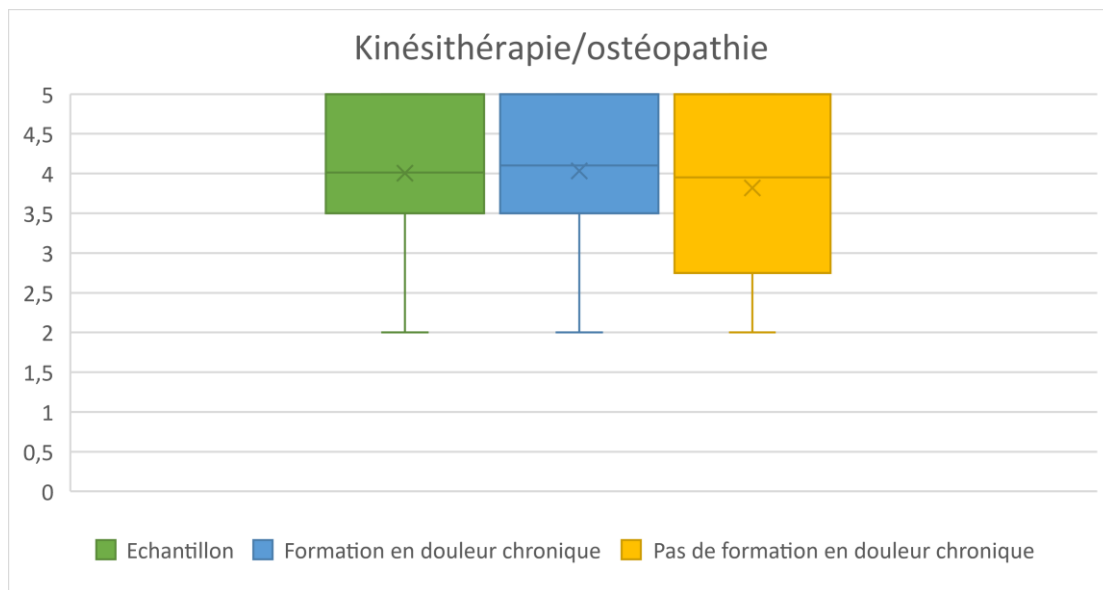
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrance du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	1,8	2	2	45	0,598	0,774
Formation	1,75	2	2	19	0,517	0,719
Pas de formation	1,84	2	2	26	0,663	0,814



➤ *Kinésithérapie et/ou ostéopathie :*

44,3% [47] signalent en prescrire souvent, 31,1% [33] presque toujours, 20,7% [22] parfois, 3,8% [4] presque jamais. Aucun des répondants n'a répondu ne jamais recommander la réalisation de kinésithérapie ou d'ostéopathie.

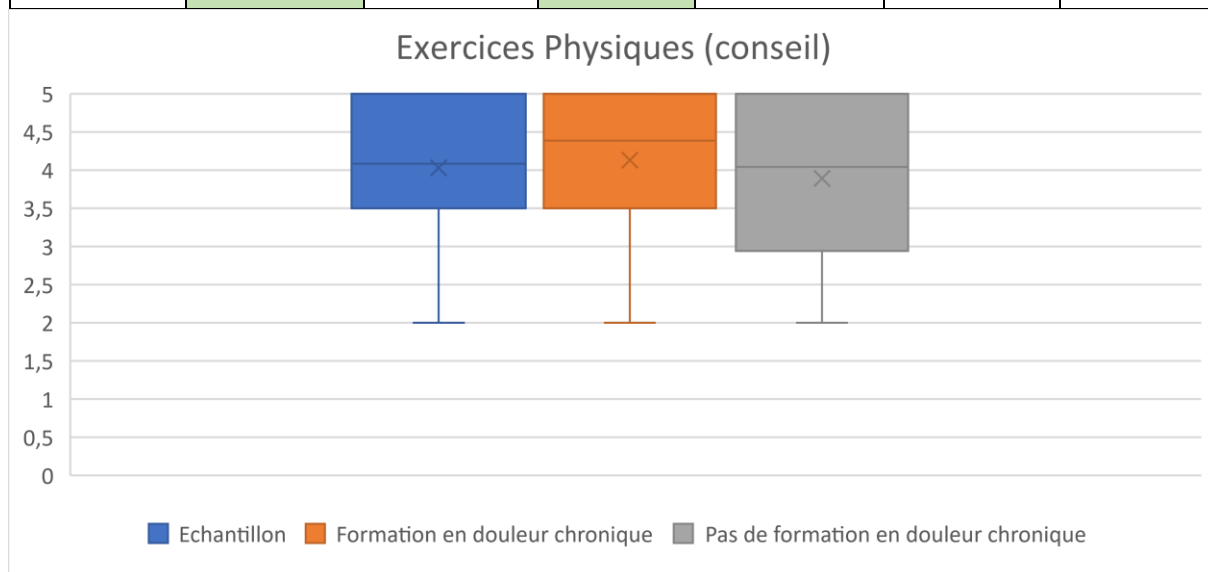
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrance du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	4,03	4	4	47	0,675	0,822
Formation	4,2	4	4	23	0,585	0,765
Pas de formation	3,9	4	4	24	0,712	0,844



➤ *Exercices physiques (conseil) :*

42,5% [45] les conseillent presque toujours, 34% [36] souvent, 20,7% [22] parfois, 2,8% [3] presque jamais.

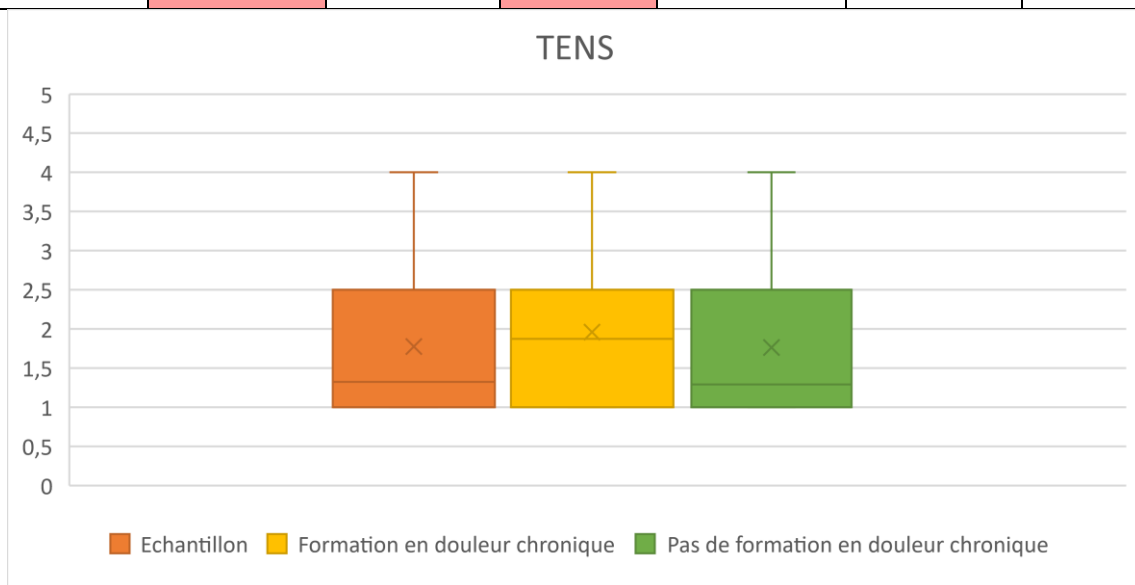
	Moyenne	Médiane	Mode	Réccurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	4,16	4	5	45	0,726	0,852
Formation	4,27	4,5	5	22	0,715	0,845
Pas de formation	4,08	4	Bimodal (4 et 5)	23	0,731	0,855



➤ *TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) :*

Peu de médecins conseillent le TENS : 53,8% [57] ne l'emploient jamais, 31,1% [33] presque jamais, 11,3% [12] parfois, 3,8% [4] souvent.

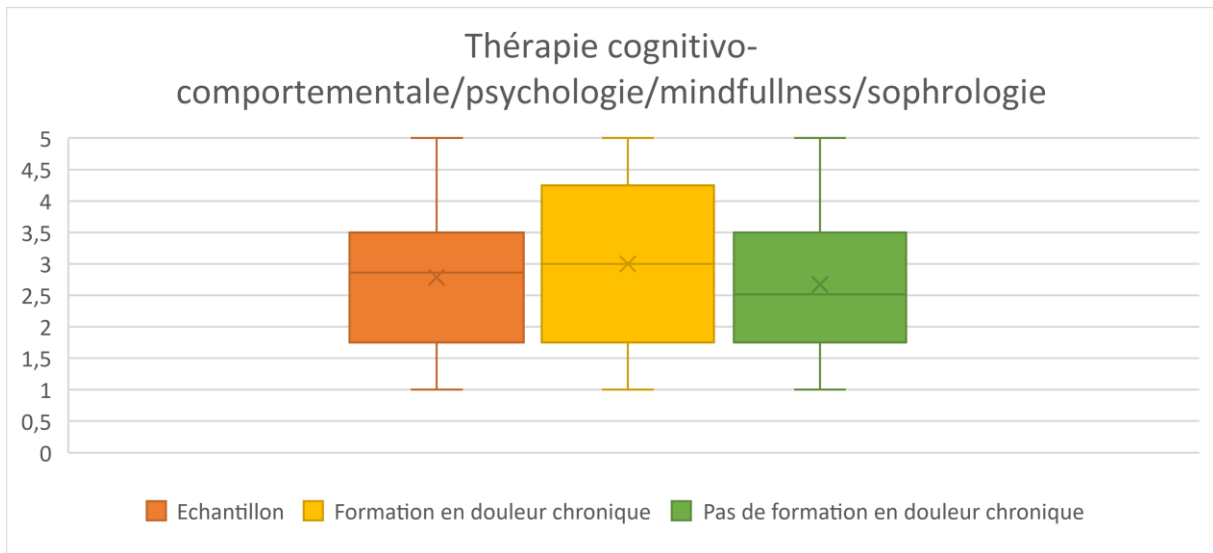
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	1,65	1	1	57	0,686	0,828
Formation	1,75	2	1	21	0,75	0,866
Pas de formation	1,58	1	1	36	0,641	0,801



➤ *Thérapie cognitivo-comportementale, psychologie, mindfulness, sophrologie :*

Le comportement des médecins quant à la prescription des aides de type « psychologique » est assez mitigé ; en effet : 35,9% [38] en prescrivent parfois, 26,4% [28] presque jamais, 19,8% [21] souvent, 14,1% [15] jamais, 3,8% [4] presque toujours.

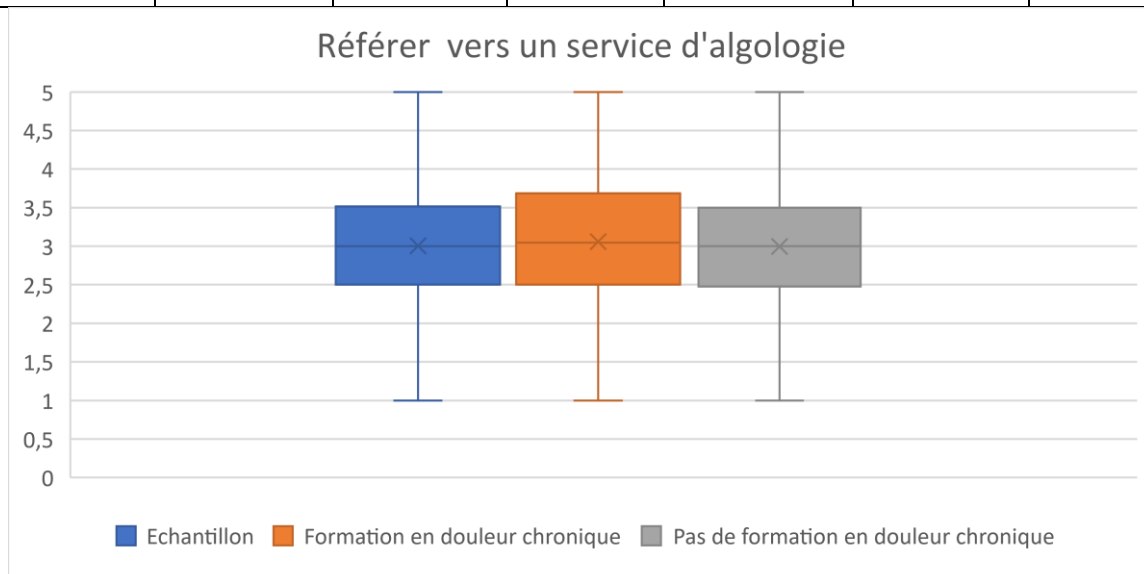
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	2,73	3	3	38	1,115	1,056
Formation	3	3	3	20	1,256	1,121
Pas de formation	2,53	2,5	2	19	1,138	1,067



➤ *Prise en charge dans un service d'algologie :*

58,5% [62] des participants réfèrent parfois leurs patients souffrant de douleur chronique vers des services d'algologie ; 18,9% [20] presque jamais, 16,9% [18] souvent, 3,8% [4] presque toujours, 1,9% [2] jamais.

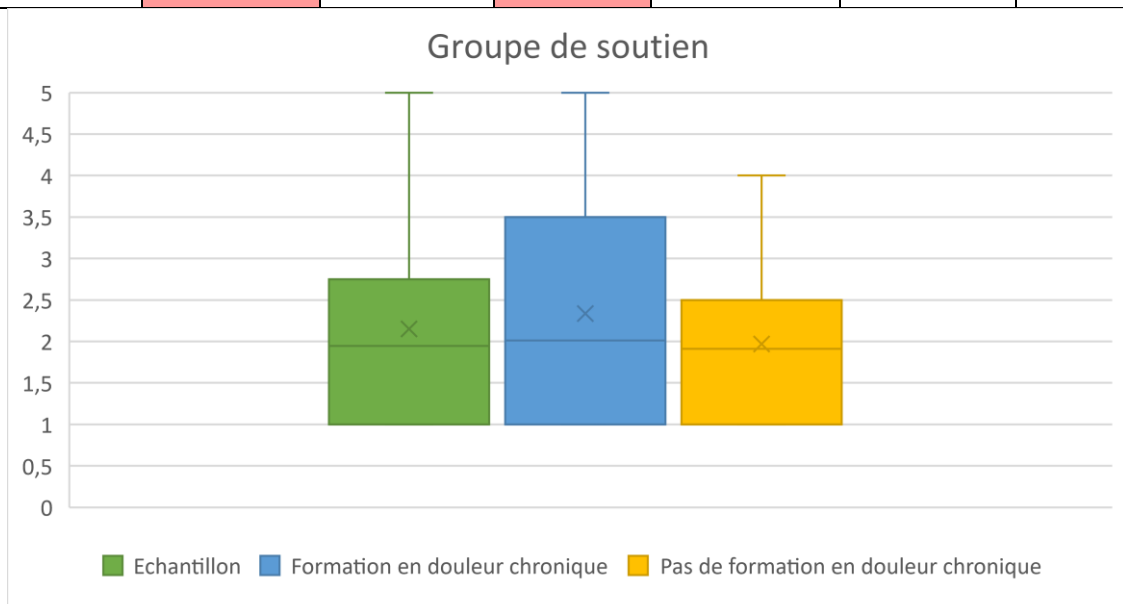
	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	3,02	3	3	62	0,59	0,768
Formation	3,09	3	3	26	0,55	0,741
Pas de formation	2,97	3	3	36	0,622	0,789



➤ *Groupe de soutien (ex : Focus Fibromyalgie) :*

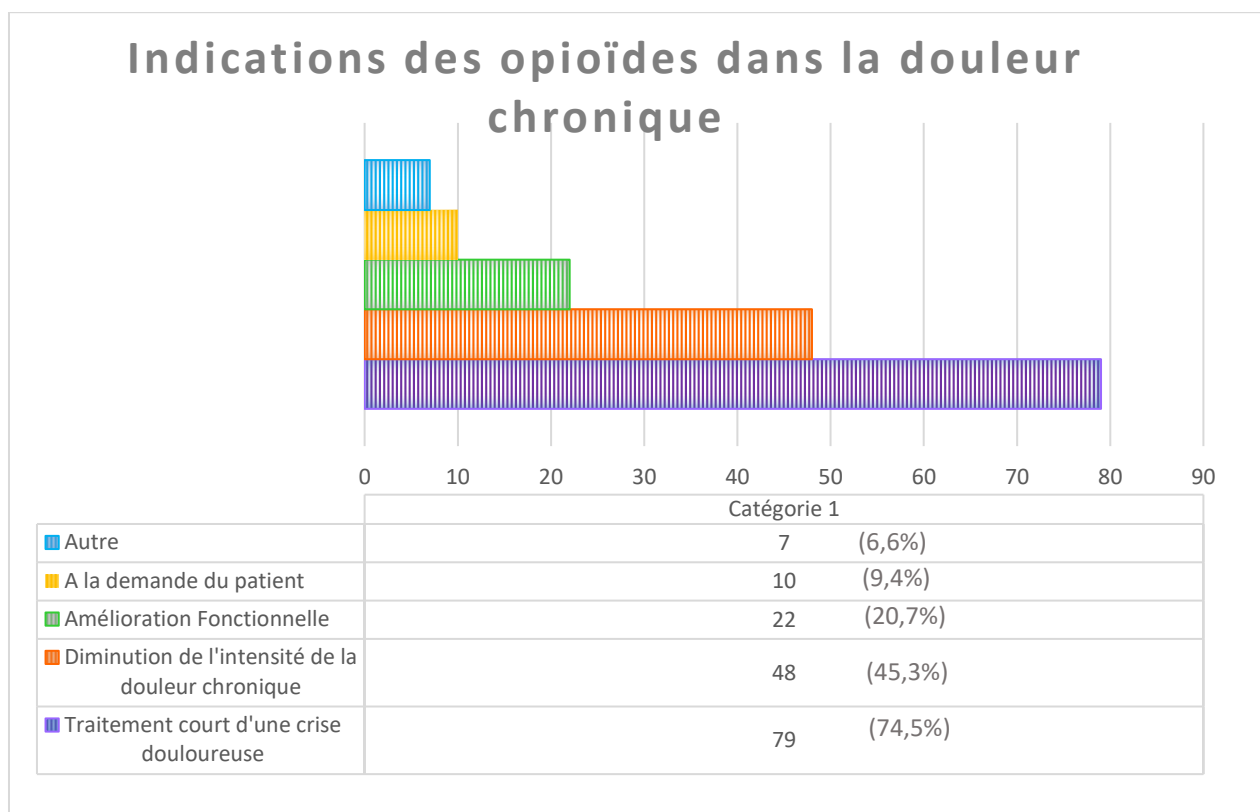
Les groupes de soutien sont peu implémentés par les répondants dans la prise en charge de la douleur chronique ; en effet, 41,5% [44] ne les recommandent jamais, 34% [36] presque jamais, 19,8% [21] parfois, 3,8% [4] souvent, 0,9% [1] presque toujours.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réccurrence du mode	Variance	Ecart-type
Echantillon	1,89	2	1	44	0,844	0,919
Formation	2,02	2	1	17	1,024	1,012
Pas de formation	1,82	2	1	27	0,716	0,846



3.2.2. Indication des opioïdes prescrits dans la douleur chronique :

A la question posée concernant la (les) indication (s) de prescription des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse, voici les réponses obtenues et leur fréquence auprès du panel de répondants :



Les participants avaient la possibilité d'inscrire une autre réponse, voici ce qu'ils ont indiqué :

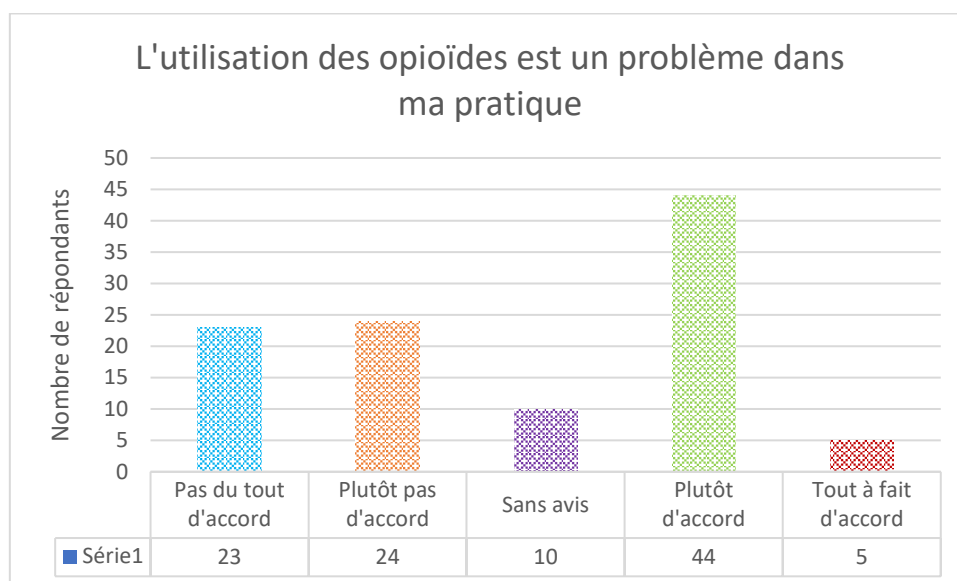
- Lorsqu'un palier 1 est insuffisant (cité 2 fois)
- Opioïdes jamais prescrits (cité 2 fois)
- Extrêmement rarement prescrit (cité 1 fois)
- Patient déjà sous opioïde, en état de dépendance (cité 1 fois)

3.3. **Bloc 3 : Prise en charge de la douleur chronique dans l'échantillon :**

Ce bloc de question concerne la place des opioïdes dans la prise en charge de la douleur chronique ; l'objectif est d'identifier si les répondants estiment que c'est une problématique au sein de leur pratique et d'identifier quelles pourraient être les solutions pour réduire cette prescription et améliorer la prise en charge de la douleur chronique.

Comme pour le bloc 2, un codage des réponses a été effectué pour en faciliter l'analyse statistique, allant de 1 pour « pas du tout d'accord » à 5 pour « tout à fait d'accord ».

3.3.1. L'utilisation des antalgiques de palier 2 ou 3 est-elle un problème dans votre pratique ?

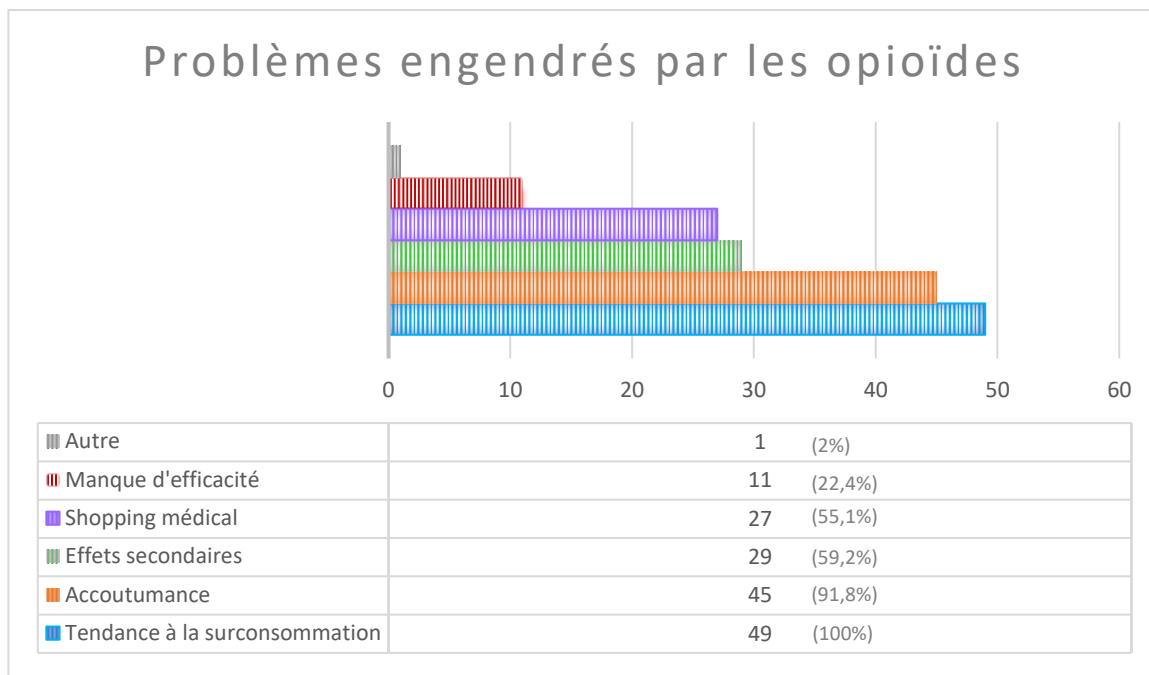


Sur cette question, les réponses sont assez partagées puisque : 21,7% ne sont pas du tout d'accord et 22,6% plutôt pas d'accord alors que 41,5% sont plutôt d'accord et 4,7% tout à fait d'accord. 9,4% reste sans avis sur la question. Donc, 44,3% ne considère pas les opioïdes comme problématique versus 46,2% qui trouve cela problématique.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	2,85	3	4	44	1,3

3.3.2. Problèmes engendrés par les antalgiques de palier 2 et 3 :

Il a été demandé aux répondants, qui trouvaient que les opioïdes représentaient un problème dans leur pratique, de préciser quels problèmes étaient engendrés. Les propositions suivantes étaient exposées : manque d'efficacité, effets secondaires, surconsommation, shopping médical, accoutumance, autre (avec possibilité de réponse courte). Certaines réponses ont été exclues car les participants avaient répondu « sans avis » ou « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord » à la question précédente (6 personnes « sans avis », 5 personnes « plutôt pas d'accord » et 5 personnes « pas du tout d'accord » avec la proposition de la question 8 ont répondu, leurs réponses à la question 9 n'ont donc pas été comptabilisées). Les réponses retenues sont celles des 49 médecins qui avaient répondu soit « Plutôt d'accord » [44] soit « tout à fait d'accord » [5].



Dans « autre », la proposition présentée était « refus des autres formes de soins (thérapie, sport, ...) ». Les principaux problèmes engendrés par les opioïdes dans le contexte des douleurs chroniques sont : la tendance à la surconsommation (100%), l'accoutumance (91,8%), les effets secondaires (59,2%) et le shopping médical (55,1%).

3.3.3. Propositions pour une réduction de la prescription d'opioïdes et amélioration de la prise en charge de la douleur chronique :

➤ Amélioration du remboursement et de l'accessibilité aux soins de kinésithérapie/ostéopathie :

Concernant cette proposition, 53,8% [57] sont « plutôt d'accord », 30,2% [32] « tout à fait d'accord », 11,3% [12] « sans avis », 3,8% [4] « pas d'accord » et 0,9% [1] « pas du tout d'accord ».

	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	4,1	4	4	57	0,806

➤ *Amélioration du remboursement et l'accessibilité des soins psychologiques, thérapies cognitivo-comportementales, mindfulness, sophrologie :*

93,4% [99] sont d'accord avec cette proposition (44,3% [47] tout à fait d'accord et 49,1% [52] plutôt d'accord), 4,7% [5] sans opinion, 0,95% [1] n'est pas d'accord et 0,95% [1] plutôt pas d'accord.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	4,35	4	4	52	0,704

➤ *Amélioration de la formation des médecins généralistes concernant la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse :*

89,6% [95] sont d'accord (40,6% [43] tout à fait d'accord et 49% [52] plutôt d'accord) ; 8,5 % [9] sans opinion ; 1,9% [2] n'est pas d'accord.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	4,28	4	4	52	0,7

➤ *Intégration du médecin généraliste dans l'équipe de soins lorsque le patient est pris en charge par un service d'algologie :*

77,4% [82] sont d'accord (31,1% [33] tout à fait d'accord et 46,3% [49] plutôt d'accord) ; 17,9% [19] est sans avis ; 3,8% [4] pas d'accord et 0,9% [1] pas du tout d'accord.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	4,03	4	4	49	0,856

➤ *Amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des services d'algologies :*

88,6% [94] sont d'accord avec cette proposition, ils sont répartis à part égale entre « tout à fait d'accord » [47 – 44,3%] et « plutôt d'accord » [47 – 44,3%]. 5,7% [6] demeurent sans opinion et 5,7% [6] ne sont plutôt pas d'accord.

	Moyenne	Médiane	Mode	Réurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	4,27	4	Bimodal (4 -5) 4,5	47	0,811

➤ *Accès au profil pharmacologique des patients (réduction du shopping médical, risque de mésusage) :*

83,9% [89] souhaiteraient avoir accès au profil pharmacologique de leurs patients (46,2% [49] « tout à fait d'accord » et 37,7% [40] « plutôt d'accord »), 13,2% [14] sont sans opinion, 1,9% [2] plutôt pas d'accord et 0,9% [1] pas du tout d'accord.

	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	4,26	4	5	49	0,831

➤ *Diminution/suppression du marketing autour des antalgiques de palier 2 et 3 :*

63,2% [67] pensent qu'une diminution ou suppression du marketing autour des opioïdes serait bénéfique (34% [36] « tout à fait d'accord », 29,2% « plutôt d'accord »). 17,9% [19] sont sans opinion. Pour 18,9% [20] des répondants, la diminution/suppression du marketing des opioïdes n'apporterait rien par rapport à leur prescription (15,1% [16] « plutôt pas d'accord » et 3,8% [4] « pas du tout d'accord »).

	Moyenne	Médiane	Mode	Récurrence du mode	Ecart-type
Echantillon	3,74	4	5	36	1,188

➤ *Autres propositions ?*

59 participants n'ont pas proposé d'autres solutions. Les 47 autres participants ont fait des propositions concernant plusieurs domaines comme : (*Annexe 14*)

- *La communication* : éducation du patient, empowerment, information du patient sur les effets secondaires et bénéfiques attendus, objectifs raisonnables
- *La collaboration, multidisciplinarité* : collaboration avec les pharmaciens, réunion interdisciplinaire (kinésithérapeute-infirmier-psychologue-médecin-pharmacien), équipe mobile formée en douleur chronique
- *Le merchandising* : plus petits conditionnements des antalgiques de palier 2 & 3, moins de publicité, rôle de la délégation pharmaceutique
- *Le recours à d'autres thérapies* : prise en charge biopsychosociale, CBD ?, exercices physiques, mésothérapie, perte de poids, éviter d'initier des opioïdes
- *Les aspects administratifs* : revaloriser les consultations longues ou complexes avec un nouveau code de nomenclature, accès gratuit aux activités sportives.

L'amélioration et la multiplication des formations dans le domaine sont également évoquées mais déjà présentées dans la question précédente.

4. Discussion :

4.1. Biais de l'étude et limitations de l'étude :

Plusieurs biais sont possibles dans cette étude :

- *Biais de sélection* : de par le mode d'administration de l'enquête, les médecins ont uniquement été contactés par e-mail avec plusieurs rappels. Il est possible aussi que les médecins intéressés par le sujet aient majoritairement décidés de répondre au questionnaire.
- *Biais de représentation* : lorsqu'on regarde l'âge des membres de l'échantillon, on constate qu'une grande proportion a moins de 30 ans ; les assistants en médecine générale et jeunes médecins généralistes sont sur-représentés dans l'échantillon par rapport à la population dont ils sont issus.
- *Biais de désirabilité sociale*: malgré les conditions de réalisation de l'enquête avec assurance de l'anonymat, certains des participants ont pu modifier leurs réponses par rapport à la réalité de leur pratique (surtout dans le bloc 2 de questions) afin de paraître plus proches de ce qui est « socialement » ou « scientifiquement » attendus.
- *Biais d'attention* : l'enquête était de courte durée mais je ne peux négliger l'existence d'un éventuel biais d'attention, les médecins ayant peut-être répondu rapidement en survolant les questions.

Une limite est la taille de l'échantillon, il est de trop petite taille et peu représentatif de la population des médecins généralistes. Les données obtenues ne peuvent donc généralisées à l'ensemble des médecins généralistes. Il est également difficile de déterminer le nombre de médecins au total qui a été soumis à l'enquête, notamment par la possibilité de doublons entre les différents groupes de diffusion et également car l'enquête a été diffusée via la newsletter de la Société Scientifique de Médecine Générale dont la portée (nombre de médecins) m'est inconnue.

A recommencer, je fonctionnerais peut-être davantage avec une technique de Focus group ou j'essaierais de diffuser le questionnaire via d'autres biais afin d'augmenter la taille de mon échantillon (enquête téléphonique, diffusion par courrier papier).

Une limite pouvant également être évoquée dans l'analyse des données de l'enquête est une limite personnelle vis-à-vis de mes compétences en statistique ; j'ai utilisé les outils de la statistique descriptive mais je ne suis pas rentrée dans des analyses statistiques poussées.

4.2. Interprétation des résultats :

4.2.1. Prise en charge de la douleur chronique en médecine générale.:

Dans cette partie de l'analyse des données, j'ai comparé les réponses fournies par les médecins ayant une formation dans la douleur chronique et les médecins n'ayant pas eu de formation afin d'identifier s'il y avait des différences significatives dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse. De manière générale, il n'y a pas de grosses différences entre les 2 groupes :

- Tous les médecins préconisent à leurs patients le recours aux antalgiques de palier 1, les soins de kinésithérapie/ostéopathie. Ils conseillent à leurs patients douloureux chroniques de rester actifs en pratiquant des exercices physiques.
- Les antalgiques de palier 2 sont un peu plus largement prescrits par les médecins n'ayant pas eu de formation que ceux ayant eu une formation en douleur chronique. La différence entre les 2 groupes n'est pas fortement significative (différence au niveau de la moyenne et du mode dans les 2 groupes).

Les antalgiques de palier 3 ne sont presque jamais conseillés par les médecins de l'échantillon, il n'y a pas de différence significative entre les 2 sous-groupes de médecins.

Selon les études, la balance bénéfice-risque est largement défavorable et devrait inciter les médecins généralistes à ne pas prescrire ces molécules dans la DCNC. (15)(16)

- Les antidouleurs atypiques (antiépileptiques, antidépresseurs) sont parfois utilisés par le panel de médecins généralistes, qu'ils aient eu une formation ou non. On sait qu'ils peuvent être contributif dans le soulagement des douleurs avec une composante neuropathique (9). Les antidépresseurs peuvent être indiqués chez les patients avec une douleur chronique et une composante anxieuse ou dépressive, une prise en charge/stabilisation de ces éléments psychologiques fait partie des recommandations avant toute majoration du traitement pharmacologique (12)
- Les infiltrations de corticoïdes sont parfois utilisées par les médecins de l'échantillon. Leur utilisation a plutôt un soulagement à court ou moyen terme dans les douleurs ostéoarticulaires chroniques ; elles n'ont pas beaucoup d'impact sur le long terme. (9)
- Les traitements locaux comme la lidocaïne/capsaïcine et les TENS sont très peu employés au sein de la cohorte de l'étude (jamais à presque jamais). Leurs effets sont très limités. Il n'y a d'ailleurs pas de différence constatée dans les études entre le TENS et pseudo-TENS (Placebo). (17)

- Les médecins réfèrent parfois leurs patients vers des centres d'algologie mais c'est loin d'être systématique. Dans les guides, ce sont les patients avec comorbidités ou les patients avec un soulagement insuffisant de leur douleur qu'il est conseillé de référer vers les équipes pluridisciplinaires spécialisées. (13)(12)(10)
- Les groupes de soutien, groupes de patients ne sont jamais à presque jamais utilisés.
- Pour ce qui est de la prise en charge psychologique (psychothérapie cognitivo-comportementale, mindfulness, sophrologie), c'est une aide qui est parfois utilisée par les généralistes interrogés. Il y a une faible différence entre le groupe ayant une formation et celui sans formation, les médecins formés en douleur chronique ont une légère tendance à prescrire davantage ce genre d'aide. Si l'on suit ce que disent les guidelines, cela devrait être beaucoup plus implémentés chez les patients (surtout vrai pour les thérapies cognitivo-comportementales) que cela soit en thérapie individualisée ou en groupe. (9)(18)

Donc, ce que l'on peut retenir c'est que les médecins de la cohorte tendent à employer les antalgiques de palier 1, les exercices physiques et la kinésithérapie/ostéopathie. Il n'y a pas de différences significatives entre les 2 sous-groupes formation versus pas de formation, si ce n'est par rapport aux antalgiques de palier 2 et les interventions « psychologiques » mais l'échantillon est de trop petite taille pour généraliser à la population et la différence n'est pas majeure.

Au sujet des indications de l'utilisation des opioïdes (faibles et forts), par ordre d'importance, quand ils sont prescrits c'est pour le traitement court d'une crise douloureuse, ensuite, pour la diminution de l'intensité de la douleur chronique (en dehors d'une crise douloureuse), puis l'amélioration fonctionnelle et finalement à la demande du patient. La moins bonne indication parmi celles citées est probablement celle « à la demande du patient » ; d'ailleurs, l'Ordre des Médecins rappelle que les médecins doivent absolument éviter de les prescrire à la demande du patient, tenant compte du risque de fraude associé à ces molécules. (19)

Une autre indication citée par 2 participants c'est un passage vers des opioïdes lorsque les traitements antalgiques non opioïdes sont insuffisants dans le soulagement de la douleur. Selon les études, au long cours, les opioïdes ont peu d'efficacité sur la douleur chronique tant au niveau de l'intensité de la douleur que de l'amélioration fonctionnelle. (13)

4.2.2. Problématique des opioïdes dans la DCNC.:

La moitié des médecins interrogés considère que la prescription des opioïdes dans la DCNC est un problème au sein de leur pratique. Une autre moitié n'estime pas que c'est problématique. Or quand on observe les chiffres de l'INAMI sur l'augmentation des opioïdes, notamment dans la douleur chronique non cancéreuse, on pourrait s'en inquiéter. Alors, certes la situation épidémiologique belge n'a pas l'ampleur de celle retrouvée dans les pays d'Amérique du Nord mais cela est suffisamment inquiétant pour que l'INAMI s'interroge et émette une liste de consensus à destination de la première ligne pour une prescription plus rationnelle des opioïdes dans la douleur chronique. (4)

Les médecins inquiets par rapport à cette situation évoquent comme problèmes principalement rencontrés : la tendance à la surconsommation (100%), le risque d'accoutumance (\cong 92%), les effets secondaires (\cong 59%), le shopping médical (55%), le manque d'efficacité (\cong 22%). Les effets secondaires liés aux opioïdes sont multiples (nausées, vomissements, dépendance, somnolence, vertiges, hypogonadisme, ...), ils constituent la principale raison de l'arrêt d'une thérapie opioïde par les patients, davantage que le manque d'efficacité. (13,20)

4.2.3. Pistes pour une amélioration de la prise en charge de la DCNC et réduction des opioïdes.:

Les solutions proposées peuvent être divisées en plusieurs catégories :

- Communication :
 - o Education du patient, littératie en santé, empowerment
 - o Information du patient sur les effets secondaires des opioïdes, les effets attendus, information neutre au grand public
 - o Relation de confiance, établir des objectifs raisonnables par rapport au management de la DCNC (vivre avec la douleur, accepter d'avoir mal, plutôt que de promettre/espérer une disparition totale de la douleur)
- Collaboration :
 - o Augmenter la collaboration entre les différents acteurs de la première ligne de soins : médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, pharmacien
 - o Équipe mobile spécialisée dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse
 - o Réunion multidisciplinaire

- Intégration du médecin généraliste dans l'équipe de soins (concertation) lorsque le patient est pris en charge par une équipe algologique.
- Amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des services d'algologie
- Formation :
 - Augmenter, améliorer les formations dans ce domaine
 - Intégrer la question de la prise en charge de la douleur chronique par la première ligne de soins dans le cursus de spécialisation en médecine générale
 - Groupe de pairs, groupe Balint
- Thérapies alternatives :
 - CBD ?
 - Mésothérapie
 - Sport sur ordonnance
 - Techniques de substitution des opioïdes
 - Prise en charge biopsychosociale : facteurs de stress professionnels, adaptation poste de travail, prise en charge psychologique, soutien social, ..
- Administratif :
 - Amélioration du remboursement et de l'accessibilité de la kinésithérapie, de l'ostéopathie
 - Amélioration du remboursement et de l'accessibilité aux soins psychologiques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale
 - Accès gratuits aux activités sportives
 - Revalorisation des consultations longues ou complexes avec création d'un nouveau code de nomenclature
 - Accès au profil pharmacologique des patients
- Marketing :
 - Plus petit conditionnement pour les antalgiques de palier 2 et 3
 - Diminution de la publicité
 - Diminution du démarchage – délégation pharmaceutique auprès des médecins/pharmaciens

La grande majorité des médecins de l'échantillon était en accord avec ces propositions. Certaines de ces propositions se retrouvent évoquées dans le rapport de consensus établi en 2018 à la demande de l'INAMI. En effet, dans ce rapport, les experts ont évoqué les différentes recommandations par rapport à la prescription d'opioïdes et les particularités de certaines

populations en se basant sur la littérature scientifique ; mais ils ont également évoqué des pistes qui pourraient être exploitées avec pour objectif un usage plus rationnel de ces molécules. Parmi les propositions figuraient : une amélioration de l'accès aux centres multidisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique, rendre accessible le profil pharmacologique à tous les prestataires de soins afin de limiter le shopping médical, améliorer les formations des médecins au sujet de la gestion de la douleur. (4)

Concernant la majoration des formations, une étude a été effectuée afin de voir si le fait de diffuser les guidelines avait un impact sur la pratique clinique et le taux de prescription d'opioïdes dans la DCNC. Les recommandations ont été diffusées au sein d'établissements de soins primaires (médecine interne et médecins de famille) via des présentations/journée de formation et e-mail. Ils ont analysé différents paramètres au sein des dossiers électroniques en pré et post-intervention : le taux de prescription des tests de dépistage de drogues dans les urines, renvoi vers un kinésithérapeute, renvoi vers un psychiatre, référence vers une clinique de la douleur, nombre de prescriptions d'opioïdes, pourcentage de patients recevant des opioïdes de manière chronique, le nombre de visites du patient en soins primaires, le nombre de spécialistes consultés, le nombre de prescriptions au sein du service des urgences. Les résultats n'ont pas montré de grosses différences entre la phase pré- et post-intervention : -0,5% pour le nombre de patients recevant des opioïdes, -0,4% pour le nombre de patient recevant des opioïdes de manière chronique, +8,1% de réalisation de tests de dépistage de drogue urinaire. L'étude a été réalisée sur une courte période (2 ans avec la phase pré et post-intervention) mais l'impact en termes de réduction d'opioïdes n'était pas très significatif. Il est difficile d'imaginer ce que ce type d'intervention sur du très long cours pourrait donner comme résultat. (21)

Au sujet de l'accès au profil pharmacologique, rien n'est encore établi pour le moment. L'Ordre des médecins rappelle dans un avis en 2019 que le médecin et le pharmacien ne peuvent échanger que par rapport à la prescription que le médecin a rédigé, les prescriptions faites par d'autres médecins ne peuvent pas être évoquées, ce qui complique la tâche par rapport à la problématique du shopping médical notamment des patients douloureux chroniques à la recherche d'opioïdes. (22) Dans un autre avis, l'Ordre des médecins rappelle l'importance d'utiliser le SUMEHR au maximum et d'y consigner les prescriptions d'opioïdes qui ont été établies au patient (ce qui nécessite son accord). (19)

5. Conclusion :

La douleur chronique est une problématique fréquente, très complexe. Elle est influencée par tellement de facteurs différents (sociaux, professionnels, psychologiques) qu'il est difficile d'établir une ligne de conduite pouvant convenir à chaque patient. L'histoire de la douleur chronique est fortement liée à l'histoire du patient, son ressenti, son émotionnel, ses croyances, sa culture, ... La prise en charge doit donc être personnalisée, centrée sur l'individu, son vécu, son ressenti de la douleur. Cette tâche est épuisante et chronophage, le médecin généraliste seul risquerait de s'essouffler dans cette course au traitement « parfait » afin de soulager son patient. Face à la douleur chronique, face à la souffrance du patient, s'entourer, créer une équipe est essentiel ; la collaboration avec les autres professions paramédicales est indispensable afin d'offrir la prise en charge la plus complète possible (biopsychosociale). Il est important de fixer des objectifs thérapeutiques raisonnables tant pour le patient que pour le soignant.

La douleur chronique et sa prise en charge n'ont fait leur apparition que très récemment dans le cursus de médecine, vu que lorsque j'ai eu le cours d'« Algologie » en deuxième master, c'était la première année où le cours intégrait le cursus obligatoire. C'est un premier pas positif dans l'amélioration, la sensibilisation des médecins à cette pathologie. Il reste néanmoins beaucoup de zones d'ombres notamment dans tous les syndromes de la douleur nociplastique (fibromyalgie) et les études dans ce domaine sont souvent de trop courte durée et de piètre qualité. Davantage d'études devraient être réalisées tant le sujet est vaste et complexe.

Des pistes d'amélioration sont possibles notamment via un soutien de la médecine générale (revalorisation des consultations complexes, accès au profil pharmacologique, formations, collaboration avec paramédicaux – service d'algologie, accessibilité des services d'algologie) mais nécessite que les autorités se penchent sur la problématique.

Les signaux d'alarme de l'ampleur de la douleur chronique se reflètent au niveau de la consommation d'opioïdes dans la population adulte (10% de la population belge adulte). Ces opioïdes participent au cercle vicieux de la douleur chronique, vu que, eux aussi, majorent le risque d'incapacité de travail, d'anxiété, de mal-être, de somnolence, la criminalité, les accidents de la route, Il est fondamental de bien peser le pour et le contre avant d'instaurer des opioïdes dans une douleur chronique car cela n'est jamais sans conséquence.

6. Bibliographie :

1. Vanhaute O, Henne C, Crombez G, Callebaut V, Broeckmans S, Van Overschelde L, et al. Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : organisation et financement. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 févr 2016;17(1):6-12.
2. Ricordeau G : [«Crise des opioïdes» aux États-Unis: une occasion historique pour la réduction des risques?]. *SWAPS* 2019, 92-93 : 9-12.
3. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
4. Vermeulen M. et al. L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique : réunion de consensus [en ligne]. 6 décembre 2018. [consulté le 23 mai 2020]. 167 p. Disponible : https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20181206.pdf
5. Treede R-D a, Rief W b, Barke A b, Aziz Q c, Bennett MI d, Benoliel R e, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). [Review]. *Pain*. janv 2019;160(1):19-27.
6. Berquin A, Grisart J. *Les défis de la douleur chronique*. Wavre (BE): Editions Mardaga; 2016. 576 p.
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. mai 2006;10(4):287-287.
8. Hausse inquiétante de l'utilisation prolongée de puissants analgésiques [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.mc.be/actualite/communiquerepresse/2018/consommation-opioides>
9. Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. *GPC Prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins*. Belgique (BE) : EBM PracticeNet; 2017. 59 p.
10. Dowel D, Haegerich T, Chou R. *CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain*. Etats-Unis (US) : MMWR Recomm Rep; 2016. 52p.

11. National Opioid Use Guideline Group(NOUGG). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. Part B : Recommendations for Practice. Canada (CA) : NOUGG; 2010. 126 p.
12. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. Canadian Medical Association Journal. 8 mai 2017;189(18):E659-66.
13. Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). Presse Med. 7 avr 2016;45(4 Pt 1, Part 1):447-62.
14. Peeters-Asdourian C, Sculier JP. Opiacés pour la douleur chronique non liée au cancer : risque accru d'accidents de surdosage avec les dérivés à longue durée d'action [Internet]. Minerva. 2016 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/431>
15. Feron J-M. Efficacité des médicaments opioïdes versus non opioïdes pour la fonction et la douleur chez les patients douloureux chroniques au niveau du dos, de la hanche ou du genou [Internet]. Minerva. 2019 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/627>
16. De Cort P. Douleur chronique : prescrire des opiacés ? [Internet]. Minerva. 2015 [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/1077>
17. Devulder J. Neurostimulation transcutanée électrique (TENS) pour douleur chronique ? [Internet]. Minerva. 2012 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/134>
18. Henrard G. Psychothérapie cognitivo-comportementale dans la douleur chronique : regrouper les patients et simplifier le message ? [Internet]. Minerva. 2019 [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2191>

19. Entretien de la toxicomanie et le risque d'abstention coupable [Internet]. Ordomedic. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur:
<https://ordomedic.be/fr/avis/maladies/toxicomanie/entretien-de-la-toxicomanie-et-le-risque-d-abstention-coupable>
20. Els C, Jackson TD, Kunyk D, Lappi VG, Sonnenberg B, Hagtvedt R, et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 2 juill 2020];(10). Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012509.pub2/full>
21. Chen JH, Hom J, Richman I, Asch SM, Podchiyska T, Johansen NA. Effect of opioid prescribing guidelines in primary care. *Medicine (Baltimore)*. août 2016;95(35):e4760.
22. Abus de médicaments, surconsommation et secret professionnel [Internet]. Ordomedic. [cité 03 avr 2021]. Disponible sur:
<https://ordomedic.be/fr/avis/pharmacologie/medicaments/abus-de-medicaments-surconsommation-et-secret-professionnel>
23. Eccleston C, Fisher E, Thomas KH, Hearn L, Derry S, Stannard C, et al. Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 2 juill 2020];(11). Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010323.pub3/full>

7. Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening

1) Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ?

- 0-1 semaine 2-3 semaines 4-5 semaines 6-7 semaines 8-9 semaines
 10-11 semaines 12-23 semaines 24-35 semaines 36-52 semaines >52 semaines

2) Quelle était l'intensité de votre douleur durant les sept derniers jours ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur maximale imaginable

3) Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Complètement calme et relâché Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été

4) A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout Extrêmement

5) A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de risque Risque très élevé

6) A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans 6 mois ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune chance Très grande chance

7) Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

8) Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

9) Je peux faire un travail léger pendant une heure.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

10) Je peux dormir la nuit.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

Interprétation du questionnaire :

Item 1 : la catégorie « 0-1 semaine » vaut 1, la dernière « >52 semaine » vaut 10, la catégorie « 8-9 semaines » vaut 5.

Item 2,3, 4, 5, 7, 8 : le score est celui du chiffre entouré

Item 6, 9 et 10 : le score égale 10 moins le chiffre entouré

Score >49 = risque élevé

Source : Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte) [en ligne].

Belgique (BE) : KCE ; [consulté le 12/03/2021]. 2p. Disponible :

<https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/OrebroFr.pdf>

Annexe 2 : Résumé des recommandations du CDC (2016)

GUIDELINE FOR PRESCRIBING OPIOIDS FOR CHRONIC PAIN

IMPROVING PRACTICE THROUGH RECOMMENDATIONS

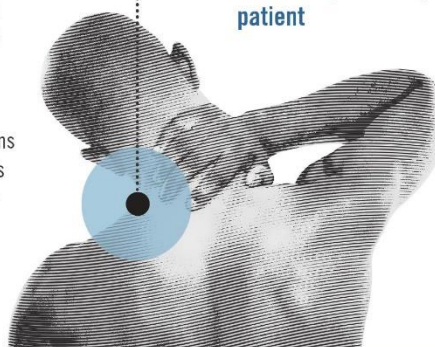
CDC's *Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain* is intended to improve communication between providers and patients about the risks and benefits of opioid therapy for chronic pain, improve the safety and effectiveness of pain treatment, and reduce the risks associated with long-term opioid therapy, including opioid use disorder and overdose. The Guideline is not intended for patients who are in active cancer treatment, palliative care, or end-of-life care.

DETERMINING WHEN TO INITIATE OR CONTINUE OPIOIDS FOR CHRONIC PAIN

- 1** Nonpharmacologic therapy and nonopioid pharmacologic therapy are preferred for chronic pain. Clinicians should consider opioid therapy only if expected benefits for both pain and function are anticipated to outweigh risks to the patient. If opioids are used, they should be combined with nonpharmacologic therapy and nonopioid pharmacologic therapy, as appropriate.
- 2** Before starting opioid therapy for chronic pain, clinicians should establish treatment goals with all patients, including realistic goals for pain and function, and should consider how opioid therapy will be discontinued if benefits do not outweigh risks. Clinicians should continue opioid therapy only if there is clinically meaningful improvement in pain and function that outweighs risks to patient safety.
- 3** Before starting and periodically during opioid therapy, clinicians should discuss with patients known risks and realistic benefits of opioid therapy and patient and clinician responsibilities for managing therapy.

CLINICAL REMINDERS

- Opioids are not first-line or routine therapy for chronic pain
- Establish and measure goals for pain and function
- Discuss benefits and risks and availability of nonopioid therapies with patient



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

LEARN MORE | www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html

OPIOID SELECTION, DOSAGE, DURATION, FOLLOW-UP, AND DISCONTINUATION

CLINICAL REMINDERS

- Use immediate-release opioids when starting
- Start low and go slow
- When opioids are needed for acute pain, prescribe no more than needed
- Do not prescribe ER/LA opioids for acute pain
- Follow-up and re-evaluate risk of harm; reduce dose or taper and discontinue if needed

4 When starting opioid therapy for chronic pain, clinicians should prescribe immediate-release opioids instead of extended-release/long-acting (ER/LA) opioids.

5 When opioids are started, clinicians should prescribe the lowest effective dosage. Clinicians should use caution when prescribing opioids at any dosage, should carefully reassess evidence of individual benefits and risks when considering increasing dosage to ≥ 50 morphine milligram equivalents (MME)/day, and should avoid increasing dosage to ≥ 90 MME/day or carefully justify a decision to titrate dosage to ≥ 90 MME/day.

6 Long-term opioid use often begins with treatment of acute pain. When opioids are used for acute pain, clinicians should prescribe the lowest effective dose of immediate-release opioids and should prescribe no greater quantity than needed for the expected duration of pain severe enough to require opioids. Three days or less will often be sufficient; more than seven days will rarely be needed.

7 Clinicians should evaluate benefits and harms with patients within 1 to 4 weeks of starting opioid therapy for chronic pain or of dose escalation. Clinicians should evaluate benefits and harms of continued therapy with patients every 3 months or more frequently. If benefits do not outweigh harms of continued opioid therapy, clinicians should optimize other therapies and work with patients to taper opioids to lower dosages or to taper and discontinue opioids.

ASSESSING RISK AND ADDRESSING HARMS OF OPIOID USE

- 8** Before starting and periodically during continuation of opioid therapy, clinicians should evaluate risk factors for opioid-related harms. Clinicians should incorporate into the management plan strategies to mitigate risk, including considering offering naloxone when factors that increase risk for opioid overdose, such as history of overdose, history of substance use disorder, higher opioid dosages (≥ 50 MME/day), or concurrent benzodiazepine use, are present.
- 9** Clinicians should review the patient's history of controlled substance prescriptions using state prescription drug monitoring program (PDMP) data to determine whether the patient is receiving opioid dosages or dangerous combinations that put him or her at high risk for overdose. Clinicians should review PDMP data when starting opioid therapy for chronic pain and periodically during opioid therapy for chronic pain, ranging from every prescription to every 3 months.
- 10** When prescribing opioids for chronic pain, clinicians should use urine drug testing before starting opioid therapy and consider urine drug testing at least annually to assess for prescribed medications as well as other controlled prescription drugs and illicit drugs.
- 11** Clinicians should avoid prescribing opioid pain medication and benzodiazepines concurrently whenever possible.
- 12** Clinicians should offer or arrange evidence-based treatment (usually medication-assisted treatment with buprenorphine or methadone in combination with behavioral therapies) for patients with opioid use disorder.

CLINICAL REMINDERS

- Evaluate risk factors for opioid-related harms
- Check PDMP for high dosages and prescriptions from other providers
- Use urine drug testing to identify prescribed substances and undisclosed use
- Avoid concurrent benzodiazepine and opioid prescribing
- Arrange treatment for opioid use disorder if needed



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

LEARN MORE | www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html

Source : Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prescribing opioids for chronic pain : Improving practice through recommendations. USA : CDC ; 2018 [consulté le 3/03/2021]. 2p. Disponible :

https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/prescribing/Guidelines_Factsheet-a.pdf

Annexe 3 : PEG scale

PEG Scale Assessing Pain Intensity and Interference (Pain, Enjoyment, General Activity)

1. What number best describes your <u>pain on average</u> in the past week?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain							Pain as bad as you can imagine			
2. What number best describes how, during the past week, pain has interfered with your <u>enjoyment of life</u>?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere							Completely interferes			
3. What number best describes how, during the past week, pain has interfered with your <u>general activity</u>?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere							Completely interferes			

Computing the PEG Score.

Add the responses to the three questions, then divide by three to get a mean score (out of 10) on overall impact of points.

Using the PEG Score.

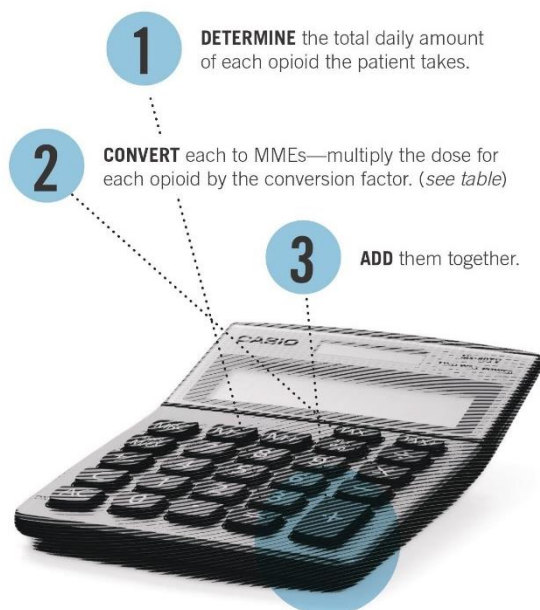
The score is best used to track an individual's changes over time. The initiation of therapy should result in the individual's score decreasing over time.

Source.

Krebs, E. E., Lorenz, K. A., Bair, M. J., Damush, T. M., Wu, J., Sutherland, J. M., Asch S, Kroenke, K. (2009). Development and Initial Validation of the PEG, a Three-item Scale Assessing Pain Intensity and Interference. *Journal of General Internal Medicine*, 24(6), 733–738. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-0981-1>

Annexe 4 : Tableau d'équianalgésie et calcul du MME

HOW SHOULD THE TOTAL DAILY DOSE OF OPIOIDS BE CALCULATED?



CAUTION:

- Do not use the calculated dose in MMEs to determine dosage for converting one opioid to another—the new opioid should be lower to avoid unintentional overdose caused by incomplete cross-tolerance and individual differences in opioid pharmacokinetics. Consult the medication label.

Calculating morphine milligram equivalents (MME)

OPIOID (doses in mg/day except where noted)	CONVERSION FACTOR
Codeine	0.15
Fentanyl transdermal (in mcg/hr)	2.4
Hydrocodone	1
Hydromorphone	4
Methadone	
1-20 mg/day	4
21-40 mg/day	8
41-60 mg/day	10
≥ 61-80 mg/day	12
Morphine	1
Oxycodone	1.5
Oxymorphone	3

These dose conversions are estimated and cannot account for all individual differences in genetics and pharmacokinetics.

USE EXTRA CAUTION:

- Methadone:** the conversion factor increases at higher doses
- Fentanyl:** dosed in mcg/hr instead of mg/day, and absorption is affected by heat and other factors

Source : Centers for Disease Control and Prevention. Calculating total daily dose of opioids for safer dosage. USA : CDC ; 2018 [consulté le 3/03/2021]. 2p. Disponible :

https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/calculating_total_daily_dose-a.pdf

Annexe 5 : GAD-7 (General Anxiety Disorder)

General Anxiety Disorder (GAD-7)

NAME	DATE			
1. Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all sure	Several days	Over half the days	Nearly every day
• Feeling nervous, anxious, or on edge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Not being able to stop or control worrying	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Worrying too much about different things	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Trouble relaxing	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Being so restless that it's hard to sit still	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Becoming easily annoyed or Irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
• Feeling afraid as if something awful might happen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<i>Add the score for each column</i>				
TOTAL SCORE <i>(add your column scores)</i>				
	Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult
2. If you checked off any problem on this questionnaire so far, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Scoring Add the results for question number one through seven to get a total score.

If you score 10 or above you might want to consider one or more of the following:

1. Discuss your symptoms with your doctor,
2. Contact a local mental health care provider or
3. Contact my office for further assessment and possible treatment.

Although these questions serve as a useful guide, only an appropriate licensed health professional can make the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder.

A score of 10 or higher means significant anxiety is present. Score over 15 are severe.

GUIDE FOR INTERPRETING GAD-7 SCORES

Scale	Severity
0-9	None to mild
10-14	Moderate
15-21	Severe

GAD-7 developed by Dr. Robert L. Spitzer, Dr. K. Kroenke. et.al.

Annexe 7 : ORT (Opioid Risk Tool)

Opioid Risk Tool

This tool should be administered to patients upon an initial visit prior to beginning opioid therapy for pain management. A score of 3 or lower indicates low risk for future opioid abuse, a score of 4 to 7 indicates moderate risk for opioid abuse, and a score of 8 or higher indicates a high risk for opioid abuse.

Mark each box that applies	Female	Male
Family history of substance abuse		
Alcohol	1	3
Illegal drugs	2	3
Rx drugs	4	4
Personal history of substance abuse		
Alcohol	3	3
Illegal drugs	4	4
Rx drugs	5	5
Age between 16—45 years	1	1
History of preadolescent sexual abuse	3	0
Psychological disease		
ADD, OCD, bipolar, schizophrenia	2	2
Depression	1	1
Scoring totals		

Questionnaire developed by Lynn R. Webster, MD to assess risk of opioid addiction.

Webster LR, Webster R. Predicting aberrant behaviors in Opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid risk tool. *Pain Med.* 2005; 6 (6) : 432

Annexe 8 : SOAPP-R

UpToDate® Official reprint from UpToDate®
 © 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved. www.uptodate.com



Revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R)

The following are some questions given to patients who are on or being considered for medication for their pain. Please answer each question as honestly as possible. There are no right or wrong answers.					
	Never	Seldom	Sometimes	Often	Very often
	0	1	2	3	4
1. How often do you have mood swings?	[]	[]	[]	[]	[]
2. How often have you felt a need for higher doses of medication to treat your pain?	[]	[]	[]	[]	[]
3. How often have you felt impatient with your doctors?	[]	[]	[]	[]	[]
4. How often have you felt that things are just too overwhelming that you can't handle them?	[]	[]	[]	[]	[]
5. How often is there tension in the home?	[]	[]	[]	[]	[]
6. How often have you counted pain pills to see how many are remaining?	[]	[]	[]	[]	[]
7. How often have you been concerned that people will judge you for taking pain medication?	[]	[]	[]	[]	[]
8. How often do you feel bored?	[]	[]	[]	[]	[]
9. How often have you taken more pain medication than you were supposed to?	[]	[]	[]	[]	[]
10. How often have you worried about being left alone?	[]	[]	[]	[]	[]
11. How often have you felt a craving for medication?	[]	[]	[]	[]	[]
12. How often have others expressed concern over your use of medication?	[]	[]	[]	[]	[]
13. How often have any of your close	[]	[]	[]	[]	[]

friends had a problem with alcohol or drugs?					
14. How often have others told you that you had a bad temper?	[]	[]	[]	[]	[]
15. How often have you felt consumed by the need to get pain medication?	[]	[]	[]	[]	[]
16. How often have you run out of pain medication early?	[]	[]	[]	[]	[]
17. How often have others kept you from getting what you deserve?	[]	[]	[]	[]	[]
18. How often, in your lifetime, have you had legal problems or been arrested?	[]	[]	[]	[]	[]
19. How often have you attended an AA or NA meeting?	[]	[]	[]	[]	[]
20. How often have you been in an argument that was so out of control that someone got hurt?	[]	[]	[]	[]	[]
21. How often have you been sexually abused?	[]	[]	[]	[]	[]
22. How often have others suggested that you have a drug or alcohol problem?	[]	[]	[]	[]	[]
23. How often have you had to borrow pain medications from your family or friends?	[]	[]	[]	[]	[]
24. How often have you been treated for an alcohol or drug problem?	[]	[]	[]	[]	[]
<p><i>Please include any additional information you wish about the above answers. Thank you.</i></p>					

* As of 2019, Inflexxion, Inc. is part of Integrative Behavioral Health, Inc.

©2015 Inflexxion, Inc. Permission granted solely for use in published format by individual practitioners in clinical practice. No other uses or alterations are authorized or permitted by copyright holder. Permissions questions: PainEDU@inflexxion.com. An online version of this tool is included in [PainCAS](#). The SOAPP®-R was developed with a grant from the National Institutes of Health and an educational grant from Endo Pharmaceuticals.

Reproduced with permission. Copyright © 2015 Inflexxion, Inc., Newton MA. All rights reserved. www.Inflexxion.com *.

Graphic 108384 Version 2.0

Annexe 9 : Brief Inventory Pain (Short form)

Brief Pain Inventory (Short Form)

Study ID# _____ Hospital # _____
Do not write above this line.

Date: _____

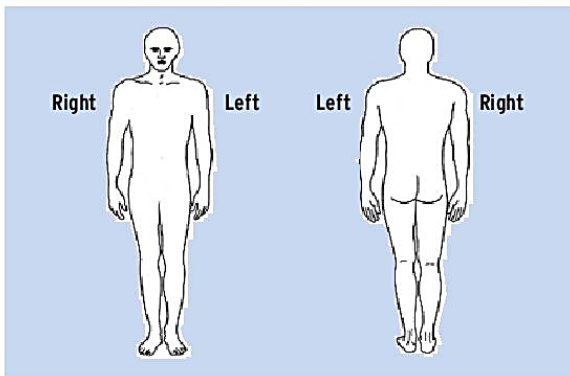
Time: _____

Name: _____
Last First Middle Initial

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

1. yes 2. no

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **WORST** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **LEAST** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **AVERAGE**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tell how much pain you have **RIGHT NOW**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Pain as bad as you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the past 24 hours, how much **RELIEF** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
No Relief Complete Relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, **PAIN HAS INTERFERED** with your:

A. General Activity:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

C. Walking Ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

D. Normal work (Includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

E. Relation with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Interfere Completely interferes

Copyright © 1991 Charles S. Cleeland, PhD

Annexe 10 : Résumé de la Guideline canadienne sur la prescription d'opioïde



2017 CANADIAN OPIOID PRESCRIBING GUIDELINE



KEY POINTS

Patients with chronic noncancer pain may be offered a trial of opioids only after they have been optimized on non-opioid therapy, including non-drug measures.

We suggest avoiding opioid therapy for patients with a history of substance use disorder (including alcohol) or current mental illness, and opioid therapy should be avoided in cases of active substance use disorder.

For patients beginning opioid therapy, we recommend restricting to under 90 mg morphine equivalents daily (MED) and suggest restricting the maximum prescribed dose to under 50 mg MED.

Patients already receiving high-dose opioid therapy (≥ 90 mg MED) should be encouraged to embark on a gradual dose taper, and multidisciplinary support offered where available to those who experience challenges.

GOOD PRACTICE STATEMENTS

Acquire informed consent prior to initiating opioid use for chronic noncancer pain. A discussion about potential benefits, adverse effects, and complications will facilitate shared-care decision making regarding whether to proceed with opioid therapy.

Clinicians should monitor chronic noncancer pain patients using opioid therapy for their response to treatment, and adjust treatment accordingly.

Clinicians with chronic noncancer pain patients prescribed opioids should address any potential contraindications and exchange relevant information with the patient's general practitioner (if they are not the general practitioner) and/or pharmacists.

RECOMMENDATION 1

When considering therapy for patients with chronic noncancer pain, we recommend optimization of nonopioid pharmacotherapy and nonpharmacologic therapy, rather than a trial of opioids (strong recommendation)

RECOMMENDATION 3

For patients with chronic noncancer pain with an active substance use disorder, we recommend against the use of opioids (strong recommendation)

Remark: Clinicians should facilitate treatment of the underlying substance use disorders, if not yet addressed. The studies that identified substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses.

RECOMMENDATION 5

For patients with chronic noncancer pain with a history of substance use disorder, whose nonopioid therapy has been optimized, and who have persistent problematic pain, we suggest continuing nonopioid therapy rather than a trial of opioids (weak recommendation)

Remark: The studies that identified a history of substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses.

RECOMMENDATION 7

For patients with chronic noncancer pain who are beginning opioid therapy, we suggest restricting the prescribed dose to less than 50 mg morphine equivalents daily (weak recommendation)

Remark: The weak recommendation to restrict the prescribed dose to less than 50 mg morphine equivalents daily acknowledges that there are likely to be some patients who would be ready to accept the increased risks associated with a dose higher than 50 mg in order to potentially achieve improved pain control.

RECOMMENDATION 9

For patients with chronic noncancer pain who are currently using 90 mg morphine equivalents of opioids per day or more, we suggest tapering opioids to the lowest effective dose, potentially including discontinuation, rather than making no change in opioid therapy (weak recommendation)

Remark: Some patients may have a substantial increase in pain or decrease in function that persists for more than one month after a small dose reduction; tapering may be paused or potentially abandoned in such patients.

RECOMMENDATION 2

For patients with chronic noncancer pain, without current or past substance use disorder and without other active psychiatric disorders, who have persistent problematic pain despite optimized nonopioid therapy, we suggest adding a trial of opioids rather than continued therapy without opioids (weak recommendation)

Remark: By a trial of opioids, we mean initiation, titration and monitoring of response, with discontinuation of opioids if important improvement in pain or function is not achieved. The studies that identified substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to International Classification of Diseases, 9th revision (ICD-9) diagnoses. The mental illnesses identified in studies as risk factors for adverse outcomes were generally anxiety and depression, including ICD-9 definitions, as well as "psychiatric diagnosis," "mood disorder" and post-traumatic stress disorder.

RECOMMENDATION 4

For patients with chronic noncancer pain with an active psychiatric disorder whose nonopioid therapy has been optimized, and who have persistent problematic pain, we suggest stabilizing the psychiatric disorder before a trial of opioids is considered (weak recommendation)

RECOMMENDATION 6

For patients with chronic noncancer pain who are beginning opioid therapy, we recommend restricting the prescribed dose to less than 90 mg morphine equivalents daily, rather than having no upper limit or a higher limit on dosing (strong recommendation)

Remark: Some patients may gain important benefit at a dose of more than 90 mg morphine equivalents daily. Referral to a colleague for a second opinion regarding the possibility of increasing the dose to more than 90 mg morphine equivalents daily may therefore be warranted in some individuals.

RECOMMENDATION 8

For patients with chronic noncancer pain who are currently using opioids, and have persistent problematic pain and/or problematic adverse effects, we suggest rotation to other opioids rather than keeping the opioid the same (weak recommendation)

Remark: Rotation in such patients may be done in parallel with, and as a way of facilitating, dose reduction.

RECOMMENDATION 10

For patients with chronic noncancer pain who are using opioids and experiencing serious challenges in tapering, we recommend a formal multidisciplinary program (strong recommendation)

Remark: In recognition of the cost of formal multidisciplinary opioid reduction programs and their current limited availability/capacity, an alternative is a coordinated multidisciplinary collaboration that includes several health professionals whom physicians can access according to their availability (possibilities include, but are not limited to, a primary care physician, a nurse, a pharmacist, a physical therapist, a chiropractor, a kinesiologist, an occupational therapist, an addiction medicine specialist, a psychiatrist and a psychologist).

COLLABORATING FOR BETTER CARE

National medical organizations have come together to form the Pan-Canadian Collaborative for Improved Opioid Prescribing. This partnership seeks to connect prescribers with educational resources to help address the harms associated with prescription opioids—including addiction, overdose, and death. The Collaborative is also committed to helping ensure Canadians have timely and appropriate access to optimal treatment for acute and chronic pain.

The Collaborative is pleased to disseminate 2017 Canadian Guideline for Opioid Therapy and Chronic Noncancer Pain, coordinated by the Michael G. DeGroot National Pain

Centre at McMaster University. The guideline is integral in assisting the practice decisions regarding use of opioids for chronic noncancer pain management based on the latest evidence and expertise.

Health care professionals will have access to an app available at <https://www.magicapp.org/public/guideline/8nyb0E> that gives easy access to the evidence underpinning the recommendations. There will be a self-directed CME on the guideline and other tools that will be made available online.

These new prescribing guidelines are intended to increase patient safety; however, there may be unintended harms while reducing opioid prescribing levels. Becoming familiar with the risks of abrupt cessation of opioids, strategies for overdose prevention, and resources to guide tapering and assessment of opioid use disorder may mitigate risks associated with reducing opioid prescribing. The work seeks to support physicians and help them get the information they need, how they need it.

The Collaborative organizations will communicate with their members about new resources to support optimal patient care in this important area as they become available.



Annexe 11 : Prescription Opioid Misuse Index (POMI)

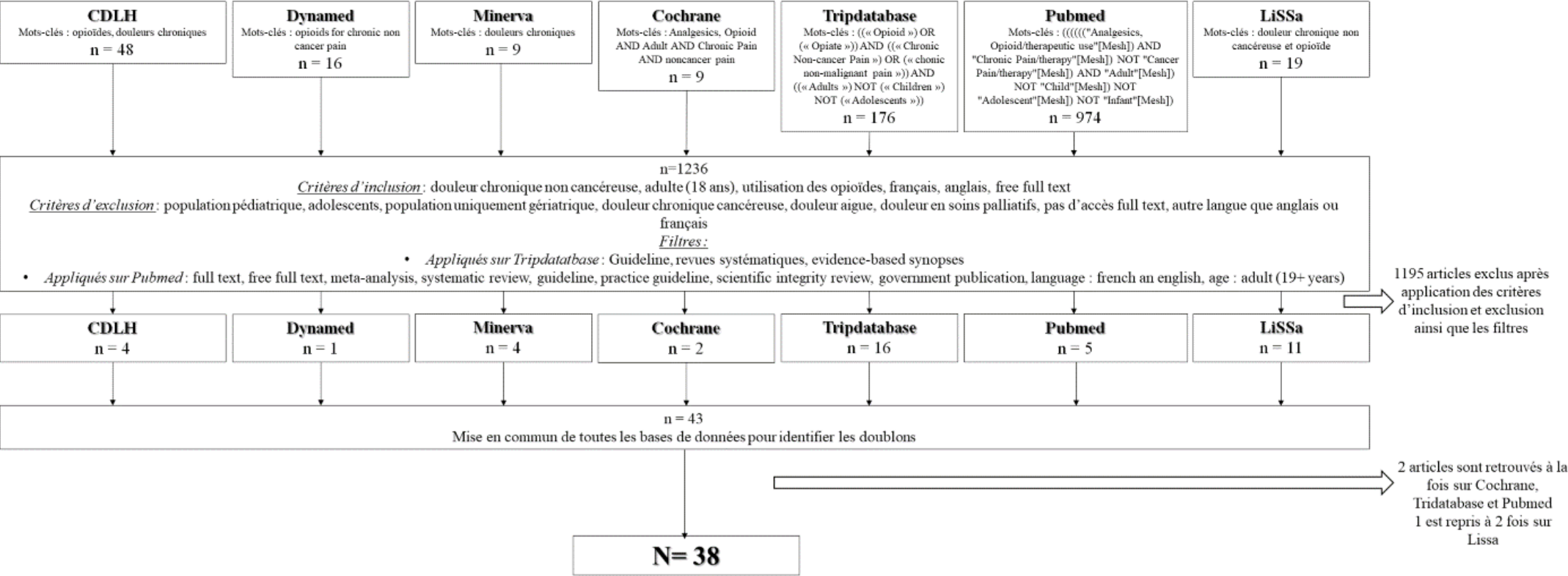
Prescription Opioid Misuse Index (POMI) – Auto-questionnaire de dépistage d'un comportement de mésusage d'un antalgique opioïde (version française non validée)

	Répondez le plus spontanément possible à ces 6 questions sur vos médicaments antalgiques	
Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (c'est à dire une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (c'est-à-dire raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui vous est prescrit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vous arrive-t-il de faire renouveler votre traitement contre la douleur plus tôt que prévu ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou euphorique après avoir pris votre médicament antalgique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vous arrive-t-il de prendre votre médicament antalgique parce que vous êtes tracassé ou pour vous aider à faire face à des problèmes autres que la douleur ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SCORE TOTAL		

Chaque réponse OUI compte 1 point et chaque réponse NON 0 point. La somme des points (entre 0 et 6) permet de calculer le score. Un score supérieur ou égal à 2 est considéré comme positif et objective une situation de mésusage.

Source : Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). Presse Med. 7 avr 2016;45(4 Pt 1, Part 1):447-62.

Annexe 12 : Revue de la littérature - Flowchart



Annexe 1 3 : Questionnaire soumis dans le cadre de l'enquête

Opiïdes dans la douleur chronique non cancéreuse chez le patient adulte dans une pratique de médecine générale

Dans le cadre de mon TFE, je m'intéresse à la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse chez le patient adulte en médecine générale. Les douleurs chroniques non cancéreuses sont très fréquentes dans la pratique de médecine générale, on estime en effet qu'un belge adulte sur 5 en souffre. On remarque ces dernières années une augmentation de la consommation d'opioïdes dans cette indication.

L'objectif de ce questionnaire est d'identifier quels sont les freins et facilitateurs à une réduction de la prescription d'opioïdes chez le patient adulte souffrant de douleur chronique non cancéreuse dans une pratique de médecine générale.

Tout médecin généraliste ou assistant en médecine générale exerçant en Wallonie ou à Bruxelles est invité à répondre à ce questionnaire.

Les réponses et la participation restent anonymes.

Durée : 5-10 minutes

D'avance, je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à cette enquête.

Si le sujet vous intéresse, vous pouvez me contacter sur mon adresse e-mail dubie.elodie@student.uclouvain.be, je vous adresserai mon TFE lorsque celui-ci sera clôturé.

Dubie Elodie

Partie 1 :

- 1) Quel est votre sexe ? *une réponse possible*
 - Féminin
 - Masculin
- 2) Quel est votre âge ? *une réponse possible*
 - Moins de 30 ans
 - Entre 30 et 45 ans
 - Entre 45 et 60 ans
 - Plus de 60 ans
- 3) Quel est votre type de pratique ? *une réponse possible*
 - Pratique solo
 - Association
 - Maison médicale à l'acte
 - Maison médicale au forfait

4) Vous exercez en milieu ? *une réponse possible*

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Hospitalier

5) Avez-vous eu une formation sur les douleurs chroniques ? *une réponse possible*

- Oui
- Non

Partie 2 :

6) Quelle prise en charge conseillez-vous à vos patients adultes souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses ? *une réponse attendue par ligne*

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Antalgiques de palier 1 (Paracétamol, AINS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antalgiques de palier 2 (opioïdes faibles : tramadol, codéine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antalgiques de palier 3 (opioïdes forts: morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, buprénorphine, péritramide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidouleurs atypiques (SNRI, Amitryptiline, Gabapentine, Prégabaline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infiltrations de corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capsaïcine ou lidocaïne en patches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie et/ou ostéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercices physiques (conseil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie cognitivo-comportementale, psychologie, minfullness, sophrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge dans un service d'algologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe de soutien (ex : Focus Fibromyalgie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Dans quelle(s) indication(s) prescrivez-vous des opioïdes à un patient souffrant de douleur chronique non cancéreuse ? *Plusieurs réponses possibles*

- Diminution de l'intensité de la douleur
- Traitement court d'une crise douloureuse
- Amélioration fonctionnelle
- A la demande du patient
- Autre :

Partie 3 :

8) L'utilisation des antalgiques de palier 2 et 3 est-elle un problème dans votre pratique ?

une réponse possible

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans avis
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

9) Si vous êtes d'accord avec la question précédente, quel genre de problème engendré ?

plusieurs réponses possibles

- Manque d'efficacité
- Effets secondaires
- Tendance à la surconsommation
- Shopping médical
- Autre : ...

10) Concernant les propositions suivantes, pensez-vous qu'elles pourraient avoir un impact sur la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses, principalement sur la réduction de la prescription des opioïdes ? *une réponse par ligne attendue*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Amélioration du remboursement et l'accessibilité aux soins de kinésithérapie/ostéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amélioration du remboursement et l'accessibilité des soins psychologiques, thérapies cognitivo-comportementales, mindfulness, sophrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amélioration de la formation des médecins généralistes concernant la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégration du médecin généraliste dans l'équipe de soins lorsque le patient est pris en charge par un service d'algologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amélioration de l'accessibilité et disponibilité des services d'algologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès au profil pharmacologique des patients (réduction du shopping médical, risque de mésusage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution/suppression du marketing autour des antalgiques de palier 2 et 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Avez-vous d'autres propositions d'amélioration ou de changement à effectuer qui pourrait amener à une réduction de la prescription des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse en médecine générale ? *réponse courte (non obligatoire)*

Annexe 14 : Résumé schématique des propositions d'amélioration visant à une réduction de la prescription des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse

(Question 11)

