



HAL
open science

Prescription des antalgiques de palier 2 en médecine générale: évaluation des difficultés rencontrées et de l'information délivrée aux patients, en particuliers aux conducteurs

Déborah Charbonnier

► To cite this version:

Déborah Charbonnier. Prescription des antalgiques de palier 2 en médecine générale: évaluation des difficultés rencontrées et de l'information délivrée aux patients, en particuliers aux conducteurs. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01022526

HAL Id: dumas-01022526

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01022526>

Submitted on 10 Jul 2014

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

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

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

2013

**Prescription des antalgiques de palier 2 en
médecine générale : évaluation des difficultés
rencontrées et de l'information délivrée aux
patients, en particulier aux conducteurs**

THESE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine

Présentée et soutenue à la faculté de Nice

Le 17 octobre 2013

Par

Déborah CHARBONNIER

Née le 15 juillet 1982

MEMBRES DU JURY

Président :	Monsieur le Professeur JB. SAUTRON
Assesseurs :	Madame le Professeur V. BREUIL
	Monsieur le Docteur D. DECROOCQ
	Monsieur le Professeur JG. FUZIBET
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Y. MANEZ

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HEBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme HIZEBRY Valérie
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIREE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)

M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Sautron,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour vos enseignements, votre disponibilité et votre dévouement aux internes de médecine générale.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus grande estime.

A Madame le Professeur BREUIL,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur FUZIBET,

Vous avez accepté de juger ce travail et j'en suis honorée.

Veillez recevoir ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DECROOCQ,

Merci de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail en acceptant de siéger dans ce jury. Merci de la confiance que vous me témoignez en me confiant vos patients lors de vos périodes de repos bien méritées.

Soyez assuré de toute mon estime et de mon respect.

A Monsieur le Docteur MANEZ,

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et proposé ce travail. Merci pour la (très grande) patience donc vous avez su faire preuve. Merci pour votre disponibilité, vos encouragements et vos conseils. Merci encore pour vos enseignements durant mon stage dans votre cabinet.

Soyez assuré de toute mon admiration et de ma gratitude.

A Stéphanie, et à son « fantastique » cumul des mandats...

En plus d'être une de mes amies les plus proches, tu as su, ces derniers mois, endosser avec brio les rôles de directrice de thèse adjointe, de coach (non, non... pas sportif), de prof de grammaire (et parfois d'orthographe), de philosophe, de psychologue pendant les moments de doute... Tu as été un réel moteur pour moi et je t'en suis infiniment reconnaissante... Néanmoins, ta meilleure interprétation reste celle d'acolyte de soirée... Tu vas pouvoir t'y consacrer à nouveau pleinement...

A tous mes maîtres :

Dr BAROGHEL, Dr DE CINTAZ, Dr LAURE, Dr MANEZ, Dr SAUTRON, Merci de vos enseignements et de vos conseils. Merci pour m'avoir guidé dans la découverte de la médecine libérale.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude et permis la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps malgré vos emplois du temps déjà surchargés.

A ma famille :

A Maman,

Merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille durant toutes ces années. Merci pour tes relectures et tout le reste... Tu es pour moi un modèle de force et de volonté... et la meilleure des mamans.

A Papa et Babette,

Merci pour votre présence et vos encouragements malgré les kilomètres (« Bon alors, tu la passes quand ta thèse... ! »). Merci pour les vacances, pour tous les bons moments passés et à venir ensemble. Merci d'être toujours là pour moi.

Aux Romyguel,

Merci pour toutes les attentions que vous portez régulièrement à « tite sœur », pour les soirées, pour les apéros... qui dérapent en soirées ; merci d'être là aussi pour les choses plus sérieuses, et de répondre présents à chaque fois que j'en ai besoin... Et merci à Romy pour ta relecture très attentive... Tu as bien mérité ton champagne !

A mémère, ma grand-mère que je ne vois malheureusement pas assez mais à qui je pense souvent, **pépère, mamie et papi** qui sont partis trop tôt. A tous les autres membres de ma famille: papé, mamé, oncles, tantes, cousins, cousines qui sont de plus en plus nombreux... A cause de la distance on se voit peu mais le traditionnel repas de Noël ou vos vacances dans notre région sont l'occasion de belles retrouvailles.

A ma famille élargie,

Aux chouchous (et Ubik), à Alain, tata Cloclo, Michèle, Maria, Germain, Lélette, Minou, Mag , Poussinette, Hugues, Guillermo, Djack, Pedro... et tous les autres, qui font des soirées Dracénoises un fabuleux mélange des générations et des purs moments de bonheur.

A Francine, François, Robert, Pétra, Julie, Bertand, Karine, Maëlys, Ethan, Elliot et numéro 4. Merci pour votre accueil si chaleureux.

A Emilie, Pierre, Aurélie(s), Titi, Guillaume, David.... aux amis que les circonstances ont parfois éloignés mais que je revois toujours avec grand plaisir.

A l'internat de l'hôpital de Fréjus qui m'a offert quelques uns de mes meilleurs souvenirs: à ses parties de ping pong, ses soirées endiablées. Aux Blues Blanches, aux médecins qui m'ont accueilli dans leur service et qui m'ont tant appris (Xavier, Florent, Sebastian, Jean-Philippe, Anne Laure, Estelle et tous les autres...). A tous les internes avec lesquels j'ai partagé des moments inoubliables : Damien, Sophie, Sandrine, Béren, Lidiane, Sami, Nadia, Ali, Julie, Magali, Jess, les 4 fantastiques... et tous les autres.

A Cynthia, aux nombreux souvenirs qui peuplent ces 10 dernières années. Aux futurs instants mémorables maintenant que tu es de retour sur Nice.

A Sheba, mon acolyte depuis le début cette aventure, de la cité U à la Jansonne (« mais NON, on ne vit pas ensemble... ! »). A tous les bons moments passés ensemble : les apéros, les soirées, les anniversaires, les blind tests interminables, et même tes films bizarres... Merci pour ton amitié.

A Julie, à notre rencontre en premier semestre et la belle amitié qui nous lie depuis.
A ta veste en sanglier, à nos fous rires, à nos merveilleuses vacances : à Bali malgré les contorsionnistes russes et à Kemer malgré nos piètres prestations à ski nautique.

A Seb, mon geek et sale gosse préféré.

Merci de m'avoir supportée (dans tous les sens du terme) et aidée tout au long de ce travail.
Merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur perpétuelle, ton humour (si, si, tu me fais rire... parfois). Merci d'inonder ma vie de bonheurs quotidiens.

J'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés... Hein oui... !

Sommaire :

1	INTRODUCTION	16
1.1	Intérêt du thème :	16
1.2	Rappel sur les antalgiques de palier 2.....	17
1.2.1	Importance de la douleur en consultation de médecine générale.....	17
1.2.2	Classification des antalgiques selon l’OMS.....	17
1.2.2.1	Place dans les prescriptions.....	18
1.2.2.2	Mécanisme d’action. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾	20
1.2.2.3	Pharmacocinétique.....	21
1.2.2.4	Principaux effets secondaires ⁽¹¹⁾⁽¹⁵⁾	22
1.3	La conduite et ses risques :	23
1.3.1	L’accidentologie en chiffre.....	23
1.3.2	Les risques médicaux.....	24
1.3.3	Les risques médicamenteux.....	25
1.3.3.1	Etude Césir A.....	25
1.3.3.2	Risques liés aux opioïdes.....	25
1.3.3.3	Implication des opiacés dans l’accidentologie mondiale.....	26
1.3.4	Mise en garde du patient	27
1.4	Rôle du médecin généraliste	28
1.4.1	Sensibilisation des médecins au problème de la conduite et des médicaments.....	28
1.4.2	Rôle de prescription.....	28
1.4.3	Devoir médico-légal d’information.....	29
1.5	Objectifs de l’étude.....	31
2	MATERIEL ET METHODE	32
2.1	Recherche bibliographique.....	32

2.2	Type d'étude.....	32
2.3	Méthode de recueil des données.....	33
2.4	Recrutement des médecins.....	34
2.5	Analyse des données.....	35
3	RESULTATS ET ANALYSE	36
3.1	Population interviewée	36
3.2	Prescription.	38
3.2.1	Fréquence et place dans la stratégie thérapeutique.	38
3.2.2	Problèmes rencontrés par les médecins.....	38
3.2.2.1	Effets secondaires.	38
3.2.2.2	Les allergies.	41
3.2.2.3	La dépendance.	42
3.2.3	Critères de choix.....	42
3.2.3.1	Selon le médicament.....	42
3.2.3.2	Selon le patient.....	47
3.2.3.3	Selon la douleur.....	52
3.2.3.4	Selon le médecin.	52
3.2.3.5	Balance bénéfique/risque.....	53
3.2.4	Automédication.....	53
3.2.5	Alternatives thérapeutiques.....	54
3.2.5.1	Limiter les prescriptions.	54
3.2.5.2	Psychothérapie.....	55
3.2.5.3	Mécaniques	56
3.2.5.4	Autres.	56
3.3	Information.....	57
3.3.1	Choix du traitement.....	57
3.3.2	Effets secondaires.....	58

3.3.2.1 Moteurs de l'information.....	59
3.3.2.2 Freins à l'information.....	60
3.3.3 Précautions d'emploi.....	63
3.3.3.1 Diminution de la posologie.....	63
3.3.3.2 Rythme de prise.....	63
3.3.3.3 Surveillance lors de la première prise.....	64
3.3.3.4 Traitement en cours.....	64
3.3.3.5 Association à l'alcool.....	65
3.3.4 Surveillance.....	65
3.3.5 Adaptation de l'information au patient.....	66
3.3.6 Modalités d'information des patients.....	67
3.3.7 Education thérapeutique.....	69
3.3.8 Conseils relatifs à la conduite.....	70
3.4 Médicaments et conduite automobile.....	71
3.4.1 Fascicule Afssaps.....	71
3.4.1.1 Méconnaissance des médecins.....	71
3.4.1.2 Avis des médecins.....	72
3.4.1.3 Logiciels d'aide à la prescription.....	73
3.4.2 Conduite et médicaments.....	74
3.4.2.1 Sensibilisation des médecins au problème.....	74
3.4.2.2 Evaluation des capacités de conduite.....	76
3.4.2.3 Place de la conduite dans la vie quotidienne.....	78
3.4.3 Conduite et antalgiques de palier 2.....	79
3.4.3.1 Expériences vécues d'incompatibilité avec la conduite.....	79
3.4.3.2 Effet sur la vigilance.....	80
3.4.3.3 Effet sur la conduite automobile.....	82
3.5 Médico-légal.....	86

3.5.1 Méconnaissance des risques par les médecins.....	86
3.5.2 Avis des médecins sur les risques médico-légaux.....	87
3.5.2.1 Responsabilité partagée.....	87
3.5.2.2 Risque de dérive.....	88
3.5.3 Comment les médecins informent-ils leurs patients ?.....	88
3.5.4 Preuve de l'information.....	89
3.5.4.1 Annotation sur le dossier.....	91
3.5.4.2 Annotation sur l'ordonnance.....	92
3.5.5 Sensibilisation des médecins aux risques médico-légaux.....	93
3.6 Information des médecins.....	94
4 DISCUSSION.....	96
4.1 Les apports de cette étude.....	96
4.1.1 Choix du sujet.....	96
4.1.2 Choix de l'étude.....	96
4.1.3 Validité de l'étude.....	97
4.1.4 Sensibilisation des médecins grâce aux entretiens.....	97
4.2 Limites et biais de l'étude.....	97
4.2.1 Type d'enquête.....	97
4.2.2 Biais de sélection.....	98
4.2.3 Biais d'interprétation.....	98
4.3 Prescription des antalgiques de palier 2.....	99
4.3.1 Ressenti des médecins sur les antalgiques de palier 2.....	99
4.3.1.1 Effets secondaires et intolérance.....	99
4.3.1.2 Efficacité.....	99
4.3.1.3 Dépendance.....	101
4.3.1.4 Indication selon le type de douleur.....	102
4.3.1.5 Variabilité interindividuelle.....	102

4.3.2 Problèmes de la prescription chez la personne âgée.....	103
4.3.2.1 Modification du métabolisme.....	103
4.3.2.2 Polymédication et interactions médicamenteuses.....	104
4.3.2.3 Risque de chute.....	105
4.3.2.4 Difficulté de la prise en charge de la douleur.....	106
4.3.3 Facteurs pris en compte lors de la prescription à un conducteur.....	107
4.3.3.1 Place de l'automobile dans la vie quotidienne.....	107
4.3.3.2 Facteurs influençant la conduite.....	107
4.3.3.3 Avis des médecins sur l'effet des paliers 2 chez un conducteur.....	109
4.3.3.4 Précautions d'emploi et conseils lors de la prescription.....	111
4.4 Médicaments et conduite automobile.....	112
4.4.1 Méconnaissance des médecins.....	112
4.4.2 Impact des antalgiques de palier 2 sur la conduite.....	113
4.4.3 Difficultés rencontrées par les médecins.....	114
4.4.3.1 Juger l'aptitude à la conduite.....	114
4.4.3.2 Impossibilité d'interdire la conduite.....	115
4.5 Information des patients.....	116
4.5.1 Le manque de temps.....	116
4.5.2 Evolution de la relation médecin-patient.....	117
4.5.3 Influence de l'information sur le traitement.....	119
4.5.3.1 Observance.....	119
4.5.3.2 Peur de l'effet nocebo.....	119
4.5.4 Informer : un devoir médico-légal.....	119
4.5.4.1 Responsabilité médicale.....	119
4.5.4.2 Traçabilité de l'information.....	120
4.5.4.3 Sensibilisation des médecins aux risques médico-légaux.....	121
4.6 Pistes d'amélioration.....	122

5	CONCLUSION	125
6	BIBLIOGRAPHIE.....	127
7	ANNEXE	137
8	SERMENT D'HYPPOCRATE	140

1 INTRODUCTION

1.1 Intérêt du thème :

L'actualité ne cesse de nous rappeler que la défaillance d'un homme peut avoir des conséquences dramatiques : déraillement d'un train à Saint Jacques de Compostelle (76 morts), accidents de bus meurtriers (Naples : 38 morts), crash de San Francisco (2 morts, 180 blessés)...

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics mettent l'accent sur la sécurité routière et l'identification des facteurs influençant les capacités de conduite.

Une étude française publiée en 2010⁽¹⁾⁽²⁾ conclut que 3.3% des accidents sont attribuables aux médicaments, et désigne comme principaux responsables ceux agissant sur le système nerveux.

En 2005, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé ou Afssaps a diffusé le fascicule « médicaments et conduite automobile » qui répertorie l'ensemble des spécialités susceptibles d'avoir une influence sur la conduite et les classe en 3 niveaux de vigilance. L'importance de ce risque est alors matérialisée sur les boîtes des médicaments sous la forme d'un pictogramme destiné à avertir les patients.

Parmi les médicaments disposant d'un tel signal, les antalgiques de palier 2 font partie des spécialités les plus prescrites en médecine générale.

Ces médicaments sont disponibles sur prescription médicale et exigent donc un devoir d'information de la part du médecin. Cette responsabilité revêt également un caractère médico-légal qui est rappelé dans le code de déontologie et la loi du 4 mars 2002.

C'est dans ce contexte qu'a été imaginé ce travail : évaluer dans quelle mesure les médecins sont sensibilisés aux risques des antalgiques de palier 2 et identifier l'information délivrée ainsi que les difficultés rencontrées dans ce type de prescription.

1.2 Rappel sur les antalgiques de palier 2.

1.2.1 Importance de la douleur en consultation de médecine générale.

La douleur est un des principaux motifs de consultation en médecine générale ; en effet 40% des consultations relevées par l'Observatoire de la Médecine Générale¹ comporteraient une plainte douloureuse.

Ce dernier établit le Dictionnaire des Résultats de Consultation®. En 2009 la lombalgie se situe au 8^{ème} rang des motifs de consultation et la douleur non caractéristique au 14^{ème}(3).

Ceci explique la fréquence de prescription des antalgiques et l'intérêt de notre étude.

1.2.2 Classification des antalgiques selon l'OMS.

Le traitement de la douleur est complexe ; dans un premier temps il fait appel aux 3 paliers d'antalgie décrits par l'OMS.

¹ www.sfm.org

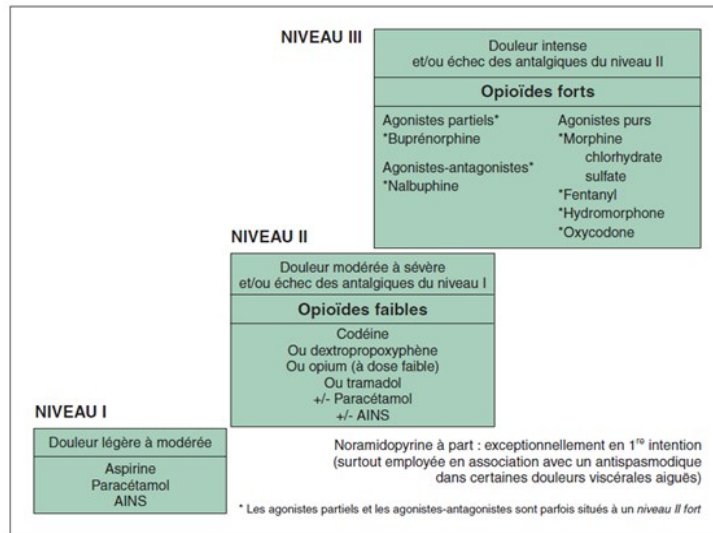


Figure 1. Traitements selon la classification en niveau de l'OMS 2000

Il faut noter que le dextropropoxyphène avec ou sans association avec le paracétamol a été retiré du marché en 2011.

Des co-antalgiques peuvent également être associés à chaque palier afin d'accroître l'efficacité des antalgiques. Ce sont essentiellement les anti-épileptiques, les antidépresseurs tricycliques, les myorelaxants, les spasmolytiques, les corticoïdes...

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons aux antalgiques de palier 2 qui représentent les antalgiques considérés comme à risque pour la conduite les plus prescrits.

1.2.2.1 Place dans les prescriptions.

- *résultats d'études :*

Selon une étude menée par la Société Française de Médecine Générale sur la prescription des antalgiques de palier 2 en médecine générale entre 2007 et 2009, le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une telle prescription est d'environ 10% (11% en 2008 ; 10.1% en 2009). De même, il ressort que si la part des antalgiques de palier 2 (2.3% en moyenne) prescrite est restée stable, on assiste à une augmentation des prescriptions de

l'association paracétamol/codéine et paracétamol/tramadol de 5.1 et 4.6% ainsi que de celle du tramadol seul et de la lamaline de 1.3% chacun. Cette augmentation s'explique par la compensation de la baisse de prescription de l'association dextropropoxyphène/paracétamol de 12.6% suite à l'annonce de son prochain retrait ⁽⁴⁾.

Par ailleurs, cette hausse n'est pas une spécificité française, plusieurs études confirment une augmentation de la prescription d'opioïdes en Australie ⁽⁵⁾ et dans de nombreux autres pays (Danemark, Suisse, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suède, Etats-unis, Nouvelle Zélande, Canada et Israël) ⁽⁶⁾.

- Base de données Médic'am.

Le document Medic'am 2008-2012² présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés par le Régime général (en métropole et hors Sections Locales Mutualistes) durant les années 2008 à 2012. On y trouve le nombre de prescriptions remboursées de toutes les spécialités commercialisées. Ce document confirme la hausse de prescription des antalgiques de palier 2.

En effet, on constate une augmentation des prescriptions remboursées entre 2008 et 2012 de 49.7% pour les spécialités contenant du tramadol, de 70.7% pour celles avec de la codéine et de 80% pour la Lamaline[®]. Mais ces augmentations importantes sont secondaires à la diminution progressive de la consommation des spécialités contenant du dextropropoxyphène et à son retrait du marché en 2011.

² www.ameli.fr

- Rapports d'expertise de l'Afssaps.

Les 2 rapports d'expertise de juillet ⁽⁷⁾ et septembre 2011 ⁽⁸⁾ analysent les ventes de médicaments en France de 1999 à 2009 et en 2010. Il en ressort que les médicaments les plus vendus sur le marché officinal sont les médicaments du système nerveux central (31.7% de part de marché en 2009). Ceci est lié à la part très importante prise par les antalgiques (21.2% de part de marché en 2009 contre 14.2% en 1999). Ils font partie des médicaments dont les ventes ont le plus progressé entre 1999 et 2009 ⁽⁹⁾. De plus, parmi les 50 médicaments les plus vendus en 2010 les trois plus fréquents sont des antalgiques de palier 1, puis l'Ixprim® vient en 6^{ème} position, la Lamaline® en 12^{ème}, le Zalidar® en 39^{ème}, le Codoliprane® en 44^{ème} et le tramadol en 42^{ème} position pour les génériques.

Toutes ces données confirment bien la part importante des antalgiques de palier 2 dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

1.2.2.2 Mécanisme d'action. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

- Codéine. ⁽¹²⁾

Les propriétés antalgiques de la codéine sont liées à sa transformation, pour 10%, en morphine par le foie grâce au cytochrome P450 2D6 (CYP2D6) qui est soumis au polymorphisme génétique. On peut distinguer 4 groupes : les métaboliseurs lents (5 à 10% des caucasiens) ont une déficience enzymatique complète, les métaboliseurs intermédiaires (10 à 15%) présentent une activité enzymatique diminuée, 60 à 70% sont des bons métaboliseurs avec une activité enzymatique normale. Enfin la proportion des métaboliseurs ultra-rapides, avec une activité enzymatique accélérée, est de 1 à 10%. Cette notion est importante puisqu'elle a une implication directe sur la thérapeutique ; en effet on observera

une inefficacité chez les métaboliseurs lents du fait de l'absence de transformation de la codéine en morphine, par contre chez les métaboliseurs ultra rapides on risque de voir apparaître une toxicité avec des effets secondaires plus importants pour des doses pourtant usuelles de codéine.

Enfin la codéine a une puissance d'action entre 5 et 10 fois plus faible que celle de la morphine.

- Tramadol. ⁽¹³⁾

C'est un antalgique central à double action : c'est un opioïde faible qui interagit avec les récepteurs μ après transformation hépatique selon un mécanisme voisin de celui de la codéine. Mais il possède également un effet monoaminergique par inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. En cas d'activité altérée du CYP2D6, il exerce son action antalgique par l'activation des voies monoaminergiques. Des accidents ont aussi été décrits avec le tramadol chez des sujets métaboliseurs rapides.⁽¹⁴⁾

1.2.2.3 Pharmacocinétique.

	Biodisponibilité (%)	Délai de concentration maximale (h)	Demi-vie (h)	Durée d'analgésie (h)	Ratio d'équianalgésie avec la codéine
Codéine	40 (12-84)	1-2	2.5-3.5	4-5	1
Dihydrocodéine	20	1.6-1.8	3.5-4.5	3-4	4/3
Tramadol	70	2	6	4-6	2

Figure 2 : Pharmacocinétique des principaux antalgiques de palier 2. D'après ⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾

1.2.2.4 Principaux effets secondaires ⁽¹¹⁾⁽¹⁵⁾

- Codéine.

Ce sont principalement les troubles digestifs (avec la constipation, nausées, vomissements) et les troubles neurologiques (notamment somnolence et vertiges mais aussi euphorie, dysphorie). On peut observer aussi une rétention urinaire, un myosis, un bronchospasme ou une dépression respiratoire ainsi qu'un syndrome douloureux abdominal aigu évocateur d'un spasme du sphincter d'Oddi. Il existe aussi en cas d'utilisation prolongée ou aux doses supratherapeutiques un risque de dépendance et un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal.

- Tramadol.

Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont les nausées et les vertiges qui concernent plus de 10% des patients. Des atteintes digestives ont été observées sous forme de constipation et de vomissements. Des troubles du système nerveux sont régulièrement observés : céphalées, somnolence et, plus rarement, des convulsions. La survenue de ces dernières est favorisée par l'administration de doses élevées ou la coprescription de produits abaissant le seuil épileptogène. Ont été également rapportés des troubles neuropsychiques à type de confusion, hallucinations voire délires, troubles du sommeil... Comme pour la codéine, il existe un risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt. Une liste plus exhaustive des effets secondaires potentiels peut se trouver dans le Vidal® ou le RCP des médicaments.

- Lamaline.

Les principaux effets secondaires de la poudre d'opium sont la constipation et la somnolence.

Pour conclure, la fréquence et la diversité des effets secondaires neurologiques induits par ces médicaments renforcent l'hypothèse selon laquelle la prise d'antalgique de palier 2 influe sur les capacités de conduite des patients.

1.3 La conduite et ses risques :

1.3.1 L'accidentologie en chiffre.

Malgré une baisse de la mortalité de 8% et du nombre de blessés de 6.9% en 2012 par rapport à 2011, le nombre de victimes de la route reste très important : 3645 personnes tuées et 75636 blessées d'après l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (OSNIR)⁽¹⁶⁾. Comprendre et lutter contre les facteurs pouvant influencer l'aptitude à conduire est un élément fondamental : 9 accidents mortels sur 10 étant imputables au conducteur selon le site gouvernemental de la sécurité routière³.

Parmi les facteurs responsables d'accident le rôle de l'alcool est bien connu. Il est la première cause de mortalité sur les routes avec un taux d'implication de 31.6% en 2012⁽¹⁶⁾; mais d'autres comportements de l'homme tels que la conduite en état de fatigue, la vitesse, la consommation de substances psychoactives et de médicaments représentent des facteurs non négligeables mais surtout évitables de mortalité.

³ www.securite-routiere.gouv.fr

1.3.2 Les risques médicaux.

La conduite automobile est une tâche complexe faisant intervenir différents niveaux de performances :

- Sensoriel et sensitif : la réception des messages de l'environnement par le conducteur nécessite un niveau suffisant de perception, d'attention et de vigilance.
- Décisionnel : avec mise en jeu des différentes mémoires, du raisonnement logique et du jugement.
- Effecteur : constitué par le système nerveux périphérique, les muscles et le système ostéo-articulaire, nécessitant une bonne coordination sensitivo-motrice.

Ainsi, la conduite automobile est le résultat d'une équation entre les performances exigées par les conditions de circulation et celles disponibles du conducteur. Ces dernières sont variables selon le degré de concentration ou de fatigue, l'absorption de d'alcool ou de médicaments mais aussi selon des facteurs « intrinsèques » au patient.

En effet, certaines pathologies, chroniques ou intercurrentes, peuvent porter atteinte aux capacités des patients et font l'objet de contre-indications médicales à la conduite. La liste de ces affections médicales a été fixée par un arrêté du 31 août 2010 ⁽¹⁷⁾ remplaçant celui du 21 décembre 2005 ⁽¹⁸⁾⁴.

Le document « le médecin et son patient conducteur » ⁽¹⁹⁾ édité en 2006 reprend ces contre-indications et propose des recommandations aux médecins afin de les guider dans cette prise en charge souvent délicate. Un autre fascicule « Pour une conduite adaptée à sa

⁴ www.legifrance.gouv.fr

santé. Médecins : quel est votre rôle ? » diffusé aux médecins le 15 octobre 2012 a cette même vocation ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

1.3.3 Les risques médicamenteux.

1.3.3.1 Etude Césir A.

En 2010, l'étude CESIR-A ⁽²⁾⁽¹⁾ avait pour objectif d'étudier le risque d'accidents de la route liés aux médicaments. Elle conclut que 3.3% d'entre eux leur sont attribuables et les principaux mis en cause sont les traitements agissant sur le système nerveux central.

De nombreuses études ont déjà été effectuées concernant l'effet de certaines classes thérapeutiques sur la vigilance et la conduite. Si l'effet néfaste des psychotropes, essentiellement les benzodiazépines ⁽²²⁻²⁷⁾, a bien été mis en évidence, les résultats des études sont plus contradictoires concernant les opiacés.

1.3.3.2 Risques liés aux opioïdes.

Certaines études établissent une corrélation entre le risque d'accident et la prise d'opioïdes ⁽¹²⁾⁽²⁵⁾⁽²⁸⁻³⁷⁾; la plupart note un effet dose-dépendant particulièrement présent en début de traitement ou lors d'une prescription aiguë. Quelques unes affirment que l'association des opioïdes avec d'autres médicaments (notamment les psychotropes) majore le risque ⁽³⁷⁾⁽²⁹⁾.

Cependant, ce constat n'est pas partagé par la grande majorité des publications qui ne retrouvent pas de diminution des capacités psychomotrices après prise d'opioïdes. ⁽³⁷⁻⁵¹⁾

1.3.3.3 Implication des opiacés dans l'accidentologie mondiale.

Nous l'avons vu, les traitements antalgiques ne semblent pas dénués d'effet sur la vigilance et, par conséquent, sur la conduite. L'étude de la littérature nous le confirme :

- Une étude française de 1998 a mis en évidence la présence d'opiacés chez 10.5% des conducteurs accidentés ⁽⁵²⁾.

- Une publication norvégienne indique que les substances les plus retrouvées chez les conducteurs arrêtés pour suspicion de conduite sous l'influence de drogues sont le cannabis, les amphétamines, les benzodiazépines et les opioïdes ; elle montre aussi la fréquente association des substances chez un même conducteur retrouvée dans plus de 60% des cas. ⁽⁵³⁾

- D'autres études chez des conducteurs accidentés retrouvent la présence d'opiacés chez 19% ⁽⁵⁴⁾ des sujets aux Pays-Bas et chez 5.5% en Belgique ⁽⁵⁵⁾.

- Une étude australienne publiée en 2003 ⁽⁵⁶⁾ dont le but était de déterminer l'incidence de différentes substances chez des conducteurs tués dans un accident révèle la présence d'opioïdes dans 4.9% des cas. Elle note aussi l'augmentation de ce chiffre au fil des ans (3.4% de 1990 à 1993 et 6.6% de 1997 à 1999) et confirme la tendance à l'association de substances dans 65% des cas (en particulier l'association avec les benzodiazépines dans 34% des cas).

- Une autre publication, plus récente, a été réalisée sur les conducteurs accidentés et transportés dans les centres de traumatologie australiens. Les substances les plus fréquemment retrouvées sont identiques à celles décrites dans l'étude norvégienne et les opioïdes sont présents dans 11% des cas ⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾.

Toutefois, ces chiffres sont à modérer : ces études ont porté sur les opioïdes en général, dont les antalgiques de palier 2. L'analyse de la littérature n'ayant permis de retrouver que très peu d'études s'intéressant uniquement à cette classe. ^(28,29,46)

1.3.4 Mise en garde du patient

Pour avertir les patients, la notion de « risque lié à la conduite ou l'utilisation d'engins » est mentionnée sur la notice des médicaments. Par ailleurs, depuis 1999, un pictogramme est apposé sur le conditionnement externe des médicaments ; depuis 2005, par l'arrêté ministériel du 18 juillet ⁽⁵⁹⁾ (modifié le 8 août 2008 ⁽⁶⁰⁾⁵), ce pictogramme a été remplacé par 3 pictogrammes de couleur différente matérialisant le risque pour la conduite automobile :



Figure 3 : Représentation des différents pictogrammes

Les antalgiques de palier 2 sont classés en niveau 2.

⁵ www.legifrance.gouv.fr

1.4 Rôle du médecin généraliste

1.4.1 Sensibilisation des médecins au problème de la conduite et des médicaments.

En 2003, le ministère de la santé a chargé l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) d'élaborer une classification des médicaments susceptibles d'altérer les capacités de conduite. Le risque a été classé en 3 niveaux et matérialisé sur le conditionnement des médicaments concernés par le pictogramme décrit précédemment. A noter l'arrivée d'un nouveau pictogramme européen d'ici la fin de l'année 2013.

Ce travail a abouti à la création du fascicule « médicaments et conduite automobile » distribué aux médecins à partir de 2005. L'objectif étant de les sensibiliser à ce risque pour qu'ils puissent en informer les patients lors de la prescription. Ce fascicule a été réactualisé en 2009. ⁽⁶¹⁾

Il répertorie un grand nombre de médicaments de classes thérapeutiques diverses : près d'une spécialité sur 3 est concernée. On comprend donc aisément la nécessité d'outils d'aide à la prescription et à l'information tels que le pictogramme, le Résumé des Caractéristiques du Produit ou le Vidal®. Ils permettent ainsi de sensibiliser le patient comme le médecin, assistant ce dernier dans sa prescription et son devoir d'information.

1.4.2 Rôle de prescription.

Aucune prescription n'est anodine, il existe toujours un risque de survenue d'effets indésirables de gravités diverses.

Selon l'article 8 du code de déontologie médicale⁶ « le médecin [...] doit [...] limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ».

Avant chaque prescription le médecin doit donc étudier le rapport bénéfice/risque. Il peut alors être confronté à un dilemme. D'une part, le souhait de répondre positivement à la demande, parfois insistante, de son patient de le soulager ; et, d'autre part, ne pas lui prescrire un médicament qui pourrait être mal toléré ou occasionner des effets secondaires graves. Pour faire son choix, il est nécessaire de prendre en compte une multitude d'informations, notamment au sujet du patient : tels que ses antécédents, ses traitements, ses allergies éventuelles, ses expériences précédentes avec ce type de thérapeutique. Il doit également se renseigner sur son mode de vie afin de vérifier la compatibilité des médicaments envisagés. Au-delà de la simple ordonnance, il est donc indispensable d'établir une bonne relation médecin-patient basée sur une communication de qualité afin de disposer de toutes les informations nécessaires à une prescription avec un minimum de risque. Par ailleurs une bonne communication est nécessaire à une éducation thérapeutique efficace, gage d'une bonne observance du traitement avec pour objectif final de limiter la survenue « d'accident ».

1.4.3 Devoir médico-légal d'information.

Il existe une asymétrie de connaissances entre le patient et le médecin prescripteur, entraînant donc un devoir d'information de ce dernier. Il revêt un caractère déontologique mais aussi médico-légal.

⁶ www.conseil-national.medecin.fr

Donner une information sur les risques potentiels d'un traitement est un devoir juridique régi par l'article 35 du code de déontologie : « le médecin doit à la personne qu'il soigne une information loyale, claire et appropriée ». L'arrêté du 7 octobre 1998 prononcé par la cour de cassation donne au médecin une obligation d'informer de manière exhaustive son patient.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 ⁽⁶²⁾ précise que « l'information porte sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles » mais elle ne remet pas en cause la jurisprudence de la cour de cassation sur les risques exceptionnels et l'information qui doit être donnée à leur propos.

La multitude d'effets secondaires possibles lors d'une prescription explique que les médecins ne puissent, ou ne veuillent, pas être exhaustifs dans leur information (par manque de temps, peur de décourager le patient ou d'induire un effet nocebo...).

A propos des risques liés à la conduite, les contraintes sociales et l'importance de la voiture dans la vie quotidienne, facteur d'indépendance pour de nombreuses personnes, rendent le dialogue et l'application des mesures de précautions difficiles.

Peut-on imaginer un médecin poursuivi pour défaut d'information en cas d'accident de la voie publique ? Dans le contexte actuel tout n'est-il pas imaginable ? Peut-être existe-t-il ici un risque médico-légal dont les généralistes n'ont, à l'heure actuelle, pas conscience ?

1.5 Objectifs de l'étude.

Cette étude vise à décrire l'information délivrée au patient concernant la prescription d'antalgiques de palier 2, notamment les risques liés à la conduite : comment est-elle communiquée ? Quels en sont les freins et les moteurs ?

Nous essaierons également :

- d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription,

- de préciser le ressenti des médecins concernant les antalgiques de palier 2, afin de voir s'ils sont sensibilisés à leurs risques aussi bien cliniques que médico-légaux.

Pour trouver des éléments de réponse, nous avons rencontré différents médecins généralistes afin de comprendre leurs opinions et d'analyser leurs comportements de prescription.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Recherche bibliographique.

La recherche documentaire a été réalisée avec la base de données Pubmed® et le moteur de recherche Google scholar®. Certains articles ont pu être téléchargés grâce au site de la bibliothèque universitaire de Nice⁷. Des thèses universitaires de confrères ont également pu être consultées par le biais de la bibliothèque inter universitaire de Paris Descartes⁸. Les mots clés utilisés pour ces recherches étaient : « car crashes », « car accident », « driving », « opioïds », « tramadol », « codeine », « antalgiques de palier 2 ». Ces documents ont été référencés et organisés à l'aide du logiciel Zotero®.

2.2 Type d'étude.

Le but de cette étude étant de comprendre un comportement, notre choix s'est porté sur une étude inductive de type qualitative ⁽⁶³⁾, descriptive. La perspective est interprétativiste car le point de vue choisi est celui de n'avoir aucun préjugé quant aux données recueillies.

L'objectif de ce type d'étude est la compréhension et l'interprétation de phénomènes et d'évènements dans leur milieu naturel. Contrairement à la méthode quantitative, dont l'objectif est de tester des hypothèses, la recherche qualitative est une méthode inductive, dont l'objectif est de créer des hypothèses à partir d'éléments complexes, difficiles à mesurer.

⁷ bibliotheque.unice.fr

⁸ www.bium.univ-paris5.fr

2.3 Méthode de recueil des données.

Avec un sujet portant sur la prescription et l'information médicale nous avons choisi d'interviewer des médecins généralistes dans leur cabinet, au cours d'entretiens individuels les remettant volontiers dans leur contexte de consultation. Ceci a eu l'avantage de replacer le médecin dans la relation médecin-malade qui était en partie explorée.

La méthode qui nous a semblé la plus adaptée à cette recherche est celle des entretiens semi-dirigés. Leur but est d'aborder, sur un mode proche de la conversation, des thèmes généraux permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène étudié.

Les entretiens semi-dirigés sont structurés par un guide d'entretien composé de questions ouvertes qui permettent d'introduire les différents thèmes de discussion, stimulant ainsi la réflexion. L'intervenant s'adapte à l'interviewé et explore les pistes évoquées quitte à s'éloigner du guide d'entretien. Ce dernier est donc évolutif, amené à être modifié par les résultats induits par l'analyse contemporaine des données déjà recueillies, afin de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion. Ce guide, consultable en annexe 1, a été conçu avec l'aide de mon directeur de thèse et d'un médecin du département de santé publique de la faculté. Il n'a pas fait l'objet de test préalable mais a été enrichi au fil des interviews.

Les premières questions de ce guide visent à décrire le cadre d'exercice et les caractéristiques socio-démographiques du médecin interrogé. Le premier thème abordé est celui de la prescription des antalgiques de palier 2 en général. Afin de déterminer si la notion de conduite automobile était évoquée spontanément par les interviewés, nous avons choisi de n'aborder ce sujet qu'en seconde partie d'entretien. Enfin, les dernières parties du questionnaire font allusion au cadre juridique et à la formation des médecins.

La réalisation des entretiens a eu lieu de décembre 2012 à juillet 2013.

2.4 Recrutement des médecins.

Contrairement à une étude quantitative, l'objectif d'une enquête qualitative n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée, mais de constituer un échantillon permettant la compréhension de comportements.

Nous avons ainsi contacté des médecins généralistes exerçant dans les départements des Alpes-Maritimes et du Var. Nous avons choisi un échantillon varié de médecins afin de diversifier au maximum les témoignages. Plusieurs sources ont été utilisées pour constituer cet échantillon. La plupart des praticiens avaient été rencontrés lors de remplacements en médecine générale. D'autres ont été conseillés par mon directeur de thèse ou les médecins interviewés. Ils nous ont orientés vers des praticiens qui, a priori, étaient sensibilisés à la problématique qui nous intéressait. Leurs propos étaient donc susceptibles d'être plus informatifs. Ces médecins ont été contactés par téléphone, un seul a refusé de participer à notre étude, prétextant un manque de temps.

Les médecins répondant de manière positive étaient recontactés par la suite et une date était fixée à leur cabinet, pour un entretien d'environ 30 minutes. Les médecins ont été interrogés un par un et les résultats analysés au fur et à mesure des entretiens. La saturation des données (moment où un nouvel entretien n'apporte plus d'élément nouveau) a permis de déterminer le nombre d'entretiens requis, et un ultime entretien a été réalisé dans le but de vérifier cette saturation.

2.5 Analyse des données.

Avec l'accord des médecins, les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits informatiquement sous Microsoft Office Word® *ad integrum* sous forme de verbatim.

Les verbatim ont été analysés par approche herméneutique par théorisation ancrée, avec le support électronique du logiciel N'Vivo®. La démarche était inductivo-déductive, c'est-à-dire que l'interprétation ouverte des données est à l'origine de concepts et de théories ensuite étayés par un retour aux données et leur nouvelle analyse à la lumière des concepts déjà ébauchés.

Afin de vérifier la validité de ces résultats, ce travail a été réalisé en parallèle par le directeur de thèse et une coauteur, puis les éléments d'intérêt ainsi extraits ont été comparés et discutés afin de s'assurer de leur pertinence. Cette analyse croisée a pour but de limiter les biais d'interprétation et d'assurer la validité interne de l'étude, elle se nomme triangulation.

3 RESULTATS ET ANALYSE

3.1 Population interviewée

Sur l'ensemble des médecins contactés 1 seul a refusé de participer à l'étude. Il n'avait pas le temps pour répondre à un entretien.

La saturation des données a été atteinte après 14 entretiens, le 15^{ème} a été réalisé afin de vérifier cette saturation.

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques des médecins rencontrés.

	Age	Sexe	Cabinet	Type d'exercice	Ancienneté	Spécialisation	Maitre de stage	FMC
M1	60	H	Seul	Semi-rural	25 ans		Oui	Oui
M2	52	H	Groupe (2)	Rural	20 ans		Oui	Oui
M3	58	F	Groupe (2)	Semi-rural	26 ans		Non	Oui
M4	61	H	Groupe (3)	Urbain	36 ans		Oui	Oui
M5	58	F	Groupe (2)	Urbain	25 ans	Homéopathie, Nutrition	Oui	Oui
M6	37	H	Groupe (3)	Semi-rural	8 ans	Médecin du sport	Non	Oui
M7	61	H	Groupe (3)	Semi-rural	32 ans	CMPC	Non	Oui
M8	41	F	Groupe (2)	Urbain	6 ans		Non	Oui
M9	56	H	Groupe (2)	Urbain	21 ans		Non	Oui
M10	30	F	Groupe (3)	Urbain	3 mois		Non	Non
M11	62	H	Seul	Semi-rural	38 ans	Homéopathie, Ostéopathie, Gériatrie	Non	Oui
M12	39	F	Groupe (3)	Urbain	6 ans	Gériatrie	Non	Oui
M13	34	F	Groupe (2)	Semi-rural	6 mois		Non	Oui
M14	30	F	Remplaçante				Non	Non
M15	52	F	Groupe (3)	Urbain	15 ans		Non	Oui

CMPC= Commission Médicale des Permis de Conduire

Concernant les cabinets de groupe, le nombre de médecins est précisé entre parenthèses.

F= femme ; H= homme ; M= médecin ; FMC= formation médicale continue

Parmi les 15 médecins, 12 sont des médecins généralistes libéraux installés depuis plusieurs années. 2 sont de jeunes installées ayant fait des remplacements, l'une pendant 2 ans avant son installation, la seconde a fait des remplacements pendant 4 ans puis a été collaboratrice de 2 médecins pendant 2 ans. Le médecin remplaçant rencontré a fait des remplacements pendant 1 an puis travaille depuis quelques mois dans un SSR, son activité est orientée vers l'algologie et les soins palliatifs. Bien qu'elle ne fasse plus exclusivement de la médecine générale libérale, son témoignage se basait en grande partie sur son expérience libérale antérieure ; par ailleurs, son orientation vers l'algologie nous est apparue intéressante pour notre sujet.

Nous avons rencontré 8 femmes et 7 hommes. La moyenne d'âge des médecins est de 48.7 ans, le plus âgé a 62 ans et le plus jeune 30 ans. 14 médecins sont installés, 12 en cabinet de groupe et 2 exercent seul. Parmi les médecins installés, 7 exercent en milieu urbain, 6 en milieu semi-rural et 1 se considère en milieu rural.

Parmi les médecins, 4 sont maîtres de stage. 13 médecins font une FMC ; les 2 n'y participant pas sont les plus jeunes et ils ont affirmé vouloir s'y inscrire très prochainement.

2 des médecins ont une formation en homéopathie et avouent avoir une patientèle orientée vers cette pratique. 2 médecins ont une capacité de gériatrie et un médecin a fait parti de la Commission Médicale des Permis de Conduire, c'est-à-dire qu'il était assermenté pour faire les examens médicaux des conducteurs professionnels tous les 5 ans.

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2012 et juillet 2013. Le plus court a duré 8 minutes et 32 secondes et le plus long 1 heure et 31 minutes, soit une moyenne de 35 minutes par entretien.

3.2 Prescription.

3.2.1 Fréquence et place dans la stratégie thérapeutique.

10 des 15 médecins interrogés considèrent cette prescription comme quotidienne. 4 médecins disent en prescrire plusieurs fois par semaine et 1 des médecins, plutôt orienté vers l'homéopathie, n'en prescrit que très rarement : M5 « *c'est sûr que si vous tombez la semaine où j'ai 3 cancéreux je vais leur en prescrire après j'en prescris pas* ».

Tous les médecins s'accordent sur le fait de pratiquer une **gradation selon les paliers de l'OMS** lors de la mise en route d'un traitement antalgique : M11 « *c'est-à-dire quand les antalgiques de palier 1 ne suffisent pas. Parce que j'aime bien faire la gradation thérapeutique* », M12 « *Je commence toujours par un palier 1 notamment paracétamol et je réévalue* ». Néanmoins 7 médecins déclarent spontanément prescrire parfois des antalgiques de palier 2 en première intention selon l'intensité de la douleur : M9 « *Elle vient quand même en deuxième position sauf douleur intense ; il m'est arrivé hier par exemple sur une douleur relativement intense de prescrire d'emblée une association paracétamol-codéine* », M13 « *ou alors en prescription immédiate sur des traumatismes assez importants comme des fractures de côtes...* ».

3.2.2 Problèmes rencontrés par les médecins.

3.2.2.1 Effets secondaires.

- Intolérance :

Nous avons demandé aux médecins quels étaient les principaux problèmes qu'ils rencontraient lors de cette prescription et la mauvaise tolérance a été citée par 11 médecins : M11 « *Alors le problème numéro 1 c'est, chez la personne âgée, la mauvaise tolérance* »,

M2 « *C'est surtout par rapport à ces problèmes d'intolérance...* ». Intolérance qui se traduit selon les médecins essentiellement par des effets secondaires invalidants surtout neuropsychiques et digestifs.

- Effets neuropsychologiques :

Ils sont essentiellement représentés par une **baisse de vigilance** ou une **somnolence**, citée par 11 médecins : **M8** «*Mais c'est vrai que c'est quelque chose les troubles de la vigilance qui est quand même assez récurrent quoi* », **M2** « *on a un problème de vigilance souvent avec les paliers 2* », **M7** « *je me méfie beaucoup aussi des effets de somnolence, d'attention au volant, bon ça c'est sûr hein* ».

Ensuite, les **vertiges** ont été cités par 9 médecins : **M5** « *Ah ben ils ont des vertiges, ils se sentent complètement... Ils sont plus eux-mêmes* », **M6** « *C'est surtout les nausées,... euh... sensation de vertige, étourdissement tout ça...* ». 4 médecins ont parlé de **confusion** voire d'**hallucinations**, essentiellement liées au tramadol : **M11** « *puis de trouble de l'idéation, de trouble... des facteurs de désorientation, des fois des délires carrément, ça m'est arrivé plusieurs fois ils pètent complètement les plombs hein. Ils savent plus où ils sont, ils sont complètement désorientés* », **M4** « *je l'ai donné à ma coiffeuse et elle a eu des hallucinations aigües avec le tramadol, elle a déliré pendant quelques heures ça m'a assez impressionné...* », **M5** « *chez une personne âgée et qui était dans un tel état de confusion* ». Enfin les **maaises** ont été cités par 4 sources : **M1** « *j'ai eu 2, 3 mauvaises expériences avec le tramadol [...] des gens qui ont perdu connaissance carrément avec le tramadol* ».

- Effets digestifs :

Tous les médecins, hormis 1, ont cité les troubles digestifs. La **constipation** et les **nausées ou vomissements** ont été cités respectivement par 9 et 8 médecins : **M12** « *ce que je crains le plus je dirais par expérience de personnes ça va être la constipation [...] des fois juste avec du doliprane codéiné on peut arriver à des fécalomes auxquels on n'aurait pas pensé chez des gens jeunes* », **M9** « *La constipation ça j'y pense d'emblée dès que je mets en route un traitement un peu longue durée je prescris un laxatif* », « *c'est surtout les nausées et vomissements qui posent problème ; c'est vraiment ça...* ». Il faut noter que 5 médecins ont spontanément attribué les troubles digestifs, surtout la constipation, comme essentiellement liés à la codéine. Un des médecins attribue principalement les nausées et vomissements à l'utilisation du tramadol.

Enfin, 1 seul médecin a évoqué la codéine comme pouvant être responsable **d'algies abdominales** : **M11** « *euh... la codéine aussi sur les algies abdominales, bon ça c'est connu, sur les gens qui ont des coliques néphrétiques ou hépatiques c'est pas tellement indiqué même pas du tout. Euh... la constipation aussi, là j'en ai eu, plusieurs...* ».

- Autres effets secondaires :

Un des médecins a évoqué des possibles effets secondaires urinaires et ophtalmologiques selon les antécédents du patient : **M8** « *on parle de tous hein... de... aussi bien d'adénome de prostate, glaucome, patin couffin...* ».

Un autre aborde aussi les difficultés d'utilisation de la codéine chez certains patients à cause de ses effets bronchiques potentiels : **M11** « *il y a des complications liées à la toux,*

par exemple si c'est des gens qui ont une pathologie bronchique associée... je suis toujours très réticent à cause des paralysies ciliaires qui sont associées à ça ».

- Phénomène de tolérance.

Si ces effets secondaires peuvent être un frein à la prescription, la majorité des médecins s'accorde pour dire que ces effets surviennent particulièrement à l'instauration du traitement et diminuent rapidement avec le temps évoquant un phénomène de tolérance : **M7** « *Un traitement auquel on est bien habitué dont les effets secondaires se sont atténués, sont partis on n'est peut être pas... les gens ont adapté leur conduite [...] Ce qui est dangereux c'est l'initialisation d'un nouveau traitement sans savoir comment le patient va réagir, ça oui* », **M9** « *Je pense que les effets secondaires s'atténuent avec le temps euh... il y a une accoutumance de toute façon aux morphiniques donc euh... les effets diminuent mais les effets secondaires aussi quand ils le prennent au long cours* ».

Si cette tolérance se traduit par une diminution des effets secondaires, 3 médecins ont aussi évoqué une baisse d'efficacité : **M14** « *je ne suis pas sûre de leur efficacité au long cours* », **M8** « *il y a des échappements thérapeutiques effectivement où au bout d'un moment ils te disent le dicodin me fait plus rien ou le tramadol me fait plus rien donc là on passe à autre chose* ».

3.2.2.2 Les allergies.

Les problèmes d'allergie ont été rapportés par 2 médecins et concernent la codéine, l'un d'entre eux est d'ailleurs allergique à cette molécule : **M15** « *les allergies notamment à la codéine...Moi ce que j'ai fait, un oedeme de Quincke il y a 20 ans donc heu... Mais depuis que je suis installée j'ai vu une fois un oedeme de Quincke avec de la codéine sinon c'est des*

rashs cutanés simplement ». Le second médecin évoque des allergies relatées par les patients : **M8** « *J'ai beaucoup de gens qui se disent allergiques aussi. Alors allergiques comment ? ... alors si ce sont des allergies vraies j'en sais rien c'est invérifiable hein... Parce qu'à partir du moment où ils te disent qu'ils sont allergiques tu peux pas réintroduire* ».

3.2.2.3 La dépendance.

5 médecins abordent ce sujet. Si l'un d'entre eux ne semble pas convaincu de ce risque : **M11** « *le tramadol ... à tort ou à raison ça me semble moins sujet à une accoutumance... je sais pas si c'est vrai, j'ai pas approfondi le débat* », les 4 autres semblent assez sensibilisés et prudents concernant ce problème : **M5** « *moi je vois je renouvelais des ordonnances j'avais beau dire au patient mais avec ça vous allez tomber comme une mouche... mais bon... et puis ils étaient dépendants* », **M7** « *bon puis la dépendance, à un moment donné quand ça fait un moment qu'ils en prennent ils sont dépendants...* », **M9** « *je les avertis qu'il y a pour la codéine très peu de risque de dépendance, le tramadol je les avertis de ça, j'ai eu des cas de dépendance avec le tramadol donc euh les gens qui ont tendance aux addictions méfiance avec le tramadol* ».

3.2.3 Critères de choix.

Nous avons essayé de déterminer sur quels critères se basaient les médecins pour guider leur prescription.

3.2.3.1 Selon le médicament.

- **Choix limité.**

2 des médecins interrogés ont cité le fait que le choix était finalement très restreint : **M12** « *Ben vu qu'on n'a pas un grand choix au niveau de la douleur... (rires). Après le palier 1*

on a le palier 2 où il y a les 3 que tu as cité », M9 « il y en a pas tant que ça, il y a finalement 2 produits ».

2 autres médecins ont indirectement confirmé ceci en évoquant le retrait du dextropropoxyphène : M7 « *Di antalvic d'ailleurs ça a été supprimé ça c'était une erreur terrible parce nous ça... propofan/di-antalvic c'était efficace, bien supporté ; là on l'a pas remplacé que ce soit ixprim, zaldiar ou les deux associés, on n'a pas remplacé ; ça marche ou ça marche pas, on a les effets secondaires ou pas quoi...* », M6 « *à l'époque je me posais moins la question et à l'arrêt du Di-antalvic il a fallu choisir et là j'ai un peu plus fait attention et j'ai un peu éliminé le tramadol ».*

- La codéine.

6 médecins avouent être gênés par les effets secondaires de la codéine : M8 « *C'est vrai que l'effergal codéine, le dafalgan codéiné les gens se plaignent souvent de nausées, constipation etc* », M5 « *Parce que je trouve qu'il y a une tranche de population qui ne le supporte pas et j'ai toujours un peu d'appréhension ».*

Un des médecins avoue l'utiliser en priorité car c'est celui recommandé par la revue Prescrire® : M2 « *Parce que prescrire en dit que le palier 2 de référence c'est paracetamol/codéine ».*

Un autre estime qu'elle est mieux tolérée que le tramadol et plus efficace que la Lamaline® : M6 « *Euh, la prise est agréable, le dafalgan codéiné c'est efficace et c'est mieux toléré que tout ce qui contient du tramadol... Et je pense que c'est un peu plus efficace que la lamaline® ».*

Un troisième préfère la codéine à libération prolongée (Dicodin®) car il trouve que la forme LP permet de diminuer les effets secondaires et qu'elle est mieux tolérée que les autres médicaments à base de tramadol : **M8** « *On fait beaucoup de dicodin, beaucoup de choses à libération prolongée en fait. Ben c'est mieux toléré je pense [...] bon après c'est un avis personnel mais je trouve que tout ce qui est exprimé etc c'est pas super bien toléré [...] on a moins de retour si tu veux sur les effets secondaires avec les choses comme le dicodin qui sont des codéines à libération prolongée...* »

Un des médecins met en avant sa maniabilité, permettant une augmentation progressive des doses : **M12** « *La manière de le manier, par exemple quelqu'un qui est sous doliprane à 3-4 grammes par jour, avant de passer à de la codéine pure toute la journée je vais par exemple dire de prendre du paracétamol codéine le matin et de prendre du paracétamol seul le midi et le soir pour éviter justement les effets secondaires alors je vais commencer doucement...* »

- Le tramadol.

La mauvaise tolérance du tramadol a été évoquée par 10 médecins : **M2** « *le tramadol c'est ou très bien toléré et très efficace ou pas toléré... et on a quand même beaucoup plus de soucis de tolérance avec le tramadol qu'avec la codéine...* », **M6** « *1 sur 3 j'ai l'impression qui tolère très mal le tramadol donc... quand c'est instauré je le laisse ... Sinon moi j'instaure rarement le tramadol* », **M7** « *et malheureusement euh notamment le tramadol, 1 fois sur 2 c'est mal supporté quoi...* ».

3 médecins ont spontanément évoqué une meilleure efficacité du tramadol par rapport aux autres molécules : **M11** « *le tramadol m'a paru quand même globalement plus efficace sur les douleurs* », **M12** « *le tramadol est plus fort j'aurais tendance à dire...* ».

5 médecins ont mis en avant sa maniabilité du fait de l'existence de nombreuses formes différentes, notamment à libération prolongée, permettant une meilleure tolérance, et de nombreux dosages : **M14** « *J'utilise très souvent le tramadol : d'abord parce qu'il est facile à adapter avec beaucoup de posologies différentes pour bien titrer la douleur* », **M7** « *Chez les personnes âgées j'aime bien commencer par le contramal en gouttes buvables [...] ça permet de tester quoi... De voir s'ils ont pas trop d'effets secondaires et après en montant les doses on peut arriver à l'effet antalgique* », **M9** « *Les formes à libération prolongée peuvent être intéressantes, il y a moins d'effets secondaires que [...] le tramadol il a beaucoup de formes à libération prolongée dont une faiblement dosée* ».

Un des médecins a évoqué son double mécanisme d'action : **M9** « *Alors le tramadol il a un effet particulier, c'est pas seulement un morphinique, il a aussi un effet de type antidépresseur et il y a des gens qui sont très très stimulés par le tramadol ; j'ai même certains patients qui l'utilisent comme dopant. Ils prennent leur tramadol le matin pour démarrer la journée... le tramadol on ne sait pas ce qu'on va trouver, il y a des gens qui vont être KO, ils vomissent tripes et boyaux ils sont endormis et d'autres qui sont facilement stimulés qui se sentent beaucoup mieux et qui supportent très bien. Le tramadol chez les sujets jeunes on peut essayer euh... on peut vraiment avoir un effet bénéfique* ».

Enfin un des médecins a émis une réserve sur le fait que le tramadol est encore une molécule assez récente sur laquelle il n'y a encore que peu de recul : **M11** « *en général j'attends un peu avant de prescrire de nouveaux médicaments que ça ait décané avec tous les accidents thérapeutiques multiples et variés qu'on a eu dans le passé avec des tas de molécules et on connaît les conséquences funestes des dernières, donc je suis toujours relativement prudent* ».

- La Lamaline®.

Selon 6 médecins la lamaline® serait le mieux toléré des antalgiques de palier 2 mais aussi le moins efficace : **M12** « avec la lamaline j'ai l'impression, par retour, qu'il y a moins d'effets secondaires qu'avec le tramadol et la codéine », **M9** « la lamaline, qui est plus légère, moins fortement dosée, qui a moins d'effet ; je pense que ça peut être un intermédiaire avant de passer à des produits vraiment efficaces ».

2 médecins mettent l'accent sur le fait que cette spécialité est la seule des paliers 2 à avoir une forme suppositoire : **M8** « tu as des gens qui préfèrent les médicaments sous forme de suppo [...] ils ont l'impression que c'est plus efficace [...] On est très à l'écoute de nos patients en fait ».

3 médecins ont tendance à prescrire plus facilement la Lamaline® chez les sujets âgés : **M9** « ça peut être les cas, la personne âgée, où je prescris la lamaline ».

Enfin un des médecins avoue ne pas croire à l'efficacité de la Lamaline® mais le prescrire le plus souvent à la demande des patients : **M14** « j'ai pas mal de patients qui me demandent de la lamaline [...] je comprends pas trop en quoi ça peut être plus efficace... La lamaline j'ai l'impression... que c'est surtout l'effet placebo qui fonctionne ».

- Détournement des effets secondaires.

3 médecins disent se servir des effets secondaires des médicaments pour soulager le patient, notamment la somnolence : **M14** « la codéine ensuque beaucoup, et a finalement pas mal d'effets indésirables. Je l'utilise surtout pour son effet antitussif en fait, ou le soir au coucher pour les douleurs avec recrudescence nocturne, chez les patients avec des insomnies. En fait j'utilise beaucoup ses effets indésirables finalement ! », **M8** « car il y a aussi l'effet

somnolence qui est vachement utile lors de la douleur ; les gens qui ont mal la nuit et qui dorment pas c'est vrai que la codéine ça shoot un peu c'est pas mal hein, donc ils ont aussi cette utilisation là ».

3.2.3.2 Selon le patient.

- Son âge.

5 médecins prétendent que l'âge du patient n'a pas une grande importance dans leur choix de prescription : **M10** « *Non je le prescris quand même assez volontiers même chez les personnes âgées qui ont plein de traitements je le prescris volontiers* », **M2** « *Pff non, parce que j'veux dire la douleur faut la calmer hein donc euh.... Après ben on voit, c'est sûr que pt'êtr qu'avec les gens âgés il y a plus de soucis mais... bon... enfin moi c'est pas quelque chose qui va me barrer...* »

10 des médecins admettent que la prescription chez les personnes âgées nécessite plus d'attention et de précautions : **M11** « *je suis très circonspect chez la personne âgée et j'y vais vraiment sur la pointe des pieds* », **M12** « *je vais faire plus attention aux personnes âgées en tout cas c'est sûr je vais essayer d'éviter au maximum les paliers 2 [...] les troubles neurologiques, les risques de vertiges qui sont plus importants chez la personne âgée peut-être plus fragile* ».

Parmi les facteurs inquiétant le plus les médecins la **polymédication** et le **risque d'interactions médicamenteuses** ont été cité par 7 médecins : **M12** « *on va dire que les personnes âgées ont tendance à avoir plus de médicaments que les jeunes et forcément les interactions médicamenteuses [...] donc on évite de rajouter...* », **M15** « *des interactions médicamenteuses surtout chez les personnes âgées qui sont polymédiquées* ».

2 médecins s'inquiètent du risque de confusion des traitements et d'**erreur de posologie** : **M13** *« l'association avec le paracétamol, donc les risques de surdosage avec le paracétamol ; parce que c'est beaucoup des formes associées qui ont aussi du paracétamol, et ils ont tendance à associer les deux et on arrive à des doses qui sont un peu toxiques »,* **M15** *« Des erreurs de dosage... qu'ils se trompent dans la posologie ».*

Le **risque de chute** est évoqué par 6 médecins : **M11** *« le plus dangereux à mon sens c'est les vertiges à cause du risque de chute chez la personne âgée »,* **M9** *« Je crains les chutes, le risque principal c'est le risque de chute [...] Le problème des chutes est un problème majeur chez les vieux en dehors de tout traitement et faut se méfier de tous les médicaments qui font tomber [...] qui diminuent l'attention, la vigilance ».*

Un des médecins possédant la capacité de gériatrie propose une explication pour la **mauvaise tolérance** supposée plus fréquente des traitements dans cette partie de la population : **M11** *« à la fois il faut doser l'effet antalgique et l'élimination du produit quoi parce que la plupart du temps je pense qu'il y a une accumulation du produit c'est pour ça qu'elles ont des effets secondaires. C'est rare que ce soit à la première prise mais le métabolisme est ralenti chez la personne âgée donc il y a un effet cumulatif qui s'installe et qui est souvent un peu torpide parce que ça saute pas aux yeux c'est souvent au bout de 2-3 jours que la personne a ça, qu'elle s'enfonçe progressivement et puis après elle va vomir et elle va faire un peu d'hypotension et... hop c'est parti ».*

Toutes ces craintes chez les personnes âgées expliquent le sentiment global qui ressort d'une plus grande difficulté de la prise en charge de la plainte douloureuse chez les personnes âgées : **M14** *« Mais c'est vrai que c'est compliqué les p'tits vieux : entre les insuffisants rénaux et les insuffisants hépatiques. En plus il y a pleins de co-antalgiques qu'on*

ne peut pas donner, comme les AINS. C'est plus compliqué, il faut mieux les voir souvent pour les surveiller », **M9** « Les personnes âgées souffrent beaucoup ; je pense finalement qu'on a plus de soucis avec les personnes âgées parce qu'ils ont mal beaucoup, tout le temps, ils ont ce risque de chute, ils risquent de plus manger, s'ils se mettent à vomir ils peuvent se déshydrater rapidement, je pense que c'est un plus gros souci que chez le sujet jeune. Le sujet jeune, il suffit qu'il n'ait pas d'accident ; le sujet âgé il peut rapidement basculer du mauvais côté ».

- Sa profession.

La connaissance de la profession du patient avant de décider d'une prescription semble importante pour 11 médecins : **M1** « il faut quand même savoir selon le travail qu'ils font s'ils peuvent travailler avec ces médicaments là ou non... sur des gens qui ont des travaux particuliers sur des machines dangereuses...euh... ça je fais attention », **M9** «le style de vie est important, c'est évident qu'on va pas prescrire la journée de la codéine à un patient jeune qui a un métier à risque ou qui conduit des véhicules, on peut pas lui prescrire ces produits là la journée s'il est pas arrêté ».

7 médecins ont avoué prendre plus de précautions chez les conducteurs professionnels : **M12** «je vais plus alerter les gens qui je sais conduisent beaucoup, les conducteurs d'engins, les... commerciaux. Alors tu vas me dire tout le monde conduit et peut avoir un accident, je vais peut-être être plus alertée en fonction de la profession qu'ils font », **M4** «Donc heu, à priori, moi je connais bien la typologie le type d'activité de mes patients, si c'est quelqu'un qui passe beaucoup de temps sur la route à ce moment il y aura une information plus particulière... Mais enfin en théorie on devrait le faire avec tout le monde... »

- Prise antérieure.

Tous les médecins, excepté un, se renseignent sur une éventuelle prise antérieure d'un médicament de cette classe et sur sa tolérance. Cette information les oriente souvent dans leur choix : **M2** « *l'expérience qu'ils en ont s'ils ont déjà pris ça... si avec certains ils sont très somnolents, avec d'autres moins... Bon ça, ça va orienter la prescription...* »

- Antécédents et traitement.

5 des médecins interrogés citent l'insuffisance rénale comme facteur à prendre en compte. Un des médecins recherche une notion d'addiction éventuelle, notamment drogue et alcool, ainsi que les « *polyopathologies et les contre-indications* » mais sans préciser lesquelles.

8 médecins confirment l'importance de prendre en compte les traitements en cours et insistent sur les risques de la polymédication, essentiellement chez les sujets âgés. 4 d'entre eux citent l'association aux psychotropes comme préoccupante : **M2** « *quelqu'un qui est déjà sous antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques etc etc enfin bon... on fera plus attention...* », **M9** « *faut se méfier de tous les médicaments qui font tomber, les somnifères, les morphiniques, les anxiolytiques, tous les produits qui diminuent l'attention* ».

- Souhait du patient.

Selon 4 médecins, certains patients « *sont en demande* » d'antalgiques de palier 2 si leur douleur est jugée trop intense : **M11** « *à partir du moment où les gens sont pas assez soulagés avec un palier 1, j'emploie un palier 2. Mais c'est à travers leur demande...* », **M15** « *ça me gêne pas de prescrire du tramadol ou lamaline® a quelqu'un qui a un super lumbago* ».

et qui me dit « je veux pas m'arrêter donnez moi quelque chose de très efficace rapidement », donc je prescris d'emblée un palier 2 ».

D'autres médecins disent respecter les préférences de leurs patients pour la prescription : **M8** *« Si c'est bien toléré et que ça couvre bien la douleur voilà tu vas écouter ton patient et lui donner ce qu'il a l'habitude de prendre ou ce qu'il tolère bien... On est très à l'écoute de nos patients en fait ».*

- Variabilité interindividuelle.

Même si de nombreux facteurs sont pris en compte pour assurer une prescription avec un minimum de risque, la quasi-totalité des médecins s'accorde sur le fait qu'il existe une très grande variabilité interindividuelle et qu'il est impossible de prévoir la réaction d'un patient lors d'une première prise d'antalgique de palier 2 : **M12** *« d'une personne à l'autre elle ne fonctionne pas du tout de la même manière... c'est vraiment personne-dépendante »,* **M7** *« je leur dis vu tout ce que je vous ai demandé et tout je peux pas savoir comment vous allez réagir, c'est la loi du tout ou rien »,* **M1** *« Il y a des patients qui sont beaucoup plus sensibles ».*

Un des médecins propose une explication à cette variabilité : **M13** *« Je pense qu'on est inégaux devant la tolérance... j'ai cru comprendre en lisant Prescrire qu'il y avait une... attend je vais m'engager dans un truc là... (rires)... le cytochrome, enfin il y a par exemple pour le tramadol on est ou non équipé dans le cytochrome qui permet le métabolisme du tramadol, donc il y a des gens qui sont tolérants et des gens qui sont intolérants, même à petite dose ».*

3.2.3.3 Selon la douleur.

- Intensité.

Soulager la douleur est une priorité pour 9 médecins, ils avouent ne pas hésiter à majorer ou changer rapidement le traitement s'ils estiment le niveau d'antalgie insuffisant : **M8** « *il faut qu'il y ait une efficacité assez rapide, en cas d'inefficacité on passe rapidement à autre chose quoi. Voilà... il faut absolument que la douleur soit calmée, que le patient soit calmé* », **M9** « *je pense que le soulagement est une priorité* ».

- Type de douleur.

2 des médecins ont déclaré utiliser plutôt du tramadol sur les douleurs neuropathiques : **M14** « *le tramadol qui joue sur les douleurs neuropathiques... il a une bonne efficacité sur les douleurs neuropathiques : c'est pas prouvé, tout le monde est pas d'accord, mais chez certains patients c'est magique* », **M3** « *Dès qu'on a des douleurs neuropathiques de toute façon on va donner un peu les 2 ou plutôt du tramadol que de la codéine, je sais pas pourquoi* ».

3.2.3.4 Selon le médecin.

Dans cette étude, 5 médecins ont déclaré ne pas avoir de préférence entre les traitements, 5 ont un penchant pour la codéine et 5 pour le tramadol. De nombreux critères sont pris en compte pour orienter la prescription, mais certains facteurs propres aux médecins influencent leur choix, le plus cité à été leurs **expériences antérieures** : **M1** « *j'ai eu 2, 3 mauvaises expériences avec le tramadol [...] des gens qui ont perdu connaissance carrément avec le tramadol* », **M6** « *j'ai un à priori négatif sur le tramadol donc je suis pas objectif [...] Suite à justement des mauvaises tolérances qui sont beaucoup plus fréquentes* ».

pour des patients que d'autres médicaments... », M15 « je prescris un peu de tout mais je crois que le moins c'est quand même le tramadol. Est-ce que c'est par expérience personnelle je sais pas (rires) ».

3.2.3.5 Balance bénéfice/risque.

Chaque prescription comporte des risques. Le médecin doit sans cesse remettre en question ses choix de traitements pour ne pas nuire au patient. Si cette nécessité de prendre en compte la balance bénéfice/risque a été sous-entendue par de nombreux médecins, un seul l'a citée explicitement : **M14** « *On doit aussi évaluer le rapport bénéfice/risque de ce traitement, et l'expliquer au patient* ».

3.2.4 Automédication.

Elle ne fait que rarement l'objet de précautions de la part des médecins. En majorité l'information est donnée après la prise : **M10** « *spontanément je ne vais pas les informer sur l'automédication, je vais leur dire que s'ils viennent et qu'ils se sont automédiqués et que je trouve que c'est pas tellement adapté* ».

4 médecins la redoutent. Essentiellement à cause des risques d'effets secondaires mais aussi d'interactions avec leur traitement : **M14** « *C'est presque l'automédication qui me fait le plus peur en fait : les patients gardent 15 boîtes de tout et n'importe quoi dans leurs placards, et font un peu leur propre sauce, ça peut être très dangereux. J'essaye d'insister pas mal là-dessus, et de prescrire des petites quantités, mais bon... », M11 « J'en pense pas du bien, d'ailleurs aucune automédication parce que là, bonjour les dégâts [...] Les gens font n'importe quoi de toute façon, c'est pas nouveau », M15 « ils sont pas médecins je veux dire*

ils connaissent pas euh... les relations chimiques entre les médicaments donc c'est vachement dangereux ».

3 médecins estiment que c'est une pratique assez rare dans leur patientèle: **M9** « *Les antalgiques de palier 2, je pense qu'ils sont pris en automédication chez des gens qui en ont déjà pris, c'est-à-dire qu'ils connaissent bien les effets secondaires. J'ai eu très peu de cas de gens qui ont essayé de prendre du tramadol ou de la codéine sans en avoir déjà pris parce qu'on leur en proposait, il y a quand même des notices qui sont plus inquiétantes que la réalité certainement*», **M8** « *la patientèle fidélisée nous appelle même pour la prise d'un comprimé de paracétamol, ils sont assez frileux* ».

Enfin 2 médecins avouent que parfois l'automédication permet d'avancer dans la prise en charge : **M10** « *Moi ça m'arrange bien quand ils ont essayé spontanément et qu'ils me disent « ça va, ça m'a pas rendu malade », du coup je pars sur celui qu'ils avaient à la maison et qu'ils ont essayé* », **M9** « *Moi en général je suis assez pour que les gens essaient quelque chose de pas dangereux avant de venir hein, ça m'arrange plutôt donc... j'essaie de donner des conseils pour l'automédication, à priori, dans certains cas ça peut être intéressant* ».

3.2.5 Alternatives thérapeutiques.

3.2.5.1 Limiter les prescriptions.

Les 2 médecins homéopathes insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions médicamenteuses :

M5 « *La douleur pour moi elle est un warning, le corps parle et déjà il faut le décrypter avant d'aller prendre quelque chose* », « *A ben les thérapeutiques comportementales hein j'veux*

dire, des outils mécaniques, [...] chaque cas à sa réponse [...] il y a... ben 1001 situations qui peuvent répondre de manière plus efficace à... le maux M.A.U.X qui est le mot M.O.T du corps ».

M11 *« je limite au maximum donc chaque fois que je peux utiliser autre chose [...] qui permet de réduire je le fais, il y a d'autres petits moyens autant un médicament homéopathique, il y en a pour les douleurs», « pour moi la médecine j'allais dire c'est pas seulement de mettre des lignes de traitements c'est aussi de gérer tout ce qui peut favoriser un bon état de santé, donc il y a la nutrition, l'hygiène de vie, etc... ».*

3.2.5.2 Psychothérapie.

4 médecins affirment l'importance de la prise en charge psychologique dans les pathologies douloureuses chroniques : **M14** *« Le soutien psycho, pas forcément les envoyer chez le psy direct, mais leur montrer qu'on croit à leur douleur, à son retentissement sur leur vie de tous les jours. Montrer qu'on croit au traitement que l'on met »,* **M8** *« le soutien psy dans les douleurs chroniques évidemment [...] on peut aussi utiliser les antidépresseurs sur les douleurs [...] dans les douleurs neuro on les utilise beaucoup».*

Un des médecins introduit la notion de prise en charge globale du patient : **M11** *« la médecine chinoise par exemple aborde le patient d'une manière beaucoup plus large [...] ils parlent de la nourriture, ils parlent de l'hygiène de vie, de l'exercice etc... on croit souvent que la santé se résume au corps c'est un peu limité, l'homme n'est pas qu'un corps [...] Mais le corps fait parti de l'homme. Mais en médecine c'est très peu abordé... La psychologie elle existe chez chaque malade[...] il faut pas oublier qu'il y a 80% des maladies qui sont psychosomatiques, psycho... somatiques 2 mots [...] c'est une association des 2 qui est variable d'un patient à l'autre», « j'échange avec le patient [...] ils viennent souvent pour plusieurs*

problèmes ou disons des problèmes complexes donc il faut un peu décortiquer tout ça donc ça implique un dialogue [...] on aborde les domaines de façon multifactorielle [...] pour essayer d'équilibrer la prise en charge [...] de façon à favoriser une restitution de l'état de santé globale [...] C'est à dire que je traite pas spécifiquement le problème mais l'état général de la personne et allant mieux le problème va se régler c'est ça mon mode d'approche».

3.2.5.3 Mécaniques

Dans les pathologies douloureuses, les alternatives thérapeutiques mécaniques, essentiellement la **kinésithérapie**, semblent tenir une place importante, elles ont été citées par 8 médecins : **M9** « *il peut y avoir toutes sortes de choses qui peuvent être antalgiques, au niveau ostéo-articulaire, tout ce qui est kinésithérapie, cure thermale, balnéothérapie... ces choses là peuvent être intéressantes* ».

3.2.5.4 Autres.

Les **règles hygiéno-diététiques** ont été citées par 2 médecins : **M12** « *je suis la première à me battre pour des gens qui ont des gonalgies pour leur faire perdre du poids, pour le mal de dos je leur dis qu'il faut marcher donc oui il y a des conseils hygiéno-diététiques, des conseils sur les activités physiques* ».

2 médecins utilisent l'**homéopathie**. 2 autres confient ne pas y croire mais ne pas s'y opposer si les patients leur en parlent : **M14** « *Je crois ni a la phyto ni a l'homéopathie, mais après, s'ils pensent vraiment que leurs 5ch de granophytea de pamplemousse va leur sauver la vie... ça me coute pas grand-chose* », **M8** « *je suis pas là pour leur dire ce que je pense vraiment je suis là pour leur dire pourquoi pas...* ».

L'**hypnose**, la **sophrologie** et les **aimants** ont également été cités par 1 médecin chacun.

L'**effet placebo** a été évoqué par 2 médecins : **M8** *«Je crois que toute thérapeutique donnée avec conviction peut être utile à partir du moment où c'est pas n'importe quoi »*, **M9** *« Alors moi je suis pas du tout convaincu de l'efficacité quelconque des médecines parallèles, je pense que ça n'a qu'un effet placebo qui peut être utilisé. Si les gens sont convaincus moi je suis pour ; ça m'arrive d'en proposer à visée placebo mais c'est très très rare, parce que je pense que pour qu'un placebo soit efficace il faut une conviction et j'ai du mal à mettre de la conviction là où j'en ai pas »*.

Le recours au **spécialiste** (hormis le psychiatre) a été évoqué par 1 seul médecin : **M12** *« Après si c'est des douleurs plutôt neurologiques, il va y avoir des avis de spécialistes, on va pas rester sur la douleur mais voilà, quand le tour est fait, c'est là où on parle de douleur chronique»*.

3.3 Information.

Lors de nos entretiens nous avons cherché à établir les déterminants de l'information des médecins généralistes lors de la prescription.

3.3.1 Choix du traitement.

3 des médecins interrogés disent expliquer à leur patient ce qu'est un antalgique de palier 2 et la raison de leur choix : **M12** *« Alors je leur dis qu'on passe à un palier 2 donc j'explique ce qu'est un palier 1 et ce qu'est un palier 2»*, **M9** *« on leur dit qu'on va passer à*

quelque chose de plus fort. Euh.... En leur expliquant donc qu'il y a 2 produits possibles et j'explique éventuellement les raisons de mon choix ».

3.3.2 Effets secondaires.

Tous les médecins s'accordent sur le fait qu'ils donnent une information sur les effets secondaires à leur patient, essentiellement lors d'une première prescription : **M13** « *En cas de première prescription [...] pas forcément pour la deuxième* », **M8** « *A part ceux qui ont l'habitude de le prendre à qui t'as déjà parlé de tout ça mais voilà donc là tu vas pas systématiquement le dire, ils connaissent déjà* ».

Cette information porte particulièrement sur les effets secondaires digestifs de type nausées et constipation, et neurologiques avec les vertiges et la somnolence.

Si tous les médecins affirment prévenir des principaux effets secondaires, pour 4 d'entre eux cette information est volontairement limitée : **M13** « *Rapidement sinon ils vont pas le prendre [...] Quand j'estime qu'il faut vraiment le prendre je vais pas être trop... je les préviens quand même qu'ils peuvent avoir des nausées, des étourdissements... et qu'il faut faire attention, c'est tout* », **M15** « *je ne détaille pas tous les effets secondaires parce qu'à ce moment là je prescrirais plus rien quoi* », **M6** « *j'essaie de pas trop insister pour pas créer d'effets secondaires non plus* ».

Même si les médecins s'accordent sur la nécessité d'informer leurs patients sur les effets secondaires et les dangers éventuels des traitements, certains facteurs peuvent limiter ou, au contraire, motiver cette information. Nous avons essayé de les déterminer.

3.3.2.1 Moteurs de l'information.

- **Devoir du médecin, rôle médico-légal.**

3 médecins avancent le fait que l'information est un devoir du médecin, l'un d'entre eux rappelle même le caractère médico-légal de cette obligation : **M14** « *Théoriquement dans la loi, on lui doit une information loyale et compréhensible, à chaque prescription* », **M9** « *c'est notre devoir d'information, il n'est plus discuté, on doit avertir les gens de ce qu'on leur prescrit, de ce qu'ils vont prendre, de ce qu'ils risquent* », **M10** « *en général j'informe et je pense que c'est essentiel et je pense que c'est notre travail d'informer les gens* ».

- **Faciliter l'adhésion au traitement.**

Selon 3 médecins, informer le patient faciliterait l'observance. En effet, si les malades sont prévenus des effets secondaires possibles, la survenue de l'un d'entre eux n'est plus une surprise et donc un motif d'arrêt potentiel : **M14** « *Et je pense que c'est important de bien leur expliquer la prescription, l'adhésion au traitement et sa compréhension font partie intégrante de l'observance et de l'efficacité d'un traitement. Surtout pour les antalgiques* », **M1** « *si on leur dit pas ils vont vous téléphoner en vous disant qu'ils sont malades comme des chiens et qu'ils veulent arrêter* ».

- **Prévention des accidents.**

Pour 4 médecins, l'information revêt un caractère important de prévention. En effet, prévenir les patients permet de les mettre en garde contre certains effets des médicaments pouvant être dangereux dans des circonstances particulières : **M1** « *sur des gens qui ont des travaux particuliers sur des machines dangereuses...euh... ça je fais attention... je les préviens* », **M8** « *on est assez obsessionnel donc on essaie de tout envisager à chaque fois [...]*

on est tellement stressé par rapport à ce trouble de la vigilance que... à chaque fois qu'on met en place des paliers 2 euh... c'est 5 à 10 minutes sur les effets secondaires potentiels quoi ».

- Expérience du médecin.

L'un des médecins avoue avoir été encore plus sensibilisé à l'information des patients à la suite d'une mauvaise expérience avec un traitement : **M7** « *Oui je préfère oui... Parce que j'ai été sensibilisé... proche avec des effets secondaires, pas moi mais proche* ».

- Souhait des patients.

Enfin, 2 médecins affirment respecter la volonté des patients qui souhaitent être informés lors d'une prescription : **M14** « *Les gens aiment quand même bien savoir ce qu'ils prennent, c'est assez rare qu'ils avalent leurs cachets sans se poser de question* », **M8** « *ils ont souvent tendance à te demander quels sont les effets secondaires donc tu leur diras hein* ».

3.3.2.2 Freins à l'information.

- Effet nocebo.

5 médecins ont cité la crainte d'induire des effets secondaires s'ils informent trop leurs patients : **M10** « *ça dépend toujours du patient, il y en a que tu n'informes pas mais c'est volontaire parce que si tu les informes tu sais très bien que... qu'ils vont te faire des problèmes* », **M7** « *ce n'est pas parce que je vous le dis que ça va se produire. Je leur explique bien parce que sinon dès qu'on commence à leur dire qu'ils vont avoir des effets secondaires ils les ont tous* ».

- Manque de temps.

Ce facteur a été cité par 6 médecins comme limitant l'information délivrée : **M11** *«moi j'explique aussi aux gens, ça me prend peut être un peu de temps [...] et ils apprécient, mais ça prend plus de temps, c'est vrai que d'être payé au lance-pierre ça facilite pas ce genre de démarche* », **M4** *«moi je suis un petit prescripteur, si je prescris 3-4 lignes de médicaments, il y a pas un médicament où on devrait pas annoncer quoi...* », **M7** *« quand on a un cabinet qui tourne et qu'on a beaucoup de monde c'est illusoire quoi... Ou alors s'il faut le dire à chaque patient, vous commencez à 6 heures du matin et vous finissez à minuit quoi».*

- Tendance à la surinformation des patients.

Elle est évoquée par 4 médecins : **M15** *«voilà c'est tout ce que je leur dis je vais pas détailler le Vidal, de toute manière ils prennent la notice et ils lisent* », **M4** *« les gens avaient lu et confondu les choses...Voilà donc on arrive à une surinformation [...] donc il faut informer les gens mais...* », **M8** *« Oui ils sont tous maintenant... Ils regardent tous sur internet aussi bien pour les patho, les diagnostics de patho que les notices de médicaments... tous, tous...».*

- Risque de non observance.

De l'avis de 3 médecins, donner trop d'information aux patients sur les risques encourus est un facteur de refus de prescription : **M15** *«Non, j'en parle pas spécialement parce que, les effets secondaires, si tu commences à leur dire tout ce qu'il y a comme effets secondaires ils vont te dire « Docteur je ne le prendrai pas »...* », **M9** *« à partir du moment où on avertit des effets secondaires ça peut induire un refus de prescription* », **M13** *«Rapidement sinon ils vont pas le prendre (rires)... Quand j'estime qu'il faut vraiment le*

prendre je vais pas être trop... [...] Non, par peur qu'ils le prennent pas et qu'ils aient mal et qu'ils viennent pleurer qu'ils ont encore mal ».

- Non connaissance de certains risques.

2 médecins ont souligné le fait qu'au-delà d'un certain nombre de prescriptions il existe des interactions et des effets secondaires qu'on ne peut prévoir. Il est donc difficile d'en informer les patients : **M12** « *Par rapport aux associations [...] de toute façon des interactions il y en a c'est sûr, dès qu'on dépasse un nombre de médicaments* », **M11** « *Et puis en plus à partir du moment où il y a plusieurs médicaments on ne peut plus avertir car on sait pas ce qu'il se passe. Il est connu qu'au-delà d'une association de 3 médicaments on appréhende plus la réalité pharmacologique du 4°, ce qui veut dire que tous les médecins qui prescrivent, et ça m'arrive aussi, plus de 4 médicaments prescrivent sans savoir ce qu'on fait chez le patient au niveau pharmacologique...* ».

- Contrainte sociale.

Selon 2 médecins certaines contraintes sociales imposent parfois une limitation de l'information : **M13** « *Mais bon des fois les gens on est obligé de leur mettre certains médicaments [...] il peut y avoir un effet sur la conduite mais les gens on peut pas les empêcher de travailler parce si on met un traitement c'est pour qu'ils puissent continuer à vivre et à travailler, ne pas se désocialiser et voilà... On peut pas leur dire je vais vous guérir mais vous rester chez vous à quelques exceptions près bien sûr mais bon... C'est mon avis* », **M7** « *Je vois passer de temps en temps des ordonnances notamment des ordonnances de psychiatres, alors eux c'est marqué systématiquement [...] mais ça veut dire quoi ça que bon vous avez prescrit ça parce que vous en avez besoin mais vous avez vu vous pouvez pas conduire. Comment on fait... les gens ils travaillent, ils vivent, on peut pas les arrêter...* ».

3.3.3 Précautions d'emploi.

Afin d'améliorer la tolérance et de diminuer les risques d'effets secondaires, les médecins donnent souvent des précautions d'emploi :

3.3.3.1 Diminution de la posologie.

12 médecins ont déclaré commencer par des petites doses afin de tester la tolérance des patients : **M12** « *Méfiance, c'est pour ça qu'il faut commencer doucement, moi en tout cas je commence à petite dose* », **M3** « *j'aime bien faire chez les personnes âgées effergal codéiné euh... à 500 plus un effergal 500 pour diminuer la dose... justement pour faciliter la tolérance* », **M7** « *pour ceux qui n'en ont jamais pris le contramal en gouttes buvables ça permet de tester quoi... De voir s'ils ont pas trop d'effet secondaires et après en montant les doses on peut arriver à l'effet antalgique* ».

3.3.3.2 Rythme de prise.

Afin de mieux appréhender les effets secondaires, 7 médecins conseillent de débiter le traitement le soir ou le week-end : **M1** « *pour le tramadol j'ai des consignes un peu particulières, je leur dis écoutez essayez ça un samedi/dimanche quand vous êtes à la maison quand vous n'êtes pas seul, vous essayez un comprimé et vous voyez ce que ça donne dans la journée* », **M8** « *je vais leur demander quand même pour une première prescription d'essayer de voir comment ils le tolèrent, de prendre le traitement au moment où ils bossent pas c'est-à-dire en week-end* », **M7** « *J'essaie de leur demander de le prendre le soir pour tester la première fois voir comment ils le supportent voir s'ils sont vigilants ou s'ils sont complètement...* ».

4 médecins insistent aussi sur le respect des posologies et des intervalles entre deux prises : **M11** « Ben déjà de respecter la posologie hein, je marque sur l'ordonnance 2 la première prise, par exemple pour le zaldiar si besoin s'ils sont très algiques qu'ils en peuvent plus je leur mets 2 et après je dis bien toutes les 8 heures et j'insiste bien sur le respect de l'intervalle de prise. Ca c'est marqué en toutes lettres sur l'ordonnance, je met pas 3 par jour, je mets toutes les huit heures », **M4** « je leur demande qu'ils respectent un horaire si c'est 3 ou 4 fois par jour que ce soit pas pris de façon désordonnée etc... De voir si on donne une prise le soir au coucher si c'est une sciatique avec une insomnie », **M13** « de suivre mon ordonnance, de pas prendre d'autres antidouleurs à côté histoire de pas surdoser et de pas faire de mélange catastrophique ».

3.3.3.3 Surveillance lors de la première prise.

Lors d'une première prise, 4 médecins conseillent une surveillance par l'entourage du patient : **M8** « par exemple des mamans qui doivent se lever la nuit, euh... voilà j'aurais tendance à pas donner... ou à dire quand vous le prenez veillez à ce que votre mari, enfin papa, soit là quoi si jamais il y a quoi que ce soit que ce soit plutôt lui qui se lève la nuit... voilà », **M9** « j'essaie pour les personnes âgées d'avoir un entourage, donc si il est permanent il y a pas de problème, si c'est un début de traitement chez une personne âgée et qu'il y a possibilité que la famille le prenne ou vienne chez elle on essaie d'organiser ça ».

3.3.3.4 Traitement en cours.

5 médecins disent prendre en compte et informer leurs patients sur l'effet délétère de certaines associations médicamenteuses : **M1** « si jamais c'est une personne qui a déjà d'autres médicaments qui peuvent influencer sur la conduite comme les tranquillisants, je leur dis [...] faites attention parce que [...] ça peut aussi majorer l'effet des autres médicaments...

les deux se renforcent », **M12** « comme il y a du paracétamol dans l'ixprim forcément on fait attention à pas donner à côté du paracétamol qu'ils ont tendance à prendre, et c'est là qu'il y a des précautions plus importantes à avoir », **M7** « Ben les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques c'est clair, ça c'est sûr... Oui la polymédication qui va potentialiser et rajouter ou alors ils ont pris des médicaments eux-mêmes et ils savent pas ».

3.3.3.5 Association à l'alcool.

Pour 4 médecins, l'association des antalgiques de palier 2 avec l'alcool fait l'objet de recommandations, spécialement chez les conducteurs : **M10** «Après quand il y un pictogramme, je leur dis de pas mélanger avec l'alcool, ça quand même j'ai peut être tendance à leur dire, pour pas cumuler les trucs », **M11** « Ca dépend aussi de la personnalité, vous avez des personnes qui se gênent pas de boire de l'alcool alors ceux là j'insiste un peu plus d'éviter l'alcool, ça je leur dis », **M15** « Moi mon leitmotiv c'est pas d'alcool et attention en voiture ».

3.3.4 Surveillance.

1 seul des médecins interrogés dit revoir quasi-systématiquement le patient quelques jours après la prescription afin de surveiller l'efficacité et la tolérance : **M13** « En général je les revois assez rapidement pour réévaluer la douleur. Oui... quasi systématiquement, c'est souvent des problèmes aigus donc il y a souvent soit des radios soit... de toute façon une réévaluation dans les 7 jours c'est quasiment évident ».

Pour 13 médecins, la surveillance se fait essentiellement par **téléphone**. Les patients ont pour consigne d'appeler en cas de besoin ou alors de revenir, le choix d'une nouvelle consultation est donc laissé à l'appréciation des patients : **M9** « Vu le monde qu'on a c'est

pas évident ; c'est surtout au début donc il faudrait les revoir rapidement 1 ou 2 jours après pour voir l'effet donc je pense qu'être joignable au téléphone pour être tenu au courant ça me semble être la bonne solution », M15 « je ne leur dis pas quand ils quittent la consultation revenez ou tenez moi au courant au téléphone dans 3 jours, ça je ne le fais jamais, j'estime que le patient il est suffisamment apte à voir s'il doit me revoir ou pas ».

3.3.5 Adaptation de l'information au patient.

7 médecins affirment prendre des précautions afin de s'assurer de la compréhension du message délivré aux patients. La plus citée consiste à expliquer l'ordonnance et répéter l'information : **M11** « *je leur donne pas l'ordonnance et au revoir... ils ont l'ordonnance sous les yeux et moi je lis avec eux et s'ils posent une question ben on développe et puis je leur demande s'ils ont compris. Bon la plupart du temps on sent comment dirais-je... par retour interactif s'ils ont compris ou pas. J'ai une clientèle disons qui est globalement assez bien cortiquée », M13 « Je leur fais répéter, je leur explique tout et après je leur demande s'ils ont des questions, s'ils veulent que je leur réexplique ou parfois je les fais répéter carrément, ou je fais des dessins aussi... »*

9 médecins déclarent spontanément adapter l'information au patient, selon son degré de compréhension ou son mode de vie : **M13** « *Oui je fais attention [...] au niveau de compréhension on va dire. Savoir si le patient est capable de comprendre », M9 « je les connais mes patients donc je sais ceux qui vont avoir du mal à comprendre [...] donc éventuellement je vais faire appel à des gens qui peuvent comprendre... et s'il y a vraiment un gros risque et bien je prescrirais pas », M4 « On connaît la vie des gens si vous voulez ici ; il y a des gens qui traversent la rue pour aller au truc, bon l'accident est toujours possible... et il y a le voyageur de commerce qui fait 200km par semaine. C'est pas pareil. Si vous voulez c'est*

pas le même genre de choses. Donc heu à priori moi je connais bien le type d'activité de mes patients ; si c'est quelqu'un qui passe beaucoup de temps sur la route, à ce moment, il y aura une information plus particulière ».

3.3.6 Modalités d'information des patients.

Si tous les médecins s'accordent sur le devoir d'information du médecin, celle-ci n'est pas uniquement délivrée par le prescripteur. De nombreuses sources d'information sont désormais disponibles pour les patients avec leurs avantages et leurs inconvénients.

5 médecins ont cité le **Résumé des Caractéristiques du Produit** se trouvant dans le conditionnement du traitement : **M13** « *Dans la boîte il y a tout et n'importe quoi, à force de tout mettre du simple prurit à la réaction de layeul et ben les gens dès qu'ils ont un bouton voilà... mais l'information importante, par exemple sur la conduite, elle est noyée dans tout le reste [...] et vu la liste d'effets indésirables on veut pas qu'ils lisent ... ils ont tous les effets indésirables c'est sûr... Euh, donc l'information de la boîte elle-même, pour moi, elle n'est pas convaincante ».*

Selon 5 médecins, les patients utilisent beaucoup **internet** pour chercher des informations sur les traitements : **M4** « *A la fois on part historiquement avec peu d'information pour les patients et aujourd'hui entre les obligations que l'on donne et le langage internet on arrive à une surinformation...* », **M10** « *Moi je préfère leur dire plutôt qu'ils aillent voir sur internet ou qu'ils lisent toutes les notices ».*

6 médecins considèrent que le **pharmacien** a également un devoir d'information : **M8** « *Elle devrait être partagée, le pharmacien devrait en parler* », **M11** « *Le pharmacien a un grand avantage, c'est qu'il connaît bien la pharmacologie et il connaît bien les médicaments*

donc ça c'est un atout incontestable. Il a une faiblesse, c'est qu'il connaît pas grand-chose à la médecine ».

Selon 2 médecins, l'information des patients provient du « **bouche à oreille** » : **M9**
« Le bouche à oreille hein... le sujet de leur santé est un sujet très important chez les gens d'un certain âge, ils parlent de ça ; quand on les croise dans la rue et qu'on tend une petite oreille au passage, ils parlent de leur santé... c'est le sujet numéro 1, donc ils échangent leurs informations sur tous les trucs, « moi il y a un truc qui a été fabuleux, c'est la codéine... » ou « il y un truc qui m'a déglingué, c'est le tramadol, le zaldiar ou l'ixprim »... Voilà ils sont informés ».

Les **médias** sont évoqués par 2 médecins. Leurs avis divergent, pour l'un d'entre eux les médias devraient être un atout à développer tandis que le second émet une grande réserve quant à leur rôle dans l'information médicale : **M14** *« je suis un peu sceptique sur leur rôle dans la diffusion d'information médicale : Dis aux gens à la télé que le tramadol peut leur faire avoir un AVP, et tu vas blinder ta salle de consultation de gens qui viendront demander un autre traitement... Alors que ces mêmes patients l'ont toujours très bien toléré, et qu'à priori il n'est vraiment pas prouvé que ce traitement, bien utilisé, puisse être responsable d'accidents... Je pense qu'il faut se méfier du côté pervers de l'information de masse par les médias : diffuser une information partielle, ou pas complètement compréhensible, peut être pire que le mal ».*

Selon 2 médecins, si les patients recherchent toujours plus à s'informer c'est parce qu'il existe une tendance actuelle à la méfiance vis-à-vis des médicaments : **M14** *« entre les scandales du médiateur et autres pilules, les gens sont de plus en plus méfiants vis-à-vis des*

médicaments », **M8** « Mais je pense que c'est générationnel, on regarde internet, on regarde la notice, on a tendance à être très stressé surtout quand c'est un nouveau médicament ».

3.3.7 Education thérapeutique.

Pour 5 des médecins, l'éducation thérapeutique est une nécessité:

M11 « Soit on éduque les gens [...] à avoir une conduite euh... comment dire responsable pour la gestion de leur vie, de leur prise de médicament et puis on arrivera à un résultat [...] C'est énorme, mais ça existe pour ça et ça existe aussi pour beaucoup d'autres sujets en médecine où le médecin va être l'éducateur et le garant du comportement de ses patients... pff... comment peut-il le faire ? On n'est pas derrière chaque personne, on dit raisonnablement ce qu'il faut faire mais après c'est eux qui agissent hein », **M14** « La c'est plus une éducation thérapeutique pour apprendre au patient à bien gérer son traitement qu'il faut faire ».

Pour l'un d'entre eux, l'éducation thérapeutique est un élément fondamental pour une médecine de qualité. Malheureusement de nombreux freins, tels que le manque de temps ou une dévalorisation des actes, empêchent un réel investissement de la part de nombreux médecins : **M11** « il faut responsabiliser les gens, leur expliquer et quand on le fait la plupart du temps ils écoutent. [...] mais ça prend plus de temps, c'est vrai que d'être payé au lance-pierre ça facilite pas ce genre de démarche, j'en conviens, c'est vrai... », « Ah oui ça compte beaucoup. Et non seulement c'est économique en médicament mais à moyen et long terme au niveau des frais de santé [...] cela dit le médecin qui passe du temps à faire ça il devrait être payé et ça on l'oublie, c'est pour ça que c'est pas fait d'ailleurs. Donc c'est un frein à avoir une bonne médecine oui, ça c'est sûr... ».

3.3.8 Conseils relatifs à la conduite.

4 médecins admettent ne faire aucune recommandation concernant la conduite automobile. 2 d'entre eux informent sur les effets secondaires mais sans préciser le risque éventuel pour la conduite : **M5** « *je leur dis faites attention parce qu'il y en a qui le supporte pas, il y en a qui vont ne pas être bien euh... Mais je ne spécifie pas par rapport au travail ou par rapport à la conduite* », **M2** « *Je leur parle de trouble de la vigilance, pas spécialement de leur interdire de prendre la voiture*».

6 médecins formulent spontanément des recommandations sur la conduite : **M11** « *Ben je leur dis, je leur dis attention pour la conduite je les avertis... je les avertis pour la conduite, je parle pas trop du travail, après c'est elle qui gère hein* », **M13** « *en général je leur dis d'éviter de conduire quand ils prennent ces traitements là mais c'est tout... je leur interdis pas. Je leur dis faites attention parce que ça peut rendre un peu... évitez de conduire, faites vous conduire à droite à gauche* ». Parmi eux, 4 médecins font ces recommandations lors de l'instauration du traitement, le temps de tester la tolérance.

Cas des conducteurs professionnels ou des personnes ayant des professions à risques : 7 médecins disent faire plus attention dans le cas de conducteurs professionnels : **M10** « *Ben ça m'arrive de leur demander quelle profession ils font, et je vais peut être un peu me méfier si jamais c'est quelqu'un qui est routier par exemple* », **M12** « *je vais peut-être être plus alertée en fonction de la profession qu'ils font, s'ils sont 2 heures en voiture je vais être plus alertée par rapport à leur profession. Après, est ce que je vais souligner la conduite automobile à tout le monde, non peut être pas* », **M4** « *à priori moi je connais bien la typologie le type d'activité de mes patients, si c'est quelqu'un qui passe beaucoup de temps sur la route, à ce moment, il y aura une information plus particulière... Mais enfin en théorie*

on devrait le faire avec tout le monde... », M1 « sur des gens qui ont des travaux particuliers sur des machines dangereuses...euh... çà je fais attention... je les préviens ».

9 médecins admettent faire des arrêts de travail plus facilement dans ce cas : **M6** *« Ca a pu arriver des gens qui faisaient la route, des commerciaux qui avaient mal au dos; j'avais tendance à plus les arrêter pour des histoires de vigilance ; à insister pour qu'ils prennent pas la route comme ça ; à insister pour l'arrêt de travail le temps de voir comment il le tolère »,* **M9** *« eux, il faut qu'ils soient en arrêt maladie pendant la durée de la prescription ».*

3.4 Médicaments et conduite automobile.

3.4.1 Fascicule Afssaps.

Nous avons cherché à évaluer la connaissance et recueillir l'avis des médecins généralistes sur le fascicule de l'Afssaps « Médicaments et conduite automobile », ainsi que sur les niveaux de vigilance et les pictogrammes qui en découlent.

3.4.1.1 Méconnaissance des médecins.

12 médecins admettent n'avoir jamais lu ce fascicule : **M6** *« il y a tellement de fascicule que j'ai... je regarde même plus »* ; 3 autres pensent l'avoir lu : **M1** *« Oui, je l'ai lu... j'ai du... j'ai du le lire quelque part oui... ».*

Aucun des médecins interrogés n'a su décrire parfaitement les niveaux de vigilance ou les différents pictogrammes. Si les médecins en ont généralement entendu parler, ils restent encore assez méconnus par le corps médical : **M1** *« Oui je me rappelle des niveaux de vigilance... Il y a combien de niveau de vigilance déjà ? »*, **M4** *« Je sais que c'est indiqué mais*

je serai incapable de... J'en vois toute une petite série là sur la boîte mais je serais pas capable de vous en dessiner un et je ne savais pas qu'il y avait plusieurs niveaux », M7

« Non... pas de façon précise. Je sais qu'ils sont là, je sais qu'au moment où ils apparaissent (montre son ordinateur) je les vois et il suffit de lire donc c'est marqué... Mais sinon je les connais pas de façon précise... »

3.4.1.2 Avis des médecins

Pour 5 des médecins, les pictogrammes ne sont pas assez discriminants. Selon eux trop de spécialités sont concernées et le message perd de sa valeur. Les gens ne font donc plus attention : **M1** *« Si on suit ce truc là à la lettre, j'veux dire tous les gens qui sont sous tranquillisants ne devraient pas conduire... alors... ceux sous palier 2... Déjà on a un paquet de gens sous tranquillisants mais alors sous antalgiques de palier 2... Plus personne ne conduit... »*, **M13** *« Ben même pour un anti-allergique il y a un pictogramme déjà donc... à force de crier au loup au bout d'un moment... On fait plus attention. [...] il y a pas une séparation assez nette je veux dire, c'est pas clair... c'est pas clair pour moi [...] je pense que les gens le regardent... sans faire plus attention».*

5 des médecins pensent que la figuration du pictogramme sur le conditionnement des médicaments est une bonne chose et qu'il peut renforcer l'information délivrée par le médecin : **M10** *« je pense que c'est bien de l'inscrire sur la boîte car le patient il fait un peu plus attention du coup, il va éviter l'alcool, éviter peut être de cumuler les effets mais je sais pas si ça l'arrête de conduire. Parce qu'il y en a beaucoup quand même des boîtes ou il y a un pictogramme non ? »*, **M12** *« je trouve que c'est très bien parce que les patients en tiennent compte, dès qu'ils vont voir dessus attention à la conduite... ben ils vont faire plus attention voilà c'est le retour que j'ai des patients ».*

Contrairement à eux, 2 médecins émettent des réserves sur l'intérêt de ce pictogramme : **M13** « *il n'y a pas une séparation assez nette je veux dire, c'est pas clair... c'est pas clair pour moi. Si tu regardes tous les pictogrammes, tu devrais pas conduire en fait dès que tu prends un médicament donc...Euh, donc l'information de la boîte elle-même pour moi elle n'est pas convaincante, même en tant que patient je veux dire, je prends une boîte je ne regarde même pas le pictogramme* », **M9** « *Je pense que les gens les regardent pas. Ils ne connaissent pas le nom des médicaments la plupart du temps, donc je pense que les pictogrammes ils les regardent pas* ».

Enfin 6 médecins considèrent que les pictogrammes ont pour but de sensibiliser les patients mais qu'ils ne s'adressent pas aux médecins : **M11** « *Franchement c'est plutôt aux patients parce que moi je vois pas les boites, je sais pas comment elles sont faites* », **M9** « *Nous les boites de médicaments on les voit pas... on les prescrit mais les pictogrammes on les voit pas, on n'est pas directement concerné par ça nous* ».

3.4.1.3 Logiciels d'aide à la prescription.

Malgré une méconnaissance du fascicule de l'Afssaps, 6 médecins ont évoqué l'intérêt d'un logiciel pouvant les aider pour la prescription. 3 médecins disposent d'un tel logiciel : **M10** « *l'ordinateur est là pour m'aider d'un point de vue contre indication médicale ou du moins précautions d'emploi... moi j'ai un logiciel, souvent je le laisse en fait, dès que je sors une ordonnance il met toutes les précautions d'emploi* », **M6** « *J'ai les pictogrammes sur mon correcteur d'orthographe... euh mon correcteur de prescription sur la banque claudes bernard mais j'ai pas lu le fascicule* », **M7** « *C'est vrai et c'est là, peut-être, qu'un logiciel bien fait... Après c'est vrai aussi faut voir ce logiciel il s'allume tout le temps donc, à un moment donné, on peut pas... il faut bien soigner les gens hein* ».

3.4.2 Conduite et médicaments.

3.4.2.1 Sensibilisation des médecins au problème.

Nous avons cherché à savoir si les médecins étaient sensibilisés à l'impact potentiel des médicaments sur la conduite. Nous voulions déterminer pour quelles classes médicamenteuses ils l'étaient le plus et par quels moyens.

- Quels classes médicamenteuses sont les plus à risque selon les médecins ?

Les psychotropes (notamment les antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques et hypnotiques) sont de loin la classe à laquelle les médecins sont les plus sensibilisés. En effet, 11 médecins les ont cités et ils font l'objet de recommandations particulières lors de la prescription : **M12** « *Psychotropes oui mais en second les antiépileptiques, tégréto et compagnie. Sur la conduite automobile, on pense pas forcément aux antalgiques de niveaux 2 en premier, sûrement pas. Moi je vais être plus sensible à ça* », **M5** « *beaucoup plus pour les tranquillisants et myorelaxants et les somnifères, puisque nous on le note systématiquement mais pas tant sur les paliers 2* ».

Les myorelaxants, notamment le tétrazepam (retiré du marché en juillet 2013) ont été cités par 4 médecins. 3 ont évoqués les anti-épileptiques, 2 les anti-histaminiques et 1 les sirops antitussifs, notamment le Toplexil®.

- Comment ont été sensibilisés les médecins ?

L'un des médecins reconnaît ne jamais avoir été sensibilisé à ce problème durant ses études, c'est surtout la lecture de la revue « Prescrire » et le **retour des patients** qui ont eu un impact selon lui : **M13** « *Pendant les études on nous a jamais appris... parce qu'on nous a appris à prescrire plein de trucs mais certainement pas à regarder la vigilance... Il n'y a*

jamais personne qui nous a parlé de ça en pharmaco ou autre chose par exemple en stage chez le médecin généraliste... ».

4 médecins ont souligné le rôle des **revues** et des **médias** dans l'information des médecins, cependant ils émettent des réserves concernant le sujet de la conduite automobile sous l'influence de médicaments : **M6** « *Prescrire forcément. Mais bon Prescrire ils alertent sur tout donc... Je suis certain de l'avoir vu sur la conduite mais pas le thème abordé. Bon... ils sont tellement alarmistes sur tout que ça m'a pas choqué* », **M7** « *Mais non c'est vrai qu'on est pas assez, on pourrait être beaucoup plus sensibilisés... oui, il y a des articles de temps en temps, on le voit mais pas... on sent pas une grosse pression la dessus alors qu'on la sent beaucoup plus sur l'alcool, sur les drogues maintenant... drogue au volant, on sent que ça monte...* », **M15** « *moi je trouve qu'on en parle pas suffisamment... dans la presse, dans les médias, il y a rarement des gens qui parlent de la conduite. On va plus te parler de la conduite avec le cannabis ou l'alcool qu'avec les médicaments* ».

3 médecins évoquent des **expériences personnelles**, plus ou moins traumatisantes : **M8** « *J'ai un patient qui a fait de la prison parce qu'il avait bu ; j'ai aussi perdu une amie sous l'emprise du hashish à 18 ans qui est morte, elle s'est tuée en voiture, donc c'est pas une formation médicale mais est ce que c'est pas ça qui... c'est vrai que j'étais pas en médecine à l'époque, j'étais même pas bachelière et c'est vrai que ça m'a vachement traumatisée et depuis c'est vrai que j'avertis, mais même l'entourage, sur les médicaments, sur l'alcool au volant, sur le hashish* ».

Enfin, un des médecins reconnaît être probablement plus sensibilisé à ce problème car il faisait parti des médecins agréés pour le renouvellement des permis de conduire des conducteurs professionnels : **M7** « *Oui ça faisait partie du truc de les évaluer la dessus :*

qu'est ce qu'ils prenaient comme traitement et quel retentissement et tout. Voilà donc c'est vrai que ça m'a un peu plus sensibilisé mais vis-à-vis de l'ensemble des médicaments pas forcément uniquement sur les paliers 2 quoi... donc voilà ».

3.4.2.2 Evaluation des capacités de conduite.

- Le médecin prescripteur.

Selon l'Afssaps, lors d'une prescription d'un médicament classé en niveau 2, l'avis d'un professionnel de santé est nécessaire afin d'examiner si la prise du médicament est compatible avec la conduite. Qu'en pensent les médecins ?

Pour 8 médecins interrogés une évaluation des capacités de conduite n'est pas envisageable en médecine générale, elle s'oppose à un certain nombre d'obstacles tels un manque de temps, de moyens ou de formation : **M11** *« Non mais ça, c'est du n'importe quoi ! Ca c'est typiquement, les gens qui pondent ça c'est pour se couvrir. Comment veux-tu qu'on fasse une évaluation de la conduite mais... d'abord les gens ils viennent pas avec leur voiture dans mon cabinet, j'ai pas une piste à côté de mon cabinet pour évaluer leur aptitude à la conduite »,* **M10** *« je vois pas l'intérêt d'évaluer les capacités de conduite du patient ; déjà je ne sais pas évaluer des capacités de conduite hein, faut dire les choses clairement, je vois pas comment je pourrais évaluer [...] après nous, quand on les voit, c'est vierge de tout traitement donc on sait pas comment il va réagir au traitement, donc je vois pas l'intérêt d'évaluer une conduite sans savoir comment il va réagir à ce traitement, enfin je sais pas... En plus on n'a pas le temps de le faire hein faut le dire ».*

4 médecins ont mis l'accent sur le fait que, même sans traitement, certaines personnes sont dangereuses en voiture. Malheureusement, ils n'ont pas la possibilité

d'interdire la conduite : **M8** « T'as beaucoup de personnes âgées qui sont persuadées qu'elles conduisent très très bien. On est en train de se poser la question de refaire passer le permis à partir d'un certain âge quoi... Donc c'est très très difficile à évaluer je pense », **M6** « je suis assez mal à l'aise avec l'idée d'évaluer les capacités de conduite des patients parce qu'il y a beaucoup de gens qui conduisent et qui devraient pas, dans mes patients je les vois bien... ».

- Les commissions médicales du permis de conduire.

7 médecins les ont évoquées au cours de l'entretien. 1 seul médecin a déjà adressé un patient à une de ces commissions. Si les médecins savent que ces commissions existent, le sentiment qui domine est qu'elles sont encore trop discrètes. Plusieurs médecins ne connaissaient pas leur fonctionnement et ne savaient pas qu'on pouvait y adresser des patients : **M10** « J'trouve que c'est bien pour certains patients âgés, je pense qu'ils devraient y passer plus souvent. Après j'ai aucune idée de qui il faut contacter, comment ça se passe euh... est ce que c'est obligatoire, à partir de quel âge », **M13** « elles devraient être un petit peu plus voyante parce que je sais pas où elles sont, je sais pas comment on les joint, je sais pas qui on leur envoie et comment on fait... »

2 médecins ont souligné le fait qu'on ne pouvait pas obliger un patient à y aller ce qui limitait leur utilité : **M10** « Mais de toute façon si toi t'as pas le droit de le dire [...] Moi ça m'est arrivé d'avoir des épileptiques, d'avoir des alcooliques qui conduisent et en même temps qu'est ce que tu peux faire donc euh... et tu sais très bien que si tu lui conseilles, il ira pas donc t'es un peu... », **M11** « c'est-à-dire inciter quelqu'un parce qu'on peut pas l'adresser... parce que si on envoie quelqu'un comme ça, il va pas y aller, ma patiente si je lui avais proposé ou fait une lettre elle n'y serait jamais allée, c'est évident, puisqu'elle savait très bien quel était le risque donc ça va de soi ».

Enfin 3 médecins ont évoqué la possibilité d'une évaluation obligatoire à partir d'un certain âge. L'un d'entre eux a déploré que la loi n'oblige pas un tel contrôle : **M15** « *aux dernières nouvelles, il semblerait qu'une loi est passée comme quoi il n'y aurait pas de visite médicale obligatoire pour le permis de conduire pour les personnes de plus de 75 ans. Ils en avaient parlé et puis ils ont refusé et je trouve ça totalement anormal ; on devrait dire qu'à partir de 70 ans ça devrait être obligatoire* », « *Je trouve que vraiment c'est dommage qu'ils n'aient pas fait passer cette loi parce que franchement quand tu vois les vieux qui conduisent tu prends peur. Tu te dis c'est étonnant qu'il n'y ait pas plus d'accident...* »

- Les auto-écoles.

3 médecins ont évoqué la responsabilité potentielle des auto-écoles lors du passage du permis de conduire : **M11** « *quelqu'un peut aller passer son permis et ne pas dire qu'il est épileptique par exemple* », **M14** « *Après, pour les patients jeunes, ce n'est plus de notre ressort, il y a le permis de conduire pour ça, les auto-écoles sont censées faire leur boulot. Je ne sais même pas si elles s'intéressent à l'aspect médical des futurs conducteurs, si elles s'intéressent à savoir si le mec est épileptique, ou narcoleptique par exemple* ».

3.4.2.3 Place de la conduite dans la vie quotidienne.

7 médecins ont évoqué la place importante qu'occupe la conduite dans la vie des patients, aussi bien chez les actifs pour leur travail que chez les personnes âgées pour leur permettre de garder une certaine autonomie. Il en résulte donc une difficulté supplémentaire lors de la prescription de certains médicaments. On peut noter que les médecins les plus sensibilisés à ce problème sont ceux exerçant en milieu semi-rural : **M13** « *Mais bon des fois les gens on est obligé de leur mettre certains médicaments... et c'est vrai des fois c'est gênant de leur donner un anxiolytique dans la journée, il peut y avoir un effet*

sur la conduite mais les gens on peut pas les empêcher de travailler parce si on met un traitement c'est pour qu'ils puissent continuer à vivre et à travailler, ne pas se désociabiliser et voilà », **M6** « Mais empêcher un patient âgé de conduire sur les 3 km qui séparent sa maison du village, c'est beaucoup de problèmes, c'est l'isoler, c'est... », **M14** « Le problème chez ces petits vieux, c'est que si tu leur retires leur voiture, tu leur enlèves une grosse partie de leur autonomie. Tu les isolés et les rends dépendants. Finalement, c'est vraiment très difficile pour eux. Ca me paraît vraiment difficile de leur dire quand arrêter de conduire ».

3.4.3 Conduite et antalgiques de palier 2.

3.4.3.1 Expériences vécues d'incompatibilité avec la conduite.

Selon 4 médecins, certains de leurs patients leur auraient fait part d'une gêne lors de la conduite après une prise d'antalgiques de palier 2. Cette sensation de baisse des capacités de conduite n'a pas engendré d'accident : **M15** « fatigué, obligé de s'arrêter plus souvent que prévu, je pense que c'est les troubles de la vigilance quoi... comme c'est décrit. J'en ai eu mais je peux pas te dire la proportion... Mais c'est arrivé déjà », **M8** « Plein, plein, oui j'en ai que j'ai averti et qui m'ont dit « oui docteur j'ai pris la voiture et je me suis dit wahou je souffre mais je préfère ne pas souffrir, ne pas prendre la voiture et me faire conduire » ».

Un des médecins interrogé a eu un problème avec un conducteur qui avait pris du tramadol : **M5** « on a eu un problème avec des antalgiques ; une femme qui a passé sa nuit à prendre des antalgiques [...] qui est venue au cabinet le matin et qui a eu un problème de conduite puisqu'elle s'est encadré la personne en face puisqu'elle était sur la voie de gauche. Et ça a abouti à une plainte, qui a abouti à un non-lieu puisque en fait on lui avait dit d'aller à l'hôpital et qu'elle l'avait pris, et je l'avais déjà averti du risque de ces prescriptions. C'est une

personne qui était très dépendante qui était très demandeuse, je lui avais demandé de faire un sevrage voilà... ».

Plusieurs médecins ont suggéré que ce sujet pouvait être minoré. Selon certains, les patients ne se rendent pas compte de la diminution de la vigilance et les médecins ne recherchent pas forcément cette notion à l'interrogatoire : **M10** « *Non, et je leur pose pas la question... comme je leur pose jamais la question, ils font pas attention du coup ils ne me le relatent pas* », **M11** « *Peut être des fois c'est arrivé, mais la plupart du temps les gens non [...] les gens ils avalent des tas de pilules et il disent « non mais moi je suis très bien, même pour aller conduire ». Je vois sur la route, mais t'as dû en voir aussi il y a des fois on se dit « non mais attend, on est où là ? », les gens divaguent sur la route [...] mais tant qu'on n'aura pas dosé les neuroleptiques dans tous les accidents de la route et également dans certains comportements à risque routier euh... ».* Un autre médecin avance la théorie que les patients cachent ce genre d'incident volontairement, par peur d'une éventuelle sanction : **M4** « *Mais moi je pense que c'est un sujet qui est minoré peut être dans les accidents chez les gens âgés car ils ont peur que... en France c'est pas très clair sur le permis de conduire des gens âgés et ils ont très peur qu'il y ait une commission qui évaluent leur... la validité de leur permis donc en cas d'accident j'veux dire euh... j'pense qu'ils minimisent beaucoup les choses ou qu'ils savent pas ou ils n'en parlent pas mais je crois que c'est un sujet un peu tabou tellement les gens âgés ont peur ».*

3.4.3.2 Effet sur la vigilance.

Dans un premier temps nous avons cherché à préciser l'avis des médecins concernant l'effet des antalgiques de palier 2 sur la vigilance. 8 médecins pensent qu'il existe un effet délétère sur la vigilance avec diminution des réflexes et risque de somnolence : **M11** « *c'est*

du bon sens, on n'a jamais vu ces substances ne pas avoir d'effets sur la vigilance. Enfin, après j'ai pas lu d'étude précise, j'en n'ai pas en tête mais enfin c'est connu, c'est une particularité de ces produits », M8 « je pense qu'il y a des gens qui le tolèrent très bien peut-être à force de l'avoir, d'en avoir pris, peut-être qu'il y a un habitus après... Mais je pense que oui il y a quand même des troubles de la vigilance. Ca j'en suis assez convaincue, avec la somnolence, vertiges, baisse de la vigilance ».

Un autre médecin déclare ne pas avoir le sentiment d'une baisse de vigilance mais tempère ses propos du fait de la présence du pictogramme : **M6** « *J'ai pas la sensation qu'il diminue nettement la vigilance, mais après ça doit forcément la diminuer puisque je crois bien qu'il y a le pictogramme ».*

Trois des médecins différencient les molécules et trouvent un effet sur la vigilance pour la codéine : **M10** « *les patients ils me relatent pas donc j'ai pas spécialement d'avis. Mais sinon j'ai pas eu d'écho ; avec la codéine peut être un peu plus mais avec le tramadol non, pas d'effet de somnolence ou de chose comme ça », M9 «La codéine certainement, le tramadol faut voir. Le tramadol on peut avoir l'effet inverse, je l'ai eu plusieurs fois ».* Un autre médecin émet une conclusion inverse : **M15** «*que pour le tramadol, franchement j'ai, bon c'est peut être unique mais la codéine j'ai pas eu de notion de ça. Mais comme je prescris beaucoup d'Ixprim c'est vraiment là-dessus que j'ai eu des retours ».*

Pour 5 médecins il existe une **variabilité inter individuelle** : **M12** « *je pense que ça dépend de la personne, il y a des gens, ils en prennent juste 1 cp et ils vont déjà avoir des effets secondaires à tous les niveaux, et d'autres prennent des antalgiques à bonne dose, ça calme leur douleur, ils n'ont pas d'effet secondaire, pas de problème de somnolence. Donc tu te dis que c'est un traitement adapté donc c'est vraiment personne dépendante », M5 « ça va*

dépendre de la dose et de la sensibilité de la personne. Il y a des personnes qui vont supporter de façon chronique sans trouble de vigilance et il y en a qui le supporteront pas ».

2 médecins émettent l'hypothèse d'une baisse de la vigilance secondaire à la diminution de la douleur et non attribuable directement à un effet secondaire de l'antalgique : **M3** « ça dépend de la douleur en fait. C'est-à-dire plus on a mal fort avant de le prendre, mais ça c'est perso hein..., plus on va fabriquer des endorphines et plus à la sédation complète de la douleur on a un risque d'avoir un endormissement... c'est perso... (rires)... c'est pas validé », **M14** « Théoriquement, ce que j'avais appris, c'est que tant que le traitement antalgique est bien dosé, il n'y a pas vraiment d'effet secondaire sur la somnolence, plutôt un rattrapage du sommeil empêché par la douleur ».

3.4.3.3 Effet sur la conduite automobile.

Si la majorité des médecins s'accordent sur une baisse de la vigilance et donc sur un risque potentiel sur la conduite automobile, 6 médecins ne considèrent pas la prise d'antalgique de palier 2 comme contre-indiquant la conduite : **M1** « Je pense qu'ils peuvent avoir un petit problème peut être de retard au niveau des reflexes mais je pense pas que ça puisse les empêcher de conduire », **M10** « sinon non j'ai pas d'avis sur... j'ai pas l'impression que les patients qui sont au long cours... sous lamaline® ou quoi... décrivent des soucis particuliers avec la conduite ou même avec leur quotidien ».

Pour 10 médecins, le problème de la conduite automobile n'est pas une priorité lors d'une pathologie aiguë nécessitant une prescription d'antalgique de palier 2 car celle-ci est souvent accompagnée d'un arrêt de travail qui limiterait les risques : **M13** « pour ceux qui travaillent manuellement, ceux qui conduisent, ceux... enfin bon en général le palier 2 est associé souvent à une pathologie qui fait qu'ils sont arrêtés quand même...je fais pas

particulièrement attention non plus quoi... Les circonstances font que les gens ne conduisent pas donc », M3 « à mon avis en aigu ça se pose pas parce qu'on arrête la personne, et en chronique elles sont habituées donc voilà », M7 « Interdire je peux pas, ça c'est clair, le leur signaler oui puis leur dire, attention... c'est... Bon ceux qui sont en arrêt ça simplifie la chose mais ceux qui doivent travailler euh... je pense effectivement que s'il y avait un gros clash sur la route on pourrait venir me chercher... au niveau de la prescription... ou de pas l'avoir signalé ».

L'effet sur la conduite automobile dépend de différents critères que nous avons tenté de déterminer à partir des témoignages.

- Effet potentialisant de certains médicaments.

Selon 3 médecins, l'association avec certains médicaments, notamment les psychotropes pourrait majorer les risques pour la conduite : **M1** « si jamais c'est une personne qui a déjà d'autres médicaments qui peuvent influencer sur la conduite comme les tranquillisants, je leur dis... faites attention parce que ça peut [...] aussi majorer l'effet des autres médicament, les deux se renforcent », **M11** « les neuroleptiques attention danger et la polymédication favorise les troubles générés par quelqu'autre médicament que ce soit. Et à fortiori les médicaments de cette classe là », **M7** « Ben les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques c'est clair, ça c'est sûr... Oui la polymédication qui va potentialiser ».

- Association à l'alcool.

5 médecins la cite spontanément comme facteur de risque supplémentaire : **M1** « c'est vrai euh que s'ils associent ça avec de l'alcool ça peut majorer les effets », **M15** « le truc classique, pas boire d'alcool, voilà c'est ce que je dis principalement parce que quand tu

regardes ces médicaments dans le Vidal euh c'est surtout... ils te mettent risque de somnolence, interaction avec l'alcool déconseillée... Moi mon leitmotiv c'est pas d'alcool et attention en voiture ».

- Variabilité inter individuelle.

Ce facteur est rappelé une nouvelle fois par 6 médecins : **M13** « *Je pense qu'on est inégaux devant la tolérance, il y en a qui toléreront sans problème et d'autres chez qui même les 37.5 mg de l'ixprim ne passeront pas... donc c'est pour ça qu'il y a des gens qui sont capables de prendre 300mg de tramadol et qui peuvent conduire parce qu'ils ont une très bonne tolérance au médicament* », **M12** « *je pense qu'il peut y avoir un effet délétère sur la conduite... ça dépend après de chacun* ».

- Phénomène de tolérance.

7 médecins affirment que la période à risque est la phase d'instauration du traitement. Lors d'une prescription chronique, il y a une diminution des effets secondaires grâce à un phénomène de tolérance et les risques pour la conduite s'amenuisent : **M14** « *Soit c'est chronique... et là s'il n'y a pas de surdosage, théoriquement il n'y a pas de diminution de la vigilance* », **M7** « *Un traitement auquel on est bien habitué dont les effets secondaires se sont atténués, sont partis on n'est peut être pas... les gens ont adapté leur conduite... Ce qui est dangereux c'est l'initialisation d'un nouveau traitement sans savoir comment le patient va réagir, ça oui* », **M9** « *la somnolence pose pas vraiment de problème d'autant plus que ça dure pas très longtemps. On s'habitue assez rapidement aux effets secondaires des morphiniques légers* ».

- La douleur plus à risque que le traitement ?

Un des médecins a avancé cette hypothèse : **M14** « Soit c'est une prescription en aigue et là le patient n'a, a priori, pas de raison de prendre la voiture, et j'ai envie de dire qu'une douleur aigue qui justifie l'utilisation d'un pallier 2 ou 3 me paraît plus dangereuse pour la conduite que le traitement lui-même ».

- Imputabilité des antalgiques de palier 2 dans l'accidentologie.

La plupart des médecins suivent les recommandations sans émettre de doute sur leur fiabilité : **M12** « je pense que s'ils ont fait ça c'est qu'il y a vraiment des gros gros risques de somnolence et que donc forcément ça doit être justifié... De toute façon, tout ce qui est préventif, on va pas dire ah non c'est nul. Mais peut-être que moi les gens qui m'ont relaté un peu leurs effets secondaires peut être que c'était pas aussi important au niveau de la conduite automobile », **M11** « Non mais c'est du bon sens, on n'a jamais vu ces substances ne pas avoir d'effets sur la vigilance. Enfin, après j'ai pas lu d'étude précise, j'en n'ai pas en tête mais enfin c'est connu, c'est une particularité de ces produits ».

Néanmoins, l'un des médecins interrogé émet des réserves concernant le risque attribuable à ces médicaments : **M7** « De toute façon s'il y a vraiment une explosion d'accident de voiture à cause des médicaments à mon avis ça se saurait. Ça serait sorti d'une façon ou d'une autre... On voit tellement sortir de truc, c'est un scandale au moindre truc et tout ça serait sorti... Est-ce que il faudrait plus sensibiliser ?... Oui c'est indéniable qu'il faudrait plus le faire mais avec quelque chose à la clé... Dire voyez on a tant de pourcentage, on a eu de graves accidents vraiment liés à ça. Alors que là sur quelles bases scientifiques ? Parce que de nos jours c'est l' « evidence base medecine » c'est ça quoi... donc quand on commence à jouer dans ce truc là c'est comme ça qu'il faut dire... ben oui effectivement mais

apporter moi la preuve... C'est ce que j'expliquais tous à l'heure, c'est normal qu'on réagisse comme ça... en disant bon d'accord... « vous êtes pas sensibilisés, vous pourriez faire plus attention »... Oui ben apportez moi la preuve... Voilà et oui c'est le versant, c'est vrai qu'il doit y avoir... mais je suis pas sûr que profondément... on voit que la vitesse, l'alcool tout ça on a été sensibilisé... »

3.5 Médico-légal.

3.5.1 Méconnaissance des risques par les médecins.

Nous avons demandé aux médecins s'ils savaient en quoi leur responsabilité pourrait être engagée en cas d'accident suite à une prise d'antalgique de palier 2.

7 des médecins interrogés semblent ne pas savoir exactement que leur responsabilité pourrait être engagée : **M1** « *juste un palier 2... pff... je pense pas que médico-légalement on fasse des histoires pour ça quand même... parce qu'alors là... sinon on s'en sort plus hein...* », **M12** « *Ah oui... Tu crois qu'on risque beaucoup ? (rires) Je sais pas... Ben moi je pensais que je risquais rien... (rires). Non franchement si tu avertis ton patient et que... ouais non, je suis mal hein...* », **M15** « *Oh non je connais pas toutes les lois en rapport avec nous hein, ça je ne connais pas bien... là je me rends compte que je suis au courant de très peu de chose sur tout ce qui est problème juridique pour les médecins*».

7 médecins ont cité le **défaut d'information**. Même s'ils émettent l'hypothèse que leur responsabilité pourrait être engagée dans ce cas, la majorité d'entre eux ne semble pas connaître réellement les risques : **M10** « *je pense qu'on risque pas grand-chose mais après défaut d'information je pense qu'on peut être inquiété* », **M14** « *C'est sûr que c'est le rôle du*

médecin d'informer son patient sur ses traitements. Théoriquement dans la loi, on lui doit une information loyale et compréhensible à chaque prescription, », **M7** « Pareil je sais pas de façon précise, je pense que oui, mais à ce moment là il faudrait écrire sur chaque ordonnance « ne pas conduire avec ce médicament » et c'est vrai que je le fais pas hein... ça c'est clair. Mais je sais que je devrais peut-être le faire », **M6** « défaut d'information, et je pense que même si on expliquait au patient qu'il ne devait pas conduire et qu'il conduit euh... on nous reprochera de pas avoir assez bien expliqué. Je pense que c'est comme les sorties contre avis médical à l'hôpital, c'est virtuel quoi... »

2 autres médecins évoquent la possibilité d'autres motifs d'accusation : **M10** « s'il y avait une contre-indication qui a potentialiser un effet et qu'il s'est tué, pourquoi pas mise en danger de la vie d'autrui si on n'a pas respecté les contre-indications », **M4** « Ben j'sais pas moi, on peut trouver l'insuffisance ou la perte de chance, le défaut d'information... l'avocat peut mettre jusqu'à l'homicide involontaire ; tout est... J'imagine que compte tenu du nombre d'affaires qu'il y a oui, on a un boulot exposé à plein de risques quoi ».

3.5.2 Avis des médecins sur les risques médico-légaux.

3.5.2.1 Responsabilité partagée.

2 des médecins évoquent la possibilité d'une responsabilité partagée avec le pharmacien ou le patient : **M8** « Ben tu risques tout : du pénal, du civil... Tu risques tout évidemment, tu es responsable, co-responsable avec les pharmaciens, avec les infirmiers mais chaque prescription est risquée ça c'est sûr », **M10** « Il y a un pictogramme, bon le patient il devrait quand même être sensibilisé. Il devrait le voir donc il devrait posé la question à son médecin, si son médecin l'a pas informé de savoir ce qu'il en pense lui. Donc

peut être les torts sont partagés. Mais je pense que d'un point de vue légal ça remplace pas notre devoir, mais après on peut pas tout faire ».

3.5.2.2 Risque de dérive.

Selon 7 médecins, les risques médico-légaux sont très présents dans la pratique médicale. Néanmoins, ils insistent sur le fait qu'ils doivent les mettre de côté par peur de voir le médico-légal dicter leur pratique : **M2** « *Comme tout ce qu'on prescrit on peut toujours nous reprocher certaines choses mais bon... pff... j'essaie d'évacuer le côté juridique parce que sinon je fais plus rien* », **M7** « *Exercer avec toutes ces barrières, toutes ces contraintes ça me paraît d'une... enfin j'veux dire je comprends pourquoi les jeunes à un moment donné ne veulent plus s'installer quoi. Obligé, on est obligé quoi.... Travailler comme ça c'est... on n'est pas fait pour ça quoi... Les américains qu'est ce qu'il leur est arrivé ? Si à partir du moment où il faut que tout soit écrit partout, même un ustensile de cuisine s'il y a pas marqué le plus petit truc... tac... on porte plainte... et c'est ce qu'on va faire. On le créé, quelque part on va finir par le créer. Enfin moi, c'est mon avis...* », **M9** « *Je pense qu'au niveau médico-légal il y a toujours un risque à plein de niveau, et celui-là en particulier, mais c'est difficile d'exercer en étant toujours dans cette crainte hein... ça deviendrait vraiment très inconfortable* ».

3.5.3 Comment les médecins informent-ils leurs patients ?

Pour 10 médecins l'information est exclusivement orale. Pour 4 autres l'information orale est parfois complétée d'une annotation sur l'ordonnance. Mais cette annotation n'est pas systématique, elle dépend du type de traitement prescrit et du patient. L'un des médecins déclare le faire systématiquement pour les psychotropes mais pas pour les antalgiques de palier 2. 4 médecins déclarent le faire parfois selon le patient : **M11** « *des fois*

j'inscris sur l'ordonnance évitez la conduite. Ca dépend aussi de la personnalité, vous avez des personnes qui se gênent pas pour boire de l'alcool, alors ceux là j'insiste un peu plus d'éviter l'alcool, ça je leur dis », M13 « Après quand c'est des traitements rhumatologiques assez courts oui, c'est même noté sur la ligne de prescription... Risque de somnolence, ne pas conduire. Je le fais pour certains médicaments, pour certaines prescriptions [...] en rhumatologie par exemple pour la douleur, mais ils sont pas censés faire dormir donc là je me dois un devoir d'information puisque quand je donne un médicament c'est pas pour dormir, donc là effectivement je le marque. Mais quand c'est en neuro-psychiatrie, où les gens veulent un médicament pour dormir, je le marque pas forcément », M14 « Une annotation sur l'ordonnance [...] je le fais quand je prescris quelque chose à risque chez un patient que je ne sens vraiment pas par exemple... Après, mettre une mention « attention à la conduite automobile » à chaque fois que je prescris un Ixprim... je suis un peu sceptique quand même ! », M6 « A part pour certains patients que je sens pas, mais c'est assez exceptionnel parce que si je les sens pas bien, ils restent pas avec moi, mais si je le sens pas je vais écrire sur l'ordonnance de pas conduire ».

3.5.4 Preuve de l'information.

Selon la loi, en cas de litige, il appartient au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien informé son patient. Nous avons cherché à savoir comment les médecins procédaient et à recueillir leur avis sur l'intérêt d'une annotation sur le dossier ou l'ordonnance comme preuve de l'information donnée.

11 médecins avouent ne jamais inscrire sur le dossier qu'ils ont informé le patient, 2 médecins déclarent le faire parfois mais précisent qu'ils ne le font pas pour les paliers 2, et 1 médecin dit le faire exceptionnellement : **M10** « je suis de la génération du médico-légal

donc (rires)... oui j'ai tendance à écrire si je sens que... alors c'est vrai que c'est pour un profil particulier de patient, je le fais pas systématiquement, j'écris pas systématiquement chaque fois que je prescris des paliers 2 « information délivrée au patient pour la conduite automobile »... Après si je vois que c'est un patient qui a un profil un peu particulier, dont je me méfie parce que je sais qu'il va conduire alors que je l'ai arrêté ou quoi, alors je vais l'écrire dans le dossier. Je le fais pas à chaque fois mais j'ai tendance à l'écrire », M8 « je le marque pas tout le temps mais j'essaie... de plus en plus. Alors pas sur les paliers 2 quand même hein... voilà ça me semble tellement évident, quand tu prescris tu vas dire à ton patient attention trouble de la vigilance. Mais on devrait le faire hein, trouble de la vigilance, vertiges... information donnée au patient mais il faut être ordinateur pour pouvoir penser à noter ça tout le temps tout le temps. Mais de temps en temps oui ça m'arrive ».

1 des médecins l'inscrit sur le dossier mais il l'explique par le fait que depuis peu il travaille dans une structure qui dispose d'un dossier informatisé l'aidant dans cette démarche : **M14** « nous on a un dossier informatisé où on coche la case : « j'ai évalué le rapport bénéfice/risque de cette prescription » et une autre case « patient informé de sa prise en charge » ».

3 médecins insistent sur l'importance de la relation de confiance entre eux et leurs patients pour justifier cette absence de précaution : **M6** « J'ai plutôt un rapport de confiance avec les patients, on va dire qu'à tort je leur fais confiance », **M8** « je le note pas tout le temps hein... Il y a des fois où il y a une deuxième personne lors de la consultation et tu espères que la personne sera de bonne foi ».

3.5.4.1 Annotation sur le dossier.

7 médecins semblent favorables à mettre une note dans le dossier, et certains ont même avoué que cet entretien leur avait fait prendre conscience de l'importance de le faire :

M12 « Là, je suis très mauvaise, c'est le dossier médical : faut écrire dans le dossier médical c'est tout... D'écrire sur le dossier médical, est ce que je le fais... non. Donc maintenant je vais le faire... information donnée au patient... (rires). Si c'est juste ça, je vais le faire. Je ne le fais pas, tu dois le voir d'ailleurs... je ne mets pas grand chose dans le dossier... », **M15** « Maintenant que tu m'as dit ça, je vais pas l'écrire sur l'ordonnance mais sur le dossier comme ça je suis sûre qu'il y a une trace ».

Néanmoins certains médecins émettent des réserves quant à l'intérêt et la faisabilité de cette démarche. 4 médecins mettent en avant le manque de temps : **M4** « s'il fallait noter pour chaque catégorie de médicament « j'ai informé le patient que j'ai prescrit de l'ampicilline et qu'il y a un risque d'un cas sur un million de choc anaphylactique... » la réponse est non... Clairement non », **M7** « en cabinet de ville, quand on a un cabinet qui tourne et qu'on a beaucoup de monde c'est illusoire quoi... », **M8** « on devrait le faire hein, trouble de la vigilance, vertiges... information donnée au patient mais il faut être ordinateur pour pouvoir penser à noter ça tout le temps tout le temps ».

4 médecins émettent des doutes concernant la valeur juridique réelle de cette annotation : **M14** « Mais honnêtement, même comme ça, je suis même pas sûre que ce soit suffisant juridiquement », **M9** « Je sais même pas si ça suffirait comme preuve d'un point de vue strictement légal le fait de marquer dans le dossier ».

3.5.4.2 Annotation sur l'ordonnance.

7 médecins estiment qu'une annotation sur l'ordonnance pourrait être une solution en cas de litige : **M11** « *j'ai pas l'habitude de le marquer, mais au moins cette conversation me rappelle un point important et peut-être que je vais y faire plus attention c'est vrai, au moins le marquer sur l'ordonnance* », **M12** « *c'est mieux parce que là, la personne si elle avait pas compris ou si l'info n'était pas passée ou si jamais le médecin ne l'avait pas fait, là au moins le patient il le lit... Donc c'est mieux* », **M7** « *il faudrait écrire sur chaque ordonnance « ne pas conduire avec ce médicament » et c'est vrai que je le fais pas hein... ça c'est clair. Mais je sais que je devrais peut être le faire*».

Néanmoins des limites sont une nouvelle fois évoquées. Le manque de temps est à nouveau mentionné par plusieurs médecins. Afin d'y palier, certains proposent le recours à une aide à la prescription par le logiciel ou l'utilisation d'un tampon : **M6** « *il faudrait mettre un tampon sur l'ordonnance avec écrit conduite dangereuse... J'imagine hein... ce que je fais... jamais quoi* », **M10** « *moi j'ai un logiciel, souvent je le laisse en fait. Dès que je sors une ordonnance il met toutes les précautions d'emploi... donc en fait il me fait tout le boulot donc euh... C'est vrai que quand j'écris à la main, je le fais pas* », **M13** « *Moi mon avis c'est que ça devrait sortir par le logiciel, quand il te sort la ligne de prescription ça devrait le noter automatiquement dessous attention risque de somnolence. C'est le seul moyen juridique de monter qu'on a vraiment informé le patient parce que moi, j'ai pas le temps en consultation d'expliquer... enfin d'examiner, diagnostiquer et... déjà expliquer l'ordonnance. Je l'explique mais j'ai pas le temps de marquer en plus que j'ai bien informé du risque de somnolence... »*

2 médecins font la remarque que noter sur l'ordonnance est parfois délicat du point de vue des contraintes sociales : **M11** « *Moi je vais pas les fliquer hein. Parfois je l'écris sur*

l'ordonnance, pas tout le temps mais ça arrive... Parce que je sens les gens si je leur mets éviter la conduite euh... c'est moi qui prends le risque, c'est pas faux... de ne pas le mettre. Euh... ne pas conduire, eux ça les coince un peu pour leur travail... Alors je leur dis prenez le le soir, pas en milieu de journée pour qu'ils dorment avec. La plupart du temps on fait un deal comme ça », M7 « sur l'ordonnance c'est hypocrite... voilà je l'ai marqué sur l'ordonnance, normalement vous pouvez pas conduire avec ça... c'est hypocrite voilà non mais à ce moment là il faut... »

3.5.5 Sensibilisation des médecins aux risques médico-légaux.

D'après ces entretiens on peut remarquer qu'il existe une différence de sensibilisation aux problèmes médico-légaux selon l'âge des médecins. En effet les médecins plus jeunes semblent plus sensibles à ces risques, cette impression est confirmée par 2 médecins : **M10** « moi je suis de la génération du médico-légal donc... on est dans l'ère légale du coup je pense qu'il faut le faire », **M7** « je le marque pas forcément dans le dossier mais je sais que les jeunes médecins sont... [...] Et puis bon les remplaçants que j'ai pu avoir... Vous êtes hypersensibilisés à ça quoi. Moi je suis de la vieille génération et je fais confiance quoi... J'explique, je leur dis qu'il faudrait pas... mais c'est une espèce de donnant-donnant entre le patient et moi », « de temps en temps on a des jeunes qui nous sensibilisent un peu à ce genre de problèmes médico-légaux ».

3.6 Information des médecins.

Nous avons cherché à établir quelles sources d'information et de formation utilisaient les médecins dans leur pratique ainsi que les difficultés rencontrées.

Presque tous les médecins sont inscrits à une **Formation Médicale Continue** et sont abonnés à des revues qu'ils consultent régulièrement. Aucun des médecins ne se souvient avoir assisté à une formation concernant la prescription médicamenteuse et la conduite automobile. Certains affirment que ce sujet a parfois été abordé de manière assez succincte, lors de formation sur les psychotropes essentiellement : **M11** « *c'est une bonne question, sans doute à l'occasion de la présentation de médicaments, de la formation pure... C'est sûr que dans mes formations on en a parlé justement par rapport aux médications psychotropes au sens large du terme* ».

La **faculté** est aussi une source de formation pour les médecins. Plusieurs médecins s'inscrivent régulièrement à des diplômes universitaires afin d'élargir le champ de leurs compétences : **M7** « *les 15 premières années de mon exercice je faisais des diplômes inter universitaires, j'allais à la fac régulièrement. Voilà donc pour moi la formation* », **M11** « *j'ai passé la capacité de gériatrie, j'ai une dizaine de DU et la capa là récemment, et je vais continuer de toute façon j'aime bien étudier* ».

Pour 4 médecins l'**échange entre confrères** est une source d'information très enrichissante : **M7** « *Ce qui est bien dans ces formations c'est qu'on échange avec des confrères qui sont ailleurs, qui exercent pas pareil, qui exercent en ville, à la montagne, qui font d'autres... qui sont orientés plutôt vers ça ou ça... voilà c'est important quoi* », **M11** « *je reconnais que dans certaines circonstances, disons un cabinet de groupe ou chacun a son*

indépendance, donc un voisinage géographique peut être intéressant dans le partage des expériences et c'est vrai que, à moment ou à un autre, ça m'a manqué ».

Internet, grâce sa facilité d'accès et la richesse d'informations disponibles, est un outil de choix pour la formation de nombreux médecins.

2 médecins ont tout de même évoqué un frein à cette formation : le temps. Maintenir ses connaissances à jour nécessite beaucoup de temps et celui disponible pour cette activité reste trop limité pour de nombreux praticiens. Selon eux, trop peu de médecins se forment : **M11** *« globalement parlant, si on voulait qu'il soit vraiment au point de son exercice, à mon avis il faudrait qu'il passe la moitié de son temps à étudier durant tout son exercice... Mais moi à titre personnel je trouve que c'est intéressant mais évidemment c'est du temps qui est pas payé ça, alors les médecins s'ils veulent gagner leur vie ils travaillent mais je comprends que le soir ils n'aient pas envie de passer encore 2-3 heures à étudier, c'est complètement légitime. Ils ont leur vie de famille, ils sont fatigués, c'est une évidence... »*, *«ça paraît aberrant, c'est dommage ; et on sait qu'il y a environ 30% des médecins qui ne font jamais de formation »*, **M7** *« Alors moi j'ai toujours fonctionné, j'ai toujours eu un jour de repos au cabinet qui me servait pour me former [...] jusqu'à présent c'était toujours les mêmes qui se formaient ».*

4 DISCUSSION

4.1 Les apports de cette étude.

4.1.1 Choix du sujet.

La prévention prend une part de plus en plus importante dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, choisir un sujet ayant pour thème l'information des patients nous a semblé d'actualité. Nous voulions connaître les difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription médicamenteuse et l'information délivrée, notamment sur les risques liés à la conduite, pour une catégorie de médicaments considérée comme dangereuse selon l'Afssaps.

La fréquence de prescription des antalgiques de palier 2 en a probablement banalisé l'utilisation. Le faible nombre de travaux réalisés sur ce sujet, contrairement aux psychotropes, nous a conforté dans l'idée que les effets secondaires de cette classe thérapeutique tendent à être sous-estimés, d'où l'intérêt de les étudier.

4.1.2 Choix de l'étude.

Pour atteindre nos objectifs, il fallait analyser les motivations et le raisonnement des prescripteurs pour comprendre les obstacles rencontrés et proposer des pistes d'améliorations. C'est la raison pour laquelle le choix d'une enquête qualitative nous semblait le plus pertinent. En effet elle permet de mieux explorer les représentations des médecins qu'un questionnaire avec des questions fermées, en amenant des réponses non attendues.

Les entretiens semi-dirigés se déroulant sur le ton de la conversation, ils permettent d'établir une relation de confiance favorable à l'échange d'informations variées et

intéressantes. Ils peuvent être le théâtre de confidences car certaines difficultés rencontrées par les médecins sont parfois difficiles à exprimer. Le fait d'utiliser des questions ouvertes sur les différents thèmes à aborder permet de récolter une information approfondie du sujet car elles laissent à l'interviewé la possibilité de structurer sa pensée librement.

4.1.3 Validité de l'étude.

Le recueil des données des entretiens a été réalisé par enregistrement grâce à un dictaphone. Ceci a permis une retranscription précise des verbatim.

Pour l'analyse des données, le codage a été réalisé grâce au logiciel NVivo. Cet outil offre l'avantage d'un travail plus rapide et plus facile à évaluer par un intervenant extérieur. Il permet également la comparaison des codages d'un même verbatim par plusieurs chercheurs (triangulation) permettant de s'assurer de la validité de l'interprétation.

4.1.4 Sensibilisation des médecins grâce aux entretiens.

La réalisation des entretiens a amené certains médecins à une réflexion sur le versant médico-légal de l'information. En effet, 4 médecins ont déclaré vouloir modifier leur pratique en indiquant sur l'ordonnance ou sur le dossier médical le contenu de l'information délivrée à leur patient.

4.2 Limites et biais de l'étude.

4.2.1 Type d'enquête.

Tout d'abord, dans une enquête qualitative l'échantillon est réduit, il n'est donc pas représentatif de la population et les résultats ne peuvent, par conséquent, pas être généralisés.

Ce type d'étude suppose l'absence de préjugé ainsi qu'un abord du sujet de façon neutre et ouverte. Or cette neutralité est parfois difficile à conserver par l'enquêteur et sans s'en rendre compte il peut orienter le médecin dans ses réponses.

On peut aussi remettre en questions parfois la fiabilité des propos des interviewés. Ils pourraient inconsciemment orienter leurs réponses afin de satisfaire le chercheur. Ou alors, se sachant enregistrés et craignant le jugement d'un confrère, ils pourraient avoir nuancé ou occulté certaines notions.

Par ailleurs, les entretiens semi-dirigés supposent un dialogue et donc une mise en confiance qui n'est pas toujours facile à établir. Certains répondants peuvent ne pas être disposés à se confier.

4.2.2 Biais de sélection.

La sélection des participants n'a pas été réalisée par tirage au sort. La majorité des médecins interrogés avaient été rencontrés au cours de remplacements. D'autres ont été conseillés par des personnes sources. La plupart des participants connaissaient donc l'enquêteur et ceci pourrait avoir une influence sur la neutralité de leurs réponses.

4.2.3 Biais d'interprétation.

Les entretiens ainsi que le codage ont été réalisés par l'enquêteur, induisant donc un biais d'interprétation. En effet l'analyse pourrait, en partie, être faussée par ses propres représentations. Afin de limiter ce biais une triangulation, c'est-à-dire qu'une seconde analyse par une tierce personne, a été réalisée.

4.3 Prescription des antalgiques de palier 2.

4.3.1 Ressenti des médecins sur les antalgiques de palier 2.

4.3.1.1 Effets secondaires et intolérance.

En très grande majorité, les médecins interrogés avouent être gênés dans leur pratique par l'importance des effets secondaires des antalgiques de palier 2. Ils peuvent se révéler très invalidants, obligeant parfois l'interruption du traitement. La fréquence des effets secondaires est variable selon les patients et les traitements employés. Les médecins s'accordent sur le fait que le tramadol semble être le plus pourvoyeur d'effets indésirables alors que la Lamaline® paraît être la mieux tolérée.

Une étude comparant le tramadol et l'association paracétamol + caféine + poudre d'opium confirme le meilleur profil de tolérance de la Lamaline®⁽⁶⁴⁾.

Concernant l'idée selon laquelle le tramadol est la molécule la moins bien tolérée, les études le comparant avec la codéine ne sont pas unanimes. Si certains travaux vont dans ce sens et concluent à une fréquence plus importante d'effets secondaires avec le tramadol^(9,65-68), d'autres études affirment le contraire^(69,70). L'étude de Mullican et Lacy⁽⁷¹⁾ a pour but de comparer la tolérance de la codéine et du tramadol, elle retrouve une incidence d'effets secondaires sensiblement identique. Néanmoins la somnolence et la constipation étaient moins importantes pour le tramadol (17% et 11%) que pour la codéine (24% et 21%). Cette notion est confirmée par d'autres auteurs^(72,73).

4.3.1.2 Efficacité.

La Lamaline® est considérée par la majorité des médecins comme l'antalgique de palier 2 le moins efficace. Une étude de 2010 comparant le tramadol à l'association paracétamol + caféine + poudre d'opium note une efficacité au moins équivalente de cette

dernière ainsi qu'un délai d'action plus rapide. Néanmoins, cette conclusion doit être tempérée. Dans cette étude les dosages de poudre d'opium sont de 25 et 50 mg alors que dans la Lamaline® commercialisée en France il n'est que de 10mg pour la forme gélule et de 15mg pour le suppositoire.

Les avis des praticiens sont partagés quand il s'agit de comparer le tramadol à la codéine. Certaines études mettent en avant une supériorité de la codéine^(9,67,74). Cependant la majorité des travaux concluent à une efficacité équivalente des 2 molécules^(10,66,68-71,73).

Quelques médecins ont évoqué la baisse du pouvoir antalgique des opiacés lors d'administration chronique évoquant une tolérance. Durant un traitement prolongé par des opiacés, la tolérance analgésique peut être causée par une évolution de la pathologie, une modification du métabolisme (tolérance pharmacocinétique) ou encore une modification du signal opioïdérique (tolérance pharmacodynamique). C'est un mécanisme complexe qui, au niveau cellulaire, se caractérise par une diminution de réponse des récepteurs suite à une stimulation prolongée⁽⁷⁵⁾. Cliniquement, cela se traduit par une réduction progressive des effets thérapeutiques à dose constante du médicament. Cette tolérance est à distinguer du phénomène d'hyperalgésie pouvant intervenir lors d'une prise chronique d'opioïdes. Il correspond à une diminution du seuil douloureux de l'individu et se traduit également par une augmentation de la douleur. Il est souvent difficile de les différencier et le clinicien peut avoir tendance à réagir en augmentant la dose afin de maintenir les mêmes effets analgésiques. Cependant, en présence d'un phénomène d'hyperalgésie il devient futile de tenter d'atténuer cette douleur par une augmentation de la dose d'opioïde. En effet, le médicament en est l'agent responsable et en administrer davantage ne fera qu'amplifier le phénomène. Dans ce cas, il est plutôt recommandé de recourir à un opioïde différent⁽⁷⁶⁾.

4.3.1.3 Dépendance.

5 médecins ont spontanément évoqué les problèmes de dépendance avec l'utilisation des antalgiques de palier 2. Si la majorité ne semble pas différencier les molécules, l'un d'entre eux avoue être plus prudent avec le tramadol qui, selon lui, semble plus souvent impliqué dans les problèmes de dépendance que la codéine.

La revue de la littérature semble infirmer cette hypothèse. De nombreuses études concluent au faible potentiel d'addiction du tramadol^(9,13,77,78). Certaines insistent tout de même sur le fait que ce médicament n'est pas recommandé chez des personnes ayant comme antécédent une toxicomanie en raison d'un risque plus important d'accoutumance^(79,80). En général la dépendance au tramadol est considérée comme moins importante que celles aux autres opioïdes⁽⁸⁰⁾. Un travail réalisé en 2004 aux Etats-Unis contredit cette hypothèse. A la lecture de cette étude, les opioïdes arrivent en second, après l'alcool, dans les substances responsables de dépendance, et parmi eux le tramadol représente 10% des cas. Il se situe en 3^e position, avant la codéine⁽⁸¹⁾.

Cette crainte de la dépendance en amont de la prescription sous entend aussi un phénomène au moins aussi grave : l'automédication et le risque de mésusage et d'abus. En effet une étude américaine a mis en évidence une augmentation du nombre de consultations aux urgences pour overdoses médicamenteuses de 68% entre 1999 et 2004. La majorité d'entre elles étant associées aux opiacés. Il en est de même pour les décès par surdosages médicamenteux, où les opioïdes faibles ont été impliqués dans 8% des cas⁽⁸²⁾. Parmi les consultations liées à un emploi non médical des opioïdes, 2 à 3% impliquent la codéine⁽⁸³⁾. Cette dernière est utilisée à des fins détournées chez 17% des patients en automédication selon une étude française⁽⁸⁴⁾. Ces chiffres mettent l'accent sur la tendance à

l'augmentation des abus médicamenteux et à leurs conséquences parfois dramatiques. Il est donc nécessaire d'être sensibilisé à ce risque lors d'une prescription aussi fréquente que celle des antalgiques de palier 2.

4.3.1.4 Indication selon le type de douleur.

2 des médecins rencontrés modulent leur prescription selon le type de douleur et mettent en avant le fait que le tramadol serait efficace dans les douleurs neuropathiques. En analysant la littérature, nous cherchions à savoir si cette hypothèse était fondée. Les traitements dont l'efficacité est la plus établie dans les syndromes douloureux neuropathiques sont les antidépresseurs tricycliques, certains antiépileptiques et les opiacés forts⁽⁸⁵⁾. Néanmoins le double mode d'action du tramadol lui permet d'être efficace sur les douleurs par excès de nociception ainsi que sur les douleurs neurogènes d'intensité modérée⁽⁸⁶⁾. Ce fait est confirmé par plusieurs études^(85,87,88).

4.3.1.5 Variabilité interindividuelle.

Une des difficultés rencontrée lors de la prescription d'antalgiques de palier 2 admise par l'ensemble des médecins interviewés résulte de la grande variabilité interindividuelle, aussi bien concernant l'efficacité antalgique que l'apparition d'effets secondaires. En effet, alors que certaines personnes tolèreront parfaitement un traitement avec un degré d'antalgie satisfaisant, d'autres subiront des effets secondaires très invalidants ou une inefficacité avec des doses pourtant usuelles de thérapeutiques. Cette différence s'explique en partie par le polymorphisme génétique du cytochrome P450 2D6. Le mécanisme d'action de la codéine passe par sa transformation hépatique à hauteur de 10% en morphine sous l'action de ce cytochrome. Or il est soumis au polymorphisme génétique. On peut distinguer 4 groupes d'individus. 60 à 70% des caucasiens ont une activité enzymatique normale, les

métaboliseurs lents ont une déficience enzymatique complète et sont donc incapables de métaboliser la codéine en morphine, les intermédiaires ont une activité diminuée, et enfin les métaboliseurs ultra rapides peuvent transformer plus de 15% de la dose de codéine en morphine^(10,12). Le cytochrome 2D6 exerce aussi une influence sur le tramadol⁽¹⁴⁾ et le développement d'une dépendance ; en effet, une déficience enzymatique est un facteur protecteur contre la dépendance aux opiacés⁽⁸⁹⁾.

4.3.2 Problèmes de la prescription chez la personne âgée.

La douleur est un problème commun au cours du vieillissement. Elle touche plus de 50% des personnes âgées vivant à domicile et plus de 80% de celles vivant en institution⁽⁹⁰⁾. Si soulager la douleur est une priorité pour la majorité des médecins, la prescription d'antalgiques de palier 2 semble leur poser de grandes difficultés.

4.3.2.1 Modification du métabolisme.

Le vieillissement a des conséquences sur la perception et l'expression de la douleur mais également sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des antalgiques⁽⁹¹⁾.

L'absorption semble peu affectée par l'âge. En effet, le ralentissement du transit, les modifications des surfaces d'absorption intestinale et la diminution de l'acidité gastrique fréquemment rencontrés chez le sujet âgé ne semblent pas avoir d'influence significative sur les quantités de substances pénétrant dans la circulation générale⁽⁹²⁾.

La distribution des médicaments peut être affectée par les modifications des liaisons aux protéines plasmatiques, les changements de composition corporelle et de vascularisation. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la masse grasse ainsi que d'une diminution de la masse musculaire et de l'eau corporelle totale. Il en résulte une

augmentation du volume de distribution des antalgiques liposolubles et une diminution de celui des molécules hydrosolubles. Dans le plasma, les opioïdes se lient partiellement à l'albumine. La diminution fréquente de son taux avec l'âge entraîne donc une réduction de la proportion de ces médicaments liés à ce transporteur et une augmentation de leur fraction libre⁽⁹²⁾.

La diminution du débit sanguin hépatique réduit sa capacité de métabolisation et l'effet de premier passage hépatique important pour la majorité des opiacés, ce qui augmente leur biodisponibilité et leur concentration plasmatique⁽⁹¹⁾.

Enfin la perte de masse rénale au détriment du cortex, où se trouvent les glomérules, associée à la diminution du débit plasmatique rénal aboutit à une réduction de la capacité de filtration glomérulaire⁽⁹²⁾. La posologie des médicaments à élimination rénale doit donc être adaptée sous peine de risque de surdosage.

4.3.2.2 Polymédication et interactions médicamenteuses.

Chez le sujet âgé, la comorbidité participe à une polymédication souvent importante qui peut être source d'interactions médicamenteuses et être associée à un risque accru d'effets secondaires⁽⁹¹⁾. Le risque iatrogène ne doit pas être négligé. En effet, les pathologies iatrogènes représentent environ 20% des motifs d'admission en service de gériatrie, et ce pourcentage augmente en fonction du nombre de prises médicamenteuses⁽⁹²⁾.

Une relation directe (hyperbolique) existe entre le nombre de molécules coprescrites et le risque d'effets indésirables⁽⁹³⁾. Les interactions médicamenteuses peuvent résulter d'une interférence pharmacodynamique ou pharmacocinétique.

- **Interactions pharmacodynamiques.** Elles concernent souvent des médicaments ayant des propriétés pharmacodynamiques complémentaires ou antagonistes vis-à-vis d'un même système physiologique (compétition pour un même récepteur ou transporteur...). Le risque de syndrome sérotoninergique avec la prise concomitante d'un bloqueur sélectif de la recapture de la sérotonine et certains antalgiques comme le tramadol en est un exemple.

- **Interactions pharmacocinétiques.** Elles résultent d'une perturbation du devenir du médicament et peut donc concerner l'absorption digestive (influence des médicaments modifiant le pH gastro-intestinal), la distribution (déplacement des sites de liaison à l'albumine), le transport cellulaire, l'excrétion rénale (interférence avec la filtration glomérulaire, la réabsorption et surtout la sécrétion tubulaire) et le métabolisme hépatique par induction ou inhibition enzymatique notamment au niveau des cytochromes. Le phénomène d'induction enzymatique peut conduire à une diminution de l'efficacité des médicaments. Plus fréquemment, la co-prescription d'un traitement inhibiteur enzymatique est susceptible de bloquer le métabolisme d'un autre médicament, augmentant par là sa concentration plasmatique jusqu'à atteindre des taux toxiques. Or, les antalgiques de palier 2 sont métabolisés grâce au cytochrome P450 2D6 et certains psychotropes, entre autres, en sont des inhibiteurs⁽⁹⁴⁾.

4.3.2.3 Risque de chute.

Le risque de chute au cours de la prescription d'antalgiques de palier 2 chez la personne âgée est une crainte plus fréquemment exprimée par les médecins que le risque pour la conduite automobile. Une chute chez une personne âgée peut entraîner une fracture de la hanche mettant alors son autonomie en péril.

D'après la revue de la littérature cette crainte est fondée. Une étude publiée en 2011 confirme l'augmentation du risque de fracture avec la prescription d'opioïdes. Ce risque est majoré dans les 2 premières semaines de traitement et avec les spécialités à courte durée d'action⁽⁹⁵⁾. Une publication suédoise mentionne un risque de fracture de la hanche 2 fois supérieur chez les patients utilisant des opioïdes⁽⁹⁶⁾. Un autre travail conclut à un risque relatif de 1.6 pour les personnes âgées consommatrices de codéine. Lorsque les opioïdes sont associés à des psychotropes, ce risque est près de 3 fois supérieur que celui d'une personne ne prenant aucune de ces thérapeutiques⁽⁹⁷⁾.

Par ailleurs, 70% des personnes âgées de plus de 75 ans utilisent au moins un antalgique et une sur quatre consomme à la fois antalgiques et psychotropes. Ces notions sont importantes à connaître puisqu'elles mettent l'accent sur la nécessité de faire preuve d'une grande prudence lors de ces prescriptions, pourtant très fréquentes en médecine générale. Le risque iatrogène inhérent à la polymédication est d'ailleurs rappelé dans la recommandation de 2009 sur « l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » disponible sur le site de l'HAS⁹.

4.3.2.4 Difficulté de la prise en charge de la douleur.

Alors que la fréquence des pathologies douloureuses est très importante chez les personnes âgées, les modifications physiologiques liées à l'âge rendent plus complexe la prescription médicamenteuse. Si le sujet de notre thèse n'était pas orienté sur cette tranche d'âge de la population, cette notion a été évoquée par chaque médecin lors des entretiens. La difficulté de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée est donc un sujet

⁹ www.has-sante.fr

important dans la pratique quotidienne des généralistes qui pourrait faire l'objet d'une thèse d'exercice.

4.3.3 Facteurs pris en compte lors de la prescription à un conducteur.

4.3.3.1 Place de l'automobile dans la vie quotidienne.

La profession des patients semble être prise en compte par les médecins avant la prescription, particulièrement dans le cas des conducteurs professionnels. Les praticiens prennent facilement certaines précautions, comme par exemple un arrêt de travail en cas de risque considéré comme trop important.

Par contre, la place de la voiture dans le mode de vie des patients, hors cadre professionnel, ne semble pas faire l'objet de questions lors des consultations pour la plupart des médecins. Cependant, certains médecins exerçant en milieu semi-rural semblent plus sensibilisés à ce problème en évoquant l'importance de la conduite pour préserver un certain degré d'autonomie, particulièrement chez les sujets âgés.

Une étude réalisée par l'INSEE et publiée en 2009 confirme la grande place occupée par la conduite dans la vie des français. Si les citadins ont tendance à diminuer leur trajet, l'utilisation de la voiture augmente en revanche en dehors des grandes agglomérations, les domiciles se trouvant de plus en plus loin des lieux d'activité⁽⁹⁸⁾.

4.3.3.2 Facteurs influençant la conduite.

- Age du patient.

C'est un paramètre important à prendre en compte. Comme nous l'avons détaillé plus haut, les modifications physiologiques des patients âgées en font des personnes plus

vulnérables, avec des risques d'effets secondaires plus importants. Associée à la diminution des capacités psycho-motrices (diminution des réflexes...) et le vieillissement des sens, cette fragilité peut avoir des conséquences sur leur aptitude à la conduite.

- Association à l'alcool ou au cannabis.

Le rôle de l'alcool dans la survenue d'accident de la route est déjà connu puisqu'il est impliqué dans près d'un accident sur trois selon les chiffres de la sécurité routière⁽¹⁶⁾. La consommation de cannabis chez les conducteurs accidentés augmente également depuis plusieurs années. Une étude de 2004 rapporte que 25% des conducteurs impliqués dans un accident sont positifs à la détection de stupéfiants, principalement le cannabis⁽⁹⁹⁾. L'association éventuelle de ces substances avec les médicaments est une crainte évoquée par certains médecins et fait parfois l'objet de recommandations lors de la prescription, essentiellement en ce qui concerne l'alcool.

En effet, plusieurs études rappellent le risque d'accident associé à la consommation d'alcool ou de cannabis mais surtout l'effet potentialisant de l'association de ces substances avec les médicaments, notamment les opioïdes^(28,33,36,56,99,100).

- Association à d'autres médicaments.

L'étude CESIR-A attribue 3.3% des accidents de la circulation aux médicaments classés en niveau 2 et 3 de vigilance par l'AFSSAPS (3% pour ceux de niveau 2). Le risque relatif augmente en fonction du nombre de spécialités consommées⁽¹⁾.

Les associations médicamenteuses sont donc un facteur à prendre en compte par les prescripteurs. D'ailleurs, de nombreuses études s'accordent sur une majoration du risque d'accident en cas d'association des opioïdes aux psychotropes^(29,33,35), principalement les

benzodiazépines⁽³⁷⁾. Or cette coprescription est fréquente et a déjà démontré son implication dans le risque de fracture chez les personnes âgées. Les médecins doivent être avertis et sensibilisés à ces risques.

4.3.3.3 Avis des médecins sur l'effet des paliers 2 chez un conducteur.

La plupart des médecins reconnaissent un possible effet de somnolence et en préviennent leurs patients. Cependant, le risque pour la conduite automobile est loin de faire l'unanimité, et des recommandations spécifiques ne sont pas toujours données lors de la prescription. Certains médecins semblent d'ailleurs émettre des réserves à ce sujet.

- Phénomène de tolérance.

De nombreux médecins ont évoqué un phénomène de tolérance concernant les effets indésirables des antalgiques de palier 2. Selon eux, s'il existe une baisse de la vigilance qui pourrait gêner un conducteur, elle apparaît essentiellement en début de traitement. Au fur et à mesure des prises, les patients s'habituent aux effets secondaires et le risque s'atténue. Plusieurs études abondent dans ce sens. Certaines concluent à l'absence de diminution des capacités psychomotrices chez les patients sous opioïdes au long cours^(41,45,51). D'autres travaux, orientés sur la conduite, mentionnent un risque d'accident plus élevé dans les premiers jours suivant la prescription^(32,38,48,57) mais qui disparaît chez les patients sous doses stables d'opioïdes^(34,37,39,101). Pour arriver à ces conclusions, la méthode de certaines études comprenait des tests de conduite⁽⁴²⁾.

- Effet dose-dépendant.

Concernant l'impact des antalgiques de palier 2 sur les performances psychomotrices des individus et leur aptitude à la conduite, plusieurs médecins rapportent non seulement

une variabilité interindividuelle mais également un effet dose-dépendant. Celui-ci est confirmé par plusieurs études^(12,29,47,48).

Les médecins ont déclaré ne pas connaître la dose à partir de laquelle leur prescription comporterait un risque plus important.

Une directive européenne (91/439/CEE du conseil du 29 juillet 1991) précise que « *Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur [...] qui consomme régulièrement des substances psychotropes[...] si la quantité de substance absorbée est telle qu'elle exerce une influence néfaste sur la conduite. Il en est de même pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence sur l'aptitude à conduire* ». Si le législateur a fixé une limite pour l'alcool au volant, il en est autrement pour la consommation de médicaments. En effet, il n'existe aucun consensus quant aux valeurs seuils d'incompatibilité avec la conduite d'un véhicule. Apporter la preuve d'une inaptitude induite par la consommation d'un produit quelconque se révèle particulièrement difficile⁽¹⁰²⁾.

- Autres facteurs pouvant influencer l'aptitude à la conduite.

Plus que le traitement, c'est parfois la pathologie initiale qui altère les facultés psychomotrices des patients. Cette hypothèse a été émise par l'un des médecins en mentionnant qu'une douleur intense lui semblait finalement plus dangereuse pour la conduite que le traitement lui-même. La revue de la littérature confirme cette impression puisque de nombreuses études affirment que la douleur diminue les capacités des individus et peut avoir une répercussion sur la conduite^(38,43,45,46,48,50). L'une d'entre elles émet l'hypothèse que la somnolence au début d'un traitement par opiacés pourrait être

secondaire à la compensation de la dette de sommeil accumulée du fait de la douleur⁽⁴⁹⁾. Cette notion a d'ailleurs été évoquée par l'un des médecins interrogés.

4.3.3.4 Précautions d'emploi et conseils lors de la prescription.

Afin de tester la tolérance et minimiser les effets secondaires, les médecins donnent des précautions d'emploi à leurs patients lors de la prescription. Effectivement, ils commencent généralement par des doses faibles et augmentent progressivement la posologie. Ils conseillent fréquemment de débiter le traitement le soir ou le week-end. Les médecins avouent ne pas donner ces préconisations spécifiquement à cause des risques pour la conduite mais plutôt pour tester la tolérance à ces thérapeutiques souvent inductrices d'effets indésirables. Elles permettent néanmoins au patient d'appréhender l'impact de ces médicaments sur ses capacités voire de s'habituer à leurs effets et indirectement de limiter les risques d'accidents...

« L'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety » (ICADTS) a rédigé en 2001 un guide concernant les traitements susceptibles d'affecter les performances de conduite⁽¹⁰³⁾. Cette publication donne des recommandations concernant l'information et la prescription de ces spécialités qui s'adressent aux médecins, aux pharmaciens mais également aux patients. Elle préconise aux praticiens de connaître les médicaments à risque pour la conduite et de choisir la molécule la moins dangereuse de sa catégorie ainsi que la dose la plus faible possible. Elle souligne la nécessité d'éviter l'association à d'autres spécialités psychoactives, d'informer le patient des risques potentiels et de leur conseiller de ne pas conduire au début du traitement... Elle confirme donc le bienfondé des précautions prises par les médecins de notre étude.

4.4 Médicaments et conduite automobile.

4.4.1 Méconnaissance des médecins.

Nous l'avons constaté dans notre étude, très peu de médecins connaissent le fascicule de l'Afssaps. Si tous les médecins avaient effectivement une notion des pictogrammes et des divers niveaux de vigilance, aucun n'a su les décrire parfaitement. De plus, seuls 3 médecins avaient pris connaissance de cette publication. Ce défaut de sensibilisation des praticiens au problème de la conduite automobile sous influence médicamenteuse explique le fréquent manque d'information à ce sujet lors de la prescription de nombreuses classes thérapeutiques pourtant considérées comme à risque.

Deux thèses ayant pour sujets d'évaluer la connaissance et l'impact des pictogrammes auprès de patients et de professionnels de santé arrivent aux mêmes conclusions.

Selon l'une d'entre elle, réalisée en 2010⁽¹⁰⁴⁾, 68% des médecins interrogés prétendaient connaître les pictogrammes mais moins de 4% avaient été informés grâce à l'Afssaps. Elle confirme aussi la connaissance imparfaite des médecins concernant les différents niveaux de vigilance et les classes thérapeutiques leur appartenant. L'impact des pictogrammes s'est d'ailleurs révélé assez minime. Ce dispositif a été mis en place en partie pour aider les prescripteurs, ce travail ne constate pourtant aucune modification de pratique de prescription ou d'information chez plus de 70% d'entre eux.

Le second travail fut présenté en 2007 à la faculté de Bordeaux⁽¹⁰⁵⁾, ses conclusions sont sensiblement identiques. Il confirme le faible impact de l'Afssaps sur l'information des professionnels de santé, ces derniers évoquant l'accumulation de documents qu'ils n'ont pas

le temps de lire. Si les médecins connaissent l'existence des pictogrammes, 75% ignorent leurs significations précises. Enfin, il met l'accent sur le manque d'information délivrée aux patients concernant les risques pour la conduite. Au cours de cette étude, parmi les patients recevant un traitement considéré comme à risque, la moitié en avait conscience. Cette information provenait d'un professionnel de santé dans seulement 15% des cas.

4.4.2 Impact des antalgiques de palier 2 sur la conduite.

Si le risque de somnolence inhérent à cette prescription n'est pas remis en cause, plusieurs médecins émettent des réserves quant au risque réel pour la conduite associée à l'utilisation des opioïdes. Avec le phénomène de tolérance évoqué et en cas de prescription bien suivie, le risque pour la conduite semble négligeable pour certains. L'un d'entre eux remet indirectement en cause la classification des antalgiques dans les produits à risque en évoquant le principe actuel de « l'evidence based medicine » et le manque de preuve scientifique à ce sujet.

La revue de la littérature n'est pas unanime concernant l'impact de l'utilisation des opioïdes sur la conduite. Certaines études signalent un lien entre leur prescription et le risque d'accident^(12,25,28-33,35,36), un effet-dose est d'ailleurs notifié pour la plupart. D'autres travaux concluent à une augmentation du risque uniquement en début de prescription chez des patients naïfs de tout traitement opioïde^(34,37,57,106). Cependant la très grande majorité des publications ne retrouve pas de diminution significative des capacités psychomotrices chez les patients sous doses stables opioïdes^(41,44,45,49,51), ni de risque majoré pour la conduite^(38-40,42,43,46-48,101,107).

Par conséquent, une discordance existe entre le fascicule de l'Afssaps, qui classe les opioïdes en niveau 2 de vigilance, et la revue de la littérature qui ne semble pas confirmer

réellement ce sur-risque d'accident. Etonnés par ce constat, nous avons tenté de savoir sur quelles données scientifiques s'était appuyé le groupe d'experts pour établir sa classification. Nous avons donc contacté l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), anciennement Afssaps. Nous avons pu obtenir un entretien téléphonique avec un responsable qui faisait partie du projet. Ce dernier n'a pas été en mesure de nous fournir la bibliographie sur laquelle il s'était basé. Il nous a expliqué qu'effectivement, selon la littérature, il n'y avait pas de problème majeur chez les patients bien équilibrés avec leur traitement. En majorité les études ne montraient pas de sur-risque, hormis pour les produits de substitution. Il nous a confirmé qu'il n'y avait pas de raison d'interdire la conduite chez les patients bien suivis. Cependant, il affirma qu'en se basant sur le Résumé des Caractéristiques des Produits (avec les effets secondaires qui pouvaient exister notamment la somnolence) et les quelques études attestant d'une atteinte des capacités psychomotrices (même si elles ne sont pas majoritaires), le principe de précaution prévalait c'est pourquoi le groupe d'experts les avait évalués de niveau 2. Le classement en niveau 3 n'a pas été envisagé pour ne pas pénaliser les patients sous traitement au long cours chez qui le traitement est équilibré.

4.4.3 Difficultés rencontrées par les médecins.

4.4.3.1 Juger l'aptitude à la conduite.

Selon le fascicule de l'Afssaps, la prescription d'une spécialité classée en niveau 2 peut remettre en cause l'aptitude à la conduite et nécessite l'avis d'un professionnel de santé. Il devra déterminer si la prise du médicament est compatible avec la conduite⁽⁶¹⁾. Interrogés à ce sujet, les médecins semblent unanimes sur la grande difficulté que représente pour eux l'évaluation des capacités de conduite d'une personne. En effet, la

plupart avance l'argument d'un manque de temps et surtout de formation, ne sachant pas comment faire une telle évaluation au cours d'une consultation. Par ailleurs, le patient est examiné avant la prise médicamenteuse et, du fait de la grande variabilité individuelle, il est quasiment impossible de prédire sa réaction et son aptitude à la conduite sous l'influence de ce traitement.

S'il n'est pour le moment pas obligatoire pour les conducteurs non professionnels, la question d'un contrôle périodique de l'aptitude à la conduite est au cœur des discussions gouvernementales. Si son instauration se confirme, les médecins agréés ne pourraient probablement pas effectuer ce surplus d'activité. La question de confier cette tâche aux médecins généralistes se poserait alors ; mais, interrogés à ce sujet, la grande majorité rejette l'idée d'être contraint à effectuer un contrôle médical, mettant en avant le fait qu'ils n'ont ni le temps ni les compétences d'assumer cette nouvelle mission qui, par ailleurs, détériorerait inévitablement la relation de confiance patient-médecin⁽¹⁰⁸⁾. Ces révélations corroborent les propos recueillis lors notre étude.

4.4.3.2 Impossibilité d'interdire la conduite.

A notre époque, où l'on n'accepte plus le risque et que l'on recherche toujours un responsable, le professionnel de santé doit être vigilant lors du diagnostic d'une pathologie incompatible avec la conduite et lors des prescriptions médicamenteuses. Il devient donc un véritable acteur dans le domaine de la prévention routière. Néanmoins cette mission ne l'autorise pas à lever le secret médical pour informer les autorités compétentes ou retirer le permis à son patient⁽¹⁰⁹⁾.

Certains médecins interrogés ont déploré le fait de ne pouvoir interdire la conduite aux personnes qu'ils considèrent à risque. De ce constat ressort un sentiment d'impuissance.

En effet, en cas de doute sur l'aptitude à la conduite d'un patient, le prescripteur doit s'efforcer de le convaincre de prendre contact avec la commission médicale des permis de conduire afin d'être examiné par un médecin agréé qui déterminera s'il est en mesure de conduire ou non. La décision de saisir la commission relève de la seule compétence du patient. Les médecins sont bien conscients que très peu de patients suivront leurs conseils et feront cette démarche connaissant le risque encouru qu'un expert leur interdise de conduire.

4.5 Information des patients.

L'information des patients tend à prendre une part de plus en plus importante dans la pratique médicale. Elle fait d'ailleurs l'objet de recommandations des autorités sanitaires⁽¹¹⁰⁾ ainsi que d'un cadre législatif.

L'information délivrée par les médecins est souvent partielle, limitée aux risques les plus fréquents, et inconstante, alors que les patients souhaiteraient qu'elle soit plus exhaustive concernant les effets secondaires⁽¹¹¹⁾.

Il existe donc un déséquilibre entre les attentes des patients et l'information que les prescripteurs décident de leur donner. Les entretiens réalisés ont permis d'isoler certains facteurs influençant leur choix.

4.5.1 Le manque de temps.

« La durée de la consultation est fréquemment relevée comme un indicateur de qualité des soins primaires, surtout lorsque les tâches médicales considérées sont relatives à la prévention et à l'éducation à la santé »⁽¹¹²⁾. Or le manque de temps lors des consultations

est une plainte fréquemment exprimée par les médecins dans les études⁽¹¹³⁾, y compris la nôtre.

La délivrance de l'information implique un dialogue et requiert du tact, du temps et de la disponibilité⁽¹¹⁰⁾.

Une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes durant lesquelles le médecin doit effectuer un interrogatoire, un examen clinique, un diagnostic, établir des ordonnances et délivrer une information à son patient concernant sa pathologie et le traitement prescrit. On imagine donc aisément que le temps soit un facteur limitant cette dernière activité⁽¹¹³⁾.

4.5.2 Evolution de la relation médecin-patient.

Dans leur livre, Roter et Hall⁽¹¹⁴⁾ décrivent différents types de relations qui vont influencer le contenu de l'information délivrée. Les principaux sont le modèle paternaliste, consommateur et mutualiste. Dans la relation paternaliste, il existe une inégalité entre les deux acteurs et le médecin informe selon ce qu'il pense que le patient doit savoir. Il existe une confiance aveugle du patient qui est donc peu informé. Le modèle consommateur est l'opposé du précédent, le patient est autonome dans ses choix thérapeutiques et le médecin est alors considéré comme un prestataire de service. Ceci entraîne alors un désinvestissement de ce dernier. Entre ces deux extrêmes se situe la relation mutualiste dans laquelle le médecin tient compte des connaissances et des souhaits du patient et le fait participer aux décisions. A l'heure actuelle, les rapports médecin-patient tendent à passer d'un modèle paternaliste de nos pères, à une relation de plus en plus consommatrice. La qualité de l'information et de l'éducation thérapeutique qui en résultent semble donc en pâtir.

Une étude réalisée en France sur l'information délivrée sur les effets secondaires par des rhumatologues⁽¹¹³⁾ confirme cette impression de modification de la relation médecin-patient avec le temps. Ils admettent dispenser une information concernant essentiellement les risques les plus fréquents et occulter certains effets secondaires graves. Néanmoins, ils sont conscients que dans l'avenir ils n'auront plus le choix et devront délivrer une information de plus en plus exhaustive même s'ils pensent que cela ne sera pas bénéfique pour tous les patients.

Les médias et les nouvelles technologies, particulièrement internet, permettent un accès beaucoup plus aisé à l'information qui ne dépend plus uniquement du discours des médecins. Ces derniers ont d'ailleurs observé une évolution dans les mentalités des patients⁽¹¹⁵⁾ qui deviennent de plus en plus exigeants et refusent la faillibilité de la médecine. Les praticiens doivent répondre à leur demande d'une information la plus complète possible. Dans le cas contraire, la capacité des personnes à prendre une décision éclairée et leur relation avec le soignant s'en trouveraient altérées.

La surinformation des patients est-elle, par conséquent, un frein à une relation de qualité avec leur médecin traitant ? On peut se demander si la société actuelle n'est pas en proie à une crise de confiance de la population qui refuse de croire sur parole son médecin et souhaite de plus en plus rester maîtresse des décisions qui la concernent. Comment ceci va-t-il faire évoluer la relation de soins ? Ne risque-t-on pas un désengagement des médecins qui ne prendront plus la responsabilité de prescrire des traitements utiles mais à risque ?

4.5.3 Influence de l'information sur le traitement.

4.5.3.1 Observance.

Durant les entretiens plusieurs médecins ont avoué limiter volontairement leur information concernant les effets secondaires des médicaments de peur de décourager les patients et d'entraîner une diminution de la compliance. Si cette notion ressort de certaines études^(113,116), d'autres travaux retrouvent, au contraire, un lien entre faible information et mauvaise observance^(117,118).

4.5.3.2 Peur de l'effet nocebo.

La crainte d'induire des effets secondaires, en insistant sur leur survenue potentielle lors de la prescription, est une raison fréquemment avancée par les médecins pour justifier une information incomplète^(113,115,119). Néanmoins, une étude conclut que l'information des patients avant de débiter un traitement n'entraîne pas d'augmentation d'incidence des événements indésirables⁽¹²⁰⁾. Ses auteurs affirment que l'effet nocebo ne doit pas être une raison pour le médecin de ne pas avertir ses patients des effets secondaires possibles de ses prescriptions. Un autre travail va dans ce sens en affirmant que la délivrance d'une faible information augmente le risque iatrogène⁽¹²¹⁾.

4.5.4 Informer : un devoir médico-légal.

4.5.4.1 Responsabilité médicale.

Un manquement au devoir d'information peut entraîner le praticien devant la juridiction civile et ordinaire. Cette obligation est régie par les articles 34 à 36 du code de déontologie médicale et la loi du 4 mars 2002⁽⁶²⁾. Le médecin doit à son patient une information claire, loyale et appropriée, qui doit porter sur tous les effets secondaires,

même exceptionnels. Il doit s'assurer qu'elle a bien été comprise afin que le patient puisse prendre une décision éclairée et adapter son comportement selon les risques encourus. Cette démarche doit s'intégrer dans une consultation médicale où le temps est nécessairement limité. Il semble utopique d'espérer qu'un prescripteur puisse satisfaire à toutes ces conditions. Cependant, en cas d'incident sa responsabilité pourrait être engagée.

Les décisions de justice n'ont concerné, jusqu'à présent, que des traitements invasifs ou chirurgicaux. Mais rien ne s'oppose à ce qu'elles soient transposées au domaine de la prescription médicamenteuse. En cas d'accident causé par un conducteur ayant reçu une prescription inductrice d'effets sur la conduite, le médecin pourrait être poursuivi pour défaut d'information⁽¹⁹⁾. Cette évolution est crédible aux yeux de nombreux juristes. Un des médecins interviewé a d'ailleurs avoué avoir fait l'objet d'une plainte, n'ayant pas abouti, à la suite d'un accident de voiture d'une de ses patientes après prise de tramadol.

4.5.4.2 Traçabilité de l'information.

Depuis l'Arrêt de la Cour de Cassation du 25 février 1997, il appartient au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien délivré l'information à son patient.

Selon la recommandation de l'HAS⁽¹¹⁰⁾ l'information orale est primordiale mais elle peut être complétée par la distribution de documents écrits. Le dossier médical devrait mentionner les informations majeures qui ont été communiquées au patient. Ces mentions suffiraient à servir de preuve en cas de litige et il n'y aurait donc pas lieu de demander une confirmation signée de la délivrance de l'information. Une publication de l'ANAES de mars 2000⁽¹²²⁾ mettait déjà l'accent sur le fait que demander une confirmation écrite du patient témoignait d'un manque de confiance pouvant altérer la relation médecin-malade. Néanmoins, si l'Arrêt du 14 octobre 2007 a retenu que la preuve peut être apportée par tout

moyen, il existe une prééminence de l'écrit qui apparaît comme la manière la plus efficace pour le médecin de se constituer une preuve de la délivrance de l'information.

Les praticiens interrogés partagent ces opinions. Bien que tous admettent que l'information écrite leur semble la seule valable en cas de litige, aucun ne mentionne régulièrement dans ses dossiers médicaux qu'il a informé ses patients. Certains déclarent donner une information uniquement orale et mettent en avant l'argument d'une relation de confiance avec leurs patients. Ce sont essentiellement les médecins les plus âgés qui tiennent ce discours. Mais en cas de mise en cause de leur responsabilité, comment se défendront-ils ?

4.5.4.3 Sensibilisation des médecins aux risques médico-légaux.

Au cours des entretiens les médecins ont avoué peu connaître les risques médico-légaux qui accompagnent leur pratique quotidienne. Les jeunes générations semblent néanmoins beaucoup plus sensibilisées à ce problème.

La société évolue, ainsi que la médecine et la relation médecin-malade. Les patients deviennent de plus en plus exigeants et ne se contenteront plus de l'obligation de moyens mis en œuvre par les médecins. Ils veulent des résultats et, en leur absence, un responsable. Le médecin semble alors le coupable idéal...

Il paraît donc indispensable que les praticiens prennent conscience de cette évolution des mentalités et adoptent les mesures nécessaires pour se protéger en cas de litige.

Après nos entretiens plusieurs médecins nous ont avoué ne pas se rendre compte des risques médico-légaux qu'ils encourraient. Ils admettent avoir été sensibilisés par notre interview. Ils ont également affirmé qu'ils essaieraient désormais d'être plus attentifs à ces

risques et qu'ils noteraient les informations sur l'ordonnance ou sur leur dossier afin de pouvoir se défendre en cas de problème.

4.6 Pistes d'amélioration.

Cette étude nous a inspiré quelques perspectives d'évolution qui pourraient être bénéfiques pour les médecins.

- Amélioration de la formation et de l'information des médecins :

Nous l'avons vu, l'Afssaps n'a qu'une place très limitée dans l'information des médecins, pourtant cet organisme est à l'origine de nombreuses recommandations qui devraient être portées à la connaissance des prescripteurs. Une des raisons évoquées pour justifier la méconnaissance de ces fascicules est l'accumulation de papiers que les praticiens n'ont pas le temps de lire. Par conséquent, les informations importantes sont souvent noyées dans la masse et ne sont pas lues. Penser à un meilleur moyen de diffusion de ces recommandations pour les mettre en valeur pourrait palier ce manque.

Par ailleurs, les résultats montrent que les risques pour la conduite liés aux médicaments sont méconnus des professionnels de santé et ne sont que peu abordés lors de leur formation. Une des pistes d'amélioration envisagée pourrait être de compléter la formation des médecins durant leurs études ou bien d'étoffer l'offre de la formation médicale continue avec des séminaires consacrés à ce sujet.

- Sensibilisation des médecins aux enjeux médico-légaux de leur pratique :

Les médecins ne sont que peu sensibilisés aux risques médico-légaux grandissants de leur activité, même si les jeunes générations semblent se sentir plus concernées par ce problème. Il pourrait être intéressant d'améliorer la connaissance des risques par les médecins en développant des formations à ce sujet ou en facilitant le dialogue avec des juristes spécialisés.

- Favoriser l'échange entre les médecins et les autorités compétentes de prévention routière :

Plusieurs médecins ont déploré le fait d'être impuissants dans de nombreuses situations concernant les capacités de conduite de leurs patients : ils sont mal à l'aise à l'idée de les évaluer (par manque de temps mais aussi de formation) et déplorent le fait de ne pas pouvoir leur interdire la conduite d'un véhicule ou informer les autorités en cas de patients à risque. Un des médecins a également évoqué l'absence de communication entre les médecins et les instructeurs d'auto-écoles lors de la délivrance du permis.

Favoriser l'échange entre les professionnels de santé et les auto-écoles ou les commissions médicales du permis de conduire pourrait être une piste de réflexion intéressante. Par exemple, en introduisant une dérogation au secret médical qui permettrait aux médecins d'être moins démunis devant des conducteurs à risque, ou en établissant un dialogue (voire un partage de certaines informations médicales) entre les médecins et les instructeurs d'auto-école pour détecter d'éventuelles contre-indication avant la délivrance du permis de conduire.

- Aider les médecins dans leur rôle de prescription et leur devoir d'information :

L'éducation thérapeutique et l'information des patients font partie intégrante du rôle du médecin. Malheureusement ces activités sont très chronophages et sont rarement compatibles avec le rythme des consultations de l'activité libérale. Un des interviewés a d'ailleurs mis l'accent sur le fait que le faible coût d'une consultation médicale se révélait être un frein à cette démarche et donc à une médecine de qualité. La question d'une revalorisation des actes se pose donc une nouvelle fois. Elle permettrait probablement aux médecins de pratiquer des consultations plus longues et donc de favoriser l'éducation thérapeutique et la communication avec les patients.

L'utilisation d'un logiciel adapté a été proposée par certains médecins, par exemple un logiciel rappelant les précautions à prendre et les inscrivant sur l'ordonnance. Il pourrait faire gagner du temps aux prescripteurs et les aider dans leur devoir d'information. Un des médecins interrogés, travaillant depuis peu dans une structure médicalisée, nous a confié utiliser des dossiers informatisés bénéficiant d'une case à cocher « patient informé de sa prise en charge ». Ce type de logiciel pourrait s'avérer intéressant en médecine libérale afin d'assurer au médecin une preuve que l'information a bien été délivrée. Si la valeur juridique d'une telle action peut se discuter, cela pourrait néanmoins avoir pour vocation de rappeler aux praticiens de mettre une annotation dans leur dossier ou sur l'ordonnance.

Enfin, la diffusion et la distribution au cours de la consultation de fiches d'information détaillées sur de nombreuses pathologies pourraient permettre d'apporter aux patients une information supplémentaire sans être trop chronophage.

5 CONCLUSION

Nous l'avons vu au cours de cette étude, l'utilisation des antalgiques de palier 2 se révèle complexe. La fréquence de la plainte douloureuse en fait une prescription quotidienne pour beaucoup de généralistes. Cependant, les effets secondaires et l'intolérance sont courants et peuvent être à l'origine d'accidents de la circulation ou domestiques (risque de chute). Ils rendent cette prescription et la prise en charge de la douleur très délicates pour les soignants, principalement chez les personnes âgées, plus fragiles.

Afin d'établir une ordonnance comportant le minimum de risque, il est donc nécessaire pour les médecins d'évaluer la balance bénéfice/risque. Pour se faire, ils doivent prendre en compte de multiples facteurs : le patient (ses antécédents, son âge, sa profession, son entourage...), les traitements envisagés (effets secondaires, propriétés physiques, interactions, indication), la symptomatologie... Ils doivent aussi garder à l'esprit les risques médico-légaux et tenter de s'en prémunir.

La loi et la déontologie imposent aux prescripteurs d'informer leurs patients de manière exhaustive. La somme d'information à délivrer est donc conséquente et doit porter notamment sur les risques encourus, les effets secondaires mais aussi les précautions d'emploi.

Notre étude révèle un déficit d'information délivrée au patient sur les antalgiques de palier 2. Les raisons sont complexes : dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, le praticien réalise une multitude de tâches lors d'une même consultation. Prodiger une information exhaustive se révèle donc être un vœu pieux. Les principaux obstacles évoqués

sont : le manque de temps, la crainte d'un effet nocebo ou d'une mauvaise observance, les contraintes sociales, la surinformation des patients avec la peur qu'une information importante ne soit pas entendue si elle est noyée dans la masse... Les médecins sont donc contraints de faire des compromis dans ce domaine même si cela sous-entend de ne pas respecter « stricto sensu » leurs obligations légales.

Par ailleurs, cette classe thérapeutique est considérée comme à risque pour les conducteurs, impliquant pour le médecin un devoir d'information supplémentaire. Encore une fois, cette étude dévoile des lacunes à ce sujet, probablement par méconnaissance des praticiens. Pourtant la responsabilité médicale de ces derniers pourrait être engagée en cas d'accident. Dans une société où la pratique de la médecine est de plus en plus soumise à un cadre légal, l'évolution des mentalités et de la relation médecin-patient tendent à faire du praticien le responsable idéal en cas d'incident.

Si les médecins connaissent peu les risques médico-légaux de leur pratique et mettent en avant la confiance mutuelle qu'ils ont avec leurs patients, les jeunes générations sont beaucoup plus sensibilisées et prennent plus de précautions. Mais on peut se demander jusqu'où le médico-légal dictera leur pratique. Comment soigner efficacement une personne si on se refuse à lui donner un traitement, qui lui serait pourtant bénéfique, de peur des risques ?

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Orriols L. Santé et insécurité routière : influence de la consommation de médicaments (Étude CESIR-A) [Internet]. Bordeaux 2; 2010 [cité 30 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2010BOR21723>
2. Orriols L, Delorme B, Gadegbeku B, Tricotel A, Contrand B, Laumon B, et al. Prescription Medicines and the Risk of Road Traffic Crashes: A French Registry-Based Study. *PLoS Med*. 16 nov 2010;7(11):e1000366.
3. Observatoire de la médecine générale. Top 50 des Résultats de Consultation pour l'année 2009 [Internet]. 2010 [cité 30 juill 2013]. Disponible sur: http://www.sfm.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html
4. Raineri F, Arnould P, Malouli A, Hebbrecht G, Duhot D. Analyse de la prescription des antalgiques de palier II en médecine générale. *Observatoire de la médecine générale – 2007 à 2009. Douleurs Eval - Diagn - Trait*. avr 2011;12(2):72-81.
5. Leong M, Murnion B, Haber PS. Examination of opioid prescribing in Australia from 1992 to 2007. *Intern Med J*. oct 2009;39(10):676-681.
6. Clausen TG. International opioid consumption. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997;41(1):162-5.
7. AFSSAPS. Analyse des ventes de médicaments - 1999 à 2009 - [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6949f3707b826ada566544613ee8daffe.pdf
8. AFSSAPS. Ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres clés 2010 [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/L-Afssaps-met-en-ligne-les-chiffres-cles-2010-des-ventes-de-medicaments-ville-et-hopital-Communique>
9. Fontaine-Adam M, Daouphars M, Doucet J. L'arrêt de commercialisation des médicaments contenant du dextropropoxyphène: quelles conséquences sur les prescriptions d'antalgiques. *J Pharm Clin*. 2012;31(1):11-25.
10. Aubrun F. Quel avenir pour les antalgiques de palier II. [Internet]. *SFAR* 2011; [cité 1 août 2013]. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Quel_avenir_pour_les_antalgiques_de_palier_II.pdf

11. Afssaps. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses - Recommandations après le retrait des associations contenant du dextropropoxyphène [Internet]. 2011 [cité 1 août 2013]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf
12. Bachs L, Skurtveit S, Mørland J. Codeine and clinical impairment in samples in which morphine is not detected. *Eur J Clin Pharmacol.* avr 2003;58(12):785-789.
13. Gibson TP. Pharmacokinetics, efficacy, and safety of analgesia with a focus on tramadol HCl. *Am J Med.* 31 juill 1996;101(1A):47S-53S.
14. Stamer UM, Stüber F, Muders T, Musshoff F. Respiratory depression with tramadol in a patient with renal impairment and CYP2D6 gene duplication. *Anesth Analg.* sept 2008;107(3):926-929.
15. Vidal - La base de données médicamenteuse des médecins libéraux [Internet]. [cité 1 août 2013]. Disponible sur: <http://www.vidal.fr/>
16. Ministère de l'intérieur. Bilan de l'accidentalité routière en 2012 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/L-actu-du-Ministere/Bilan-de-l-accidentalite-routiere-en-2012>
17. JO du 14 septembre 2010. Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
18. JO du 21 décembre 2013. Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
19. Mercier-Guyon C et al. Le médecin et son patient conducteur [Internet]. 2006 [cité 31 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Kit-Medecin>
20. sécurité routière. Pour une conduite adaptée à sa santé. Médecins: Quel est votre rôle? [Internet]. 2012 [cité 2 août 2013]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/L-actu-du-Ministere/Brochure-Pour-une-conduite-adaptee-a-sa-sante>
21. Gonthier R, Bonin-Guillaume S. Conduite automobile et sujet âgé: perspectives et rôles des médecins. *Rev Gériatrie.* nov 2012;37(9):695-699.
22. McGwin G, Sims RV, Pulley L, Roseman JM. Relations among Chronic Medical Conditions, Medications, and Automobile Crashes in the Elderly: A Population-based Case-Control Study. *Am J Epidemiol.* 9 janv 2000;152(5):424-431.

23. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet*. 24 oct 1998;352(9137):1331-1336.
24. Verster JC, Veldhuijzen DS, Volkerts ER. Residual effects of sleep medication on driving ability. *Sleep Med Rev*. août 2004;8(4):309-325.
25. Ray WA, Fought RL, Decker MD. Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *Am J Epidemiol*. 1 oct 1992;136(7):873-883.
26. Dubois S, Bédard M, Weaver B. The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Inj Prev*. oct 2008;9(5):404-413.
27. Neutel CI. Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine. *Ann Epidemiol*. mai 1995;5(3):239-244.
28. Linnoila M, Häkkinen S. Effects of diazepam and codeine, alone and in combination with alcohol, on simulated driving. *Clin Pharmacol Ther*. avr 1974;15(4):368-373.
29. Bachs LC, Engeland A, Mørland JG, Skurtveit S. The Risk of Motor Vehicle Accidents Involving Drivers With Prescriptions for Codeine or Tramadol. *Clin Pharmacol Ther*. 11 mars 2009;85(6):596-599.
30. Dubois S, Bédard M, Weaver B. The association between opioid analgesics and unsafe driving actions preceding fatal crashes. *Accid Anal Prev*. janv 2010;42(1):30-37.
31. Zacny JP, Conley K, Galinkin J. Comparing the subjective, psychomotor and physiological effects of intravenous buprenorphine and morphine in healthy volunteers. *J Pharmacol Exp Ther*. sept 1997;282(3):1187-1197.
32. Engeland A, Skurtveit S, Mørland J. Risk of road traffic accidents associated with the prescription of drugs: a registry-based cohort study. *Ann Epidemiol*. août 2007;17(8):597-602.
33. Movig KLL, Mathijssen MPM, Nagel PHA, van Egmond T, de Gier JJ, Leufkens HGM, et al. Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal Prev*. juill 2004;36(4):631-636.
34. Zacny JP. Should people taking opioids for medical reasons be allowed to work and drive? *Addict Abingdon Engl*. nov 1996;91(11):1581-1584.
35. Leveille SG, Buchner DM, Koepsell TD, McCloskey LW, Wolf ME, Wagner EH. Psychoactive medications and injurious motor vehicle collisions involving older drivers. *Epidemiol Camb Mass*. nov 1994;5(6):591-598.
36. Mura P, Kintz P, Ludes B, Gaulier JM, Marquet P, Martin-Dupont S, et al. Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study. *Forensic Sci Int*. 23 avr 2003;133(1-2):79-85.

37. Leung SY. Benzodiazepines, opioids and driving: an overview of the experimental research. *Drug Alcohol Rev.* mai 2011;30(3):281-286.
38. Kress HG, Kraft B. Opioid medication and driving ability. *Eur J Pain Lond Engl.* avr 2005;9(2):141-144.
39. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Are opioid-dependent/tolerant patients impaired in driving-related skills? A structured evidence-based review. *J Pain Symptom Manage.* juin 2003;25(6):559-577.
40. Chesher GB. The influence of analgesic drugs in road crashes. *Accid Anal Prev.* août 1985;17(4):303-309.
41. Haythornthwaite JA, Menefee LA, Quatrano-Piacentini AL, Pappagallo M. Outcome of chronic opioid therapy for non-cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* mars 1998;15(3):185-194.
42. Galski T, Williams JB, Ehle HT. Effects of opioids on driving ability. *J Pain Symptom Manage.* mars 2000;19(3):200-208.
43. Veldhuijzen DS, van Wijck AJM, Wille F, Verster JC, Kenemans JL, Kalkman CJ, et al. Effect of chronic nonmalignant pain on highway driving performance. *Pain.* mai 2006;122(1-2):28-35.
44. Walker DJ, Zacny JP. Subjective, psychomotor, and analgesic effects of oral codeine and morphine in healthy volunteers. *Psychopharmacology (Berl).* nov 1998;140(2):191-201.
45. Sjøgren P, Olsen AK, Thomsen AB, Dalberg J. Neuropsychological performance in cancer patients: the role of oral opioids, pain and performance status. *Pain.* juin 2000;86(3):237-245.
46. Nilsen HK, Landrø NI, Kaasa S, Jenssen GD, Fayers P, Borchgrevink PC. Driving functions in a video simulator in chronic non-malignant pain patients using and not using codeine. *Eur J Pain Lond Engl.* avr 2011;15(4):409-415.
47. Verster JC, Veldhuijzen DS, Volkerts ER. Effects of an opioid (oxycodone/paracetamol) and an NSAID (bromfenac) on driving ability, memory functioning, psychomotor performance, pupil size, and mood. *Clin J Pain.* juin 2006;22(5):499-504.
48. Verster JC, Mets MAJ. Psychoactive Medication and Traffic Safety. *Int J Environ Res Public Health.* mars 2009;6(3):1041-1054.
49. Lorenz J, Beck H, Bromm B. Cognitive performance, mood and experimental pain before and during morphine-induced analgesia in patients with chronic non-malignant pain. *Pain.* déc 1997;73(3):369-375.
50. Lagarde E, Chastang J-F, Lafont S, Coeuret-Pellicer M, Chiron M. Pain and pain treatment were associated with traffic accident involvement in a cohort of middle-aged workers. *J Clin Epidemiol.* mai 2005;58(5):524-531.

51. Sjogren P, Thomsen AB, Olsen AK. Impaired neuropsychological performance in chronic nonmalignant pain patients receiving long-term oral opioid therapy. *J Pain Symptom Manage*. févr 2000;19(2):100-108.
52. Marquet P, Delpla PA, Kerguelen S, Bremond J, Facy F, Garnier M, et al. Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France: a collaborative study. *J Forensic Sci*. juill 1998;43(4):806-811.
53. Christophersen AS, Mørland J. Drugged driving, a review based on the experience in Norway. *Drug Alcohol Depend*. 25 août 1997;47(2):125-135.
54. Smink BE, Ruiters B, Lusthof KJ, Zweipfenning PG. Driving under the influence of alcohol and/or drugs in the Netherlands 1995-1998 in view of the German and Belgian legislation. *Forensic Sci Int*. 1 sept 2001;120(3):195-203.
55. Charlier C, Plomteux G. Alcohol, drugs, medication and highway safety in Belgium. Belgian Toxicology and Trauma Study Research Group. *Rev Médicale Liège*. janv 1998;53(1):25-28.
56. Drummer OH, Gerostamoulos J, Batziris H, Chu M, Caplehorn JRM, Robertson MD, et al. The incidence of drugs in drivers killed in Australian road traffic crashes. *Forensic Sci Int*. 8 juill 2003;134(2-3):154-162.
57. Drummer O. The role of drugs in road safety. *Aust Prescr*. avr 2008;31(2):33-35.
58. Ch'ng CW, Fitzgerald M, Gerostamoulos J, Cameron P, Bui D, Drummer OH, et al. Drug use in motor vehicle drivers presenting to an Australian, adult major trauma centre. *Emerg Med Australas EMA*. août 2007;19(4):359-365.
59. JO du 2 août 2005. Arrêté du 18 juillet 2005 pris pour l'application de l'article R. 5121-139 du code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits | Legifrance [Internet].
60. JO du 3 octobre 2008. Arrêté du 8 août 2008 pris pour l'application de l'article R. 5121-139 du code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits | Legifrance [Internet].
61. AFSSAPS. Médicaments et conduite automobile [Internet]. 2009 [cité 24 juill 2013]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/faff1e402339cd443a9894792f20d31d.pdf
62. JO du 5 mars 2002. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
63. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-145.

64. Borel J-F, Deschaumes C, Devoize L, Huard C, Orliaguet T, Dubray C, et al. Traitement de la douleur après avulsion dentaire : essai clinique randomisé en double aveugle comparant deux formulations de paracétamol, caféine et poudre d'opium versus tramadol et placebo. *Presse Médicale*. mai 2010;39(5):e103-e111.
65. Tavassoli N, Lapeyre-Mestre M, Sommet A, Montastruc J-L, French Association of Regional Pharmacovigilance Centres. Reporting rate of adverse drug reactions to the French pharmacovigilance system with three step 2 analgesic drugs: dextropropoxyphene, tramadol and codeine (in combination with paracetamol). *Br J Clin Pharmacol*. sept 2009;68(3):422-426.
66. Müller FO, Odendaal CL, Müller FR, Raubenheimer J, Middle MV, Kummer M. Comparison of the efficacy and tolerability of a paracetamol/codeine fixed-dose combination with tramadol in patients with refractory chronic back pain. *Arzneimittelforschung*. juin 1998;48(6):675-679.
67. Jeffrey HM, Charlton P, Mellor DJ, Moss E, Vucevic M. Analgesia after intracranial surgery: a double-blind, prospective comparison of codeine and tramadol. *Br J Anaesth*. août 1999;83(2):245-249.
68. Crighton IM, Hobbs GJ, Wrench IJ. Analgesia after day case laparoscopic sterilisation#A comparison of tramadol with paracetamol/dextropropoxyphene and paracetamol/codeine combinations. *Anaesthesia*. 1997;52(7):649-52.
69. Pickering G, Estrade M, Dubray C. Comparative trial of tramadol/paracetamol and codeine/paracetamol combination tablets on the vigilance of healthy volunteers. *Fundam Clin Pharmacol*. déc 2005;19(6):707-711.
70. Fricke JR Jr, Karim R, Jordan D, Rosenthal N. A double-blind, single-dose comparison of the analgesic efficacy of tramadol/acetaminophen combination tablets, hydrocodone/acetaminophen combination tablets, and placebo after oral surgery. *Clin Ther*. juin 2002;24(6):953-968.
71. Mullican WS, Lacy JR. Tramadol/acetaminophen combination tablets and codeine/acetaminophen combination capsules for the management of chronic pain: a comparative trial. *Clin Ther*. sept 2001;23(9):1429-1445.
72. Bourne MH, Rosenthal NR, Xiang J, Jordan D, Kamin M. Tramadol/acetaminophen tablets in the treatment of postsurgical orthopedic pain. *Am J Orthop Belle Mead NJ*. déc 2005;34(12):592-597.
73. Smith AB, Ravikumar TS, Kamin M, Jordan D, Xiang J, Rosenthal N, et al. Combination tramadol plus acetaminophen for postsurgical pain. *Am J Surg*. avr 2004;187(4):521-527.
74. Stubhaug A, Grimstad J, Breivik H. Lack of analgesic effect of 50 and 100 mg oral tramadol after orthopaedic surgery: a randomized, double-blind, placebo and standard active drug comparison. *Pain*. juill 1995;62(1):111-118.

75. Marie N. Mécanismes moléculaires de la tolérance aux opiacés et aux cannabinoïdes. *Réanimation*. oct 2009;18(7):626-632.
76. Houle M, Raymond M-C. Opioides et douleur chronique non cancéreuse : enjeux cliniques. *Drog Santé Société*. 2008;7(1):357.
77. Miranda HF, Pinardi G. Antinociception, tolerance, and physical dependence comparison between morphine and tramadol. *Pharmacol Biochem Behav*. déc 1998;61(4):357-360.
78. Richter W, Barth H, Flohé L, Giertz H. Clinical investigation on the development of dependence during oral therapy with tramadol. *Arzneimittelforschung*. 1985;35(11):1742-1744.
79. Brinker A, Bonnel RA, Beitz J. Abuse, dependence, or withdrawal associated with tramadol. *Am J Psychiatry*. mai 2002;159(5):881; author reply 881-882.
80. Tjäderborn M, Jönsson AK, Ahlner J, Hägg S. Tramadol dependence: a survey of spontaneously reported cases in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. déc 2009;18(12):1192-1198.
81. Adams EH, Dart RC, Knisely JS, Schnoll SH. Tramadol abuse and dependence among physicians. *JAMA J Am Med Assoc*. 27 avr 2005;293(16):1977; author reply 1977-1978.
82. Hall AJ, Logan JE, Toblin RL, Kaplan JA, Kraner JC, Bixler D, et al. Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities. *JAMA J Am Med Assoc*. 10 déc 2008;300(22):2613-2620.
83. Escher RON et M. Antalgiques en automédication : quels sont les risques ? *Douleur*. 30 juin 2010;Volume 255(25):1338-1341.
84. Orriols L, Gaillard J, Lapeyre-Mestre M, Roussin A. Evaluation of abuse and dependence on drugs used for self-medication: a pharmacoepidemiological pilot study based on community pharmacies in France. *Drug Saf Int J Med Toxicol Drug Exp*. 2009;32(10):859-873.
85. Attal N. Traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques. *Presse Médicale*. févr 2008;37(2, Part 2):346-353.
86. Espié M. *Le suivi du patient cancéreux*. John Libbey Eurotext; 2001.
87. Sindrup SH, Andersen G, Madsen C, Smith T, Brøsen K, Jensen TS. Tramadol relieves pain and allodynia in polyneuropathy: a randomised, double-blind, controlled trial. *PAIN*. 1 oct 1999;83(1):85-90.
88. Harati Y, Gooch C, Swenson M, Edelman S, Greene D, Raskin P, et al. Double-blind randomized trial of tramadol for the treatment of the pain of diabetic neuropathy. [Miscellaneous Article]. *Neurol* June 1998. 1998;50(6):1842-1846.

89. Tyndale RF, Droll KP, Sellers EM. Genetically deficient CYP2D6 metabolism provides protection against oral opiate dependence. *Pharmacogenetics*. oct 1997;7(5):375-379.
90. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*. août 2001;17(3):417-431, v.
91. Pickering G. Pharmacologie de la douleur chez la personne âgée. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2006;4(2):95-102.
92. Wotquenne P, Petermans J, Scheen AJ. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée: que devons nous savoir? *Rev Médicale Suisse*. 2006;2(76):1878-80, 1882-3.
93. Diquet B, Lainé-Cessac P. Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. *Interactions médicamenteuses*. *Rev Prat*. 15 mars 2005;55(5):541-545.
94. Scheen AJ. Interactions médicamenteuses : De la théorie à la pratique. *RMLG Rev Médicale Liège*. 61(5-6):471-482.
95. Miller M, Stürmer T, Azrael D, Levin R, Solomon DH. Opioid analgesics and the risk of fractures in older adults with arthritis. *J Am Geriatr Soc*. mars 2011;59(3):430-438.
96. Guo Z, Wills P, Viitanen M, Fastbom J, Winblad B. Cognitive impairment, drug use, and the risk of hip fracture in persons over 75 years old: a community-based prospective study. *Am J Epidemiol*. 1 nov 1998;148(9):887-892.
97. Shorr RI, Griffin MR, Daugherty JR, Ray WA. Opioid analgesics and the risk of hip fracture in the elderly: codeine and propoxyphene. *J Gerontol*. juill 1992;47(4):M111-115.
98. Hubert J-P. Dans les grandes agglomérations, la mobilité quotidienne des habitants diminue, et elle augmente ailleurs. *Insee Première* [Internet]. juill 2009 [cité 29 août 2013];(1252). Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1252#inter2
99. Kelly E, Darke S, Ross J. A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug Alcohol Rev*. sept 2004;23(3):319-344.
100. Kerr JS, Hindmarch I. The effects of alcohol alone or in combination with other drugs on information processing, task performance and subjective responses. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 1998;13(1):1-9.
101. Byas-Smith MG, Chapman SL, Reed B, Cotsonis G. The effect of opioids on driving and psychomotor performance in patients with chronic pain. *Clin J Pain*. août 2005;21(4):345-352.
102. Charlier C. La législation relative à la détection des médicaments. [Internet]. [cité 31 août 2013]. Disponible sur: <http://association-marilou.org/20/doc/Justice/sante4.pdf>

103. Alvarez JF, De Gier JJ, International Council on Alcohol D. Prescribing and dispensing guidelines for medicinal drugs affecting driving performance. [Mississippi State, Miss.]: ICDATS; 2001.
104. Carra D. Niveau de connaissance des effets des médicaments sur la conduite d'engins chez les usagers et les professionnels de santé et impact des pictogrammes sur leur comportement [Thèse]. [Grenoble, France]; 2010.
105. Dubois F. Médicaments à risque pour la conduite automobile : évaluation de l'impact des pictogrammes auprès de patients, de médecins généralistes et de pharmaciens [Internet] [Thèse]. [Bordeaux, France]; 2007.
106. Zacny JP. A review of the effects of opioids on psychomotor and cognitive functioning in humans. *Exp Clin Psychopharmacol.* 1995;3(4):432-466.
107. Amato J-N. Étude des effets de différentes doses de l'association paracétamol et codéine sur les comportements de conduite automobile de sujets jeunes. Actes INRETS [Internet]. Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité; 2010 [cité 1 sept 2013]. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=24106424>
108. Aptitude médicale à la conduite: le dilemme français! *Bull Inf Ordre Natl Médecins.* juin 2011;(17):22-27.
109. Lelièvre N. Conducteur à risque et secret médical. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* févr 2009;10(1):48-52.
110. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. 2012 [cité 5 sept 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
111. Keown C, Slovic P, Lichtenstein S. Attitudes of physicians, pharmacists, and laypersons toward seriousness and need for disclosure of prescription drug side effects. *Health Psychol.* 1984;3(1):1-11.
112. Ventelou B, Rolland S. Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. *Santé Publique.* 19 mai 2009;Vol. 21(2):129-138.
113. Berthelot J-M, Glemarec J, Guillot P, Chiffolleau A, Maugars Y, Rodat O. Informing patients about serious side effects of drugs. A 2001 survey of 341 French rheumatologists. *Joint Bone Spine.* févr 2003;70(1):52-57.
114. Roter D, Hall JA. Doctors Talking with Patients/patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits. 1992.
115. Stevenson FA. The strategies used by general practitioners when providing information about medicines. *Patient Educ Couns.* avr 2001;43(1):97-104.

116. Katz JN, Daltroy LH, Brennan TA, Liang MH. Informed consent and the prescription of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Arthritis Rheum.* nov 1992;35(11):1257-1263.
117. Le BOT M. Dossier observance. *Rev Prat Médecine Générale.* 1999;13(469):1335-48.
118. PECK CL KN. Comment améliorer l'observance des malades vis à vis des prescriptions. *JAMA Paris.* 1983;7(66):203-208.
119. McGrath JM. Physicians' perspectives on communicating prescription drug information. *Qual Health Res.* nov 1999;9(6):731-745.
120. Lamb GC, Green SS, Heron J. Can physicians warn patients of potential side effects without fear of causing those side effects? *Arch Intern Med.* 12 déc 1994;154(23):2753-2756.
121. WYNNE HA, LONG A. Patient awareness of the adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). *Br J Clin Pharmacol.* août 1996;42(2):253-256.
122. ANAES. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. [Internet]. 2000 [cité 6 sept 2013]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc_info_pts.pdf

7 ANNEXE

Annexe 1:

Grille d'entretien.

1. Cadre d'exercice :

- Cabinet de groupe/ seul
- Exercice en ville, en milieu rural/semi-rural
- Tranche d'âge/ sexe
- Caractéristiques de la patientèle ; pouvez vous me décrire votre patientèle ?
- Type d'exercice (spécialisation, DU)

2. Prescription :

a. Choix de l'antalgique

- A quelle fréquence prescrivez-vous des antalgiques de palier 2 ?
- Quelle est la place des antalgiques de palier dans votre stratégie thérapeutique ?
- Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés dans votre expérience lors de la prescription d'antalgiques de palier 2 ? (si on parle d'effets secondaires rebondir sur nausées/ somnolence pour tenter d'introduire la notion de danger éventuel...).
- De quels effets secondaires vous méfiez vous le plus ?
- Quels antalgiques de palier 2 avez-vous l'habitude de prescrire ? Comment s'est fait votre choix ?
- Quels critères prenez-vous en compte chez le patient ? (travail, place de la voiture dans sa vie, association avec médicament/ OH ?, voir s'ils font la différence entre patient jeune et âgé...)
- Chez les patients jeunes, en quoi pensez-vous qu'une telle prescription puisse les gêner? (introduire la vigilance dans le travail pour éventuellement élargir à la conduite...). Si travailleur voir si AT prescrit et si oui modalité de ttt à la reprise (stop ttt ou poursuite...). Quelles professions vous inquiètent le plus ?
- Que craignez-vous chez les personnes âgées ? (prise en charge de la douleur chez la personne âgée → Difficultés).

b. Informations et précautions données au patient

- Que dites vous au patient lors de la première prescription d'un antalgique de palier 2 ? (quelles informations et précautions sont données ?)
- Même question lors d'un renouvellement (ttt chronique) ?
- Comment vérifiez vous que les patients ont compris votre message ? (voire si adaptation info au patient)
- Comment est-ce perçu par les patients ? Quelles sont leurs questions, leurs craintes ?
- Vos patients vous semblent-ils informés des risques ? Par quels moyens à votre avis ?

c. Surveillance

- Quelle surveillance instaurez-vous ? De quoi parlez-vous lors de la consultation suivante ?
- Avez-vous des patients sous antalgique de palier 2 au long cours ? Comment se passe votre surveillance dans ces cas ?

d. Automédication

- Quelles sont vos expériences d'automédication avec les antalgiques de palier 2 ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Que dites vous aux patients concernant l'automédication ?

e. Quelles alternatives thérapeutiques ou thérapeutiques complémentaires utilisez-vous dans les pathologies douloureuses ? (homéopathie, phyto, placebo, spécialiste ?) Quels sont leurs résultats ?

3. Expérience vécue :

- Dans votre expérience, vos patients constatent-ils une modification de leur aptitude à la conduite ?
- Avez-vous déjà été confronté à une situation au cours de laquelle la prescription d'un antalgique de palier 2 à un conducteur avait posé problème ? Si oui dans quelles circonstances ?
- Comment votre pratique a-t-elle évolué dans ce type de prise en charge ?

4. Antalgiques de palier 2 et conduite :

- Quel est votre avis concernant la prescription d'antalgique de palier 2 sur la vigilance ?
- Quel est votre avis concernant la prescription d'antalgique de palier 2 à des conducteurs ?
- Prenez vous des précautions particulières dans le cas des conducteurs professionnels/ patients avec profession à risque ?
- (si médecin pour commission permis, voir si question intégrée lors de l'évaluation....)
- En pratique comment prenez vous en compte l'impact possible sur la conduite automobile des antalgiques de palier 2 ?
- Avez-vous lu le fascicule de l'AFSSAPS sur les médicaments et la conduite automobile ? Qu'en pensez-vous ?
- Que pensez-vous des pictogrammes ?
- Comment évaluez-vous les capacités de conduite de vos patients ? (référence au fascicule AFSSAPS et niveau 2)
- Que pensez-vous des commissions médicales du permis de conduire ? Y avez-vous déjà adressé un patient ?

5. Conduite et médicaments :

- Etes-vous sensibilisé au problème des effets des médicaments sur la conduite automobile ?
Si oui pour quels médicaments et par quel moyen ?
- En informez-vous vos patients systématiquement ? (pourquoi ?)
- Que pensez-vous de l'information lors de la prescription ? Par quels moyens ou personnes devrait se faire l'information des patients, à votre avis? (voire si ils pensent que l'info devrait être partagée et par quels moyens : pharmaciens, média, labo, picto...)

6. Aspect juridique :

- Que savez-vous des risques médico-légaux encourus par le médecin prescripteur en cas de problème (resp pénale, civile, ordinale) ?
- En cas de mise en cause de sa responsabilité, c'est au médecin de prouver qu'il a donné à son patient une information claire, loyale et appropriée. Comment faites-vous ?
- Que pensez-vous d'une annotation sur l'ordonnance ? de l'écrire dans le dossier ?

7. Formation :

- Quelles sources utilisez-vous pour vos connaissances médicales (FMC, abonnement revue) ?
- Etes-vous maître de stage ?
- Avez-vous déjà été sensibilisé/informé sur le sujet de la prescription médicamenteuse et de la conduite automobile ou plus généralement l'altération de la vigilance ? (précisez dans un second temps pour les antalgiques de palier 2) De quelle manière ?

8 SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous l'emprise de la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.