



HAL
open science

État des lieux du ressenti des internes en dernière année de médecine générale en Picardie quant à la gestion des opioïdes forts

Florent Dupuis

► To cite this version:

Florent Dupuis. État des lieux du ressenti des internes en dernière année de médecine générale en Picardie quant à la gestion des opioïdes forts. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02875357

HAL Id: dumas-02875357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02875357>

Submitted on 19 Jun 2020

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.

**État des lieux du ressenti des internes
en dernière année de médecine générale en Picardie
quant à la gestion des opioïdes forts**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)
Médecine générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 31 MARS 2020
PAR

DUPUIS FLORENT

Président du jury :

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Juges :

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Antoine CENSE

REMERCIEMENTS

A mon président de Jury,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie

Vous me faites honneur en présidant mon jury de thèse. Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de ma reconnaissance et de mon éternel respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Chef du service d'Oncologie médicale
CHU d'AMIENS

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de
juger mon travail. Soyez assuré de mon grand respect et de ma profonde gratitude.*

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence
Responsable de l'Unité de Réanimation Cardiaque Thoracique Vasculaire et Respiratoire

*Vous avez accepté avec intérêt et
gentillesse de prendre part au jury de cette thèse. Veuillez recevoir en retour mes sincères
remerciements.*

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Pharmacologie clinique

*Vous me faites l'honneur d'apporter votre regard critique sur ce travail. Permettez-moi de
vous exprimer ma gratitude*

Monsieur le Docteur Antoine CENSE
Médecin urgentiste, Centre hospitalier Simone Veil Beauvais

Merci de votre aide et de vos précieux conseils afin de mener ce travail à bien. En espérant que le travail effectué soit à la hauteur de vos attentes. Je vous remercie infiniment.

A mes parents Sab et Georges qui me soutiennent depuis le début et que j'espère fiers de moi.

A mon petit frère Max qui a eu le courage d'emprunter la même voie que moi.

A mes regrettés grands parents qui n'auront pas pu attendre la consécration de mon labeur.

A mon Amour Fanny qui sublime chaque moment de ma vie et que je ne remercierai jamais assez pour ce qu'elle m'apporte.

A mon j'espère meilleur Ami Seb Don Dittos qui a le dont de me supporter dans la vie comme au travail.

A Antoine ami de longue date et pour encore longtemps, merci de m'avoir guider tout au long de ce travail.

A Valentin qui a réussi à éveiller le « guerrier » qui était en moi.

A la famille Larcher, merci pour votre bienveillance.

A Maxime Sanglier sans qui la réussite de la première année de mes études aurait été une autre affaire et sans qui je ne serai pas ce que je suis aujourd'hui.

A Guismo l'experte en aéro-nautique et compagnon de toujours.

Au Docteur Pol qui m'aura tout appris au début de mon internat et qui m'aura inculqué la rigueur nécessaire à l'exercice de la médecine.

Au Docteur Renaud qui m'aura permis d'affiner mes connaissances en médecine .

A l'équipe de réanimation de Creil qui m'aura appris que l'on peut s'amuser tout en travaillant.

A toutes les personnes qui m'ont apporté quelque chose durant mon internat, un merci spécial aux équipes médicales et paramédicales des urgences de Beauvais

Merci à Lætitia de m'avoir fait découvrir ma vocation.

Table des matières

I.Introduction.....	13
1 – Généralités.....	13
1.a – Histoire.....	14
1.b – Production de la morphine.....	16
1 .c – Production de l'opium.....	16
II – Culture du pavot à l'œillette.....	17
III – Extraction des alcaloïdes de l'opium.....	17
IV – Pharmacologie.....	17
4.1 – Les récepteurs aux opioïdes.....	18
4.2 – Action des analgésiques morphiniques.....	18
4.2.A-Système nerveux central.....	19
V:La consommation des opioïdes forts en France	20
5.1-Place de la France en Europe.....	21
5.2-Données de consommation nationale	21
5.3-Les risques liés à l'usage des opioïdes forts.....	22
5.3.A-Les intoxications et décès par antalgiques opioïdes	22
5.3.B-Les hospitalisations et décès liés à l'usage des antalgiques opioïdes en France....	23
VI: Matériel et méthode.....	24
6.1-Population étudiée.....	24
6.2-Mode de recueil des données.....	24
6.3-Saturation des données.....	24
6.4-Analyse.....	25
VII : Résultats.....	25
7.1-Caractéristique de la population étudiée et des entretiens.....	25
7.2-Résultats des entretiens.....	26
7.2.A-Caractéristiques de la dernière prescription d' un opioïde fort.....	26
7.2.B-Les internes ayant prescrit en médecine de ville	26
7.2 .C-Pas de surveillance spécifique mais une recherche des effets secondaires.....	27
7.2.D-Des traitements bien connus des patients ou instaurés depuis longtemps.....	27
7.3-Les internes ayant prescrit en milieu hospitalier.....	28
7.3.A-Une instauration en urgence pour le traitement des douleurs aiguës.....	29
7.3.B-Une surveillance spécifique par une IDE et une mise en abîme des effets indésirables.....	29
7.4-Des situations ayant modifié la manière ou la perception de prescrire les opioïdes forts	30
7.4.A-Confrontés à des situations de forcing.....	30
7.4 .B-Des situation d'addiction et de mésusages.....	31
7.4 .C-Des situations reconfortantes.....	32
7.5-Des situations durant lesquelles les internes se sentent à l'aise lors de la prescription des opioïdes forts.....	32
7.6-Les difficultés ressenties.....	33
7.6.A-Les difficultés sur la gestion des différentes molécules	33
7.6.B-Des difficultés quant aux indications.....	34
7.7-Les points les plus faciles à gérer.....	34
7.8-Le ressenti général quant à l'utilisation des opioïdes forts.....	35
7.8.A-Un traitement pratique mais à utiliser avec précaution.....	35
7.8.B-Une appréhension vis à vis des situations d'accoutumances.....	35
7.9-Est-ce que les internes se sentent compétents pour la gestion des opioïdes forts ?.....	36
7.10-De quelle manière pourrait-on renforcer les compétences concernant la prescription des opioïdes forts ?.....	36

VIII :Discussion.....	38
8.1-Pourquoi ce sujet ?.....	38
8.2 - Limite et biais de l'étude.....	39
8.2.A-Biais et difficultés rencontrées.....	39
8.2.B-Environnement et horaire de l'entretien	39
8.2.C-Recueil des données et analyse.....	39
8.3-Des difficultés quant à la gestion des différentes galéniques de morphiniques	40
8.4-Difficulté a s'imposer en tant que médecin.....	42
8.5-Des difficultés quant à la relation médecin-patient.....	42
8.6-Situations de mésusage et d'addiction.....	43
8.7-Un traitement pratique mais à utiliser avec précaution.....	44
IX : Une formation initiale satisfaisante mais à approfondir	45
9.1-Le suivi et la formation des internes en médecine générale à la Faculté d'Amiens.....	45
9.2-Le souhait d'avoir plus de formation quant aux opioïdes forts.....	45
CONCLUSION :.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
Annexe 1.....	52
Annexe 2.....	53
RESUME.....	56
ABSTRACT.....	57

I.Introduction

1 – Généralités

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe les médicaments contre la douleur en 3 catégories (1):

- Les antalgiques de palier I utilisés pour le traitement des douleurs faibles à modérées. Ce sont des antalgiques non opioïdes: aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, paracétamol, nefopam
- Les antalgiques de palier II utilisés pour le traitement des douleurs modérées à fortes. Ce sont des antalgiques opioïdes faibles: codéine et tramadol en association ou non à du paracetamol..

Les antalgiques de palier III utilisées pour les douleurs intenses. Ce sont des antalgiques opioïdes forts: morphine, fentanyl, oxycodone.

La consommation d'opioïdes forts en France est en nette augmentation, en effet un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et des produits de santé relève une augmentation de la consommation des opioïdes fort de 150% entre 2006 et 2017. Cette augmentation s'inscrit dans le cadre d'une politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur de par notamment des plans ministériels de lutte contre la douleur ayant été mis en place depuis 1998 (2).

En parallèle l'ANSM observe une augmentation des mésusages ainsi que des intoxications et des décès liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes qu'ils soient faibles ou forts (2)

Les opioïdes ont un intérêt majeur et incontestable dans la prise en charge de la douleur et restent moins consommés que les antalgiques non opioïdes. Cependant la consommation des antalgiques opioïdes peut s'accompagner de complications graves, cette problématique touche principalement des patients qui consomment un antalgique opioïde pour soulager une douleur et qui développent une dépendance primaire à leur traitement et parfois le détournent de son indication initiale. Ainsi le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 167% entre 2000 et 2017 passant de 15 à 40 hospitalisations pour un millions d'habitants. Le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de 146% entre 2000 et 2015

avec au moins 4 décès par semaine (2).

Depuis une trentaine d'années au travers de circulaires et de trois plans de lutte nationaux la prise en charge de la douleur a connu des avancées majeures. Néanmoins des études récentes montrent que des progrès restent à faire en médecine générale (3). Des travaux réalisés ont mis en lumière une nette amélioration des connaissances et des pratiques des médecins généralistes mais des progrès restent à faire et les besoins en formations se font sentir particulièrement chez les jeunes médecins. (3)

En vue du contexte actuel et en vue d'éclaircir les difficultés relevées par les médecins généralistes dans la gestion des opioïdes forts le but de ce travail sera de nous tourner vers nos futurs médecins pour relever leur ressenti et leurs éventuelles difficultés quant à la gestion de cette classe thérapeutique pour savoir s'il serait donc intéressant de renforcer ou non leur formation et de quelle manière.

1.a – Histoire

La morphine est extraite des capsules d'une plante appelée pavot blanc ou *Papaver somniferum album*. L'utilisation de l'opium, le latex qui s'écoule des capsules du pavot après incision, remonterait à la plus haute Antiquité.

Dès 3000 avant J.-C., un papyrus Égyptien décrit une préparation d'opium utilisée pour calmer les enfants qui pleurent. Au II^{ème} siècle, Galien utilise une préparation nommée «thériaque» comme antidouleur, principalement pour les céphalées. Cette préparation est composée de vin, de miel et d'opium. Ensuite, Paracelse prescrit l'opium sous forme de teinture. À partir du XVII^{ème} siècle, l'opium est administré sous une autre forme: le laudanum. Cette préparation est une teinture d'opium safrané (4).

C'est en 1805 qu'un jeune pharmacien chimiste allemand, Friedrich-Wilhelm Sertürner extrait l'alcaloïde le plus puissant de l'opium: la morphine. Il lui donna ce nom en référence au dieu des songes grec, Morphée, car cette molécule possède de puissantes propriétés analgésiques et calmantes (5).

La morphine n'aurait pas eu une telle utilisation si en 1850 un médecin lyonnais du nom de Charles Pravas n'avait pas découvert la seringue. La morphine fut ainsi le premier médicament puissant injecté (5).

La morphine sera administrée à grande échelle pour la première fois pendant la guerre de Sécession aux États-Unis et pendant la guerre de 1870 en Europe. De nombreux soldats

sont rentrés au pays avec une forte dépendance appelée à l'époque: «maladie du soldat» (5).

Les premiers cas de morphinomanie sont décrits à partir de 1871. C'est à cette époque, en 1877, que le docteur Levinstein et le pharmacologue Lewin introduisent la notion de manie et le terme de toxicomanie (5).

Ce n'est que dans les années 1910 que l'utilisation de la morphine deviendra réglementée, à l'initiative des États-Unis avec les premières conventions internationales sur les stupéfiants, et plus particulièrement la convention sur l'opium. C'est sur la base de ces conventions que sont établies les lois anti drogues mondiales de nos jours.

C'est en 1925 que le chimiste anglais Robinson décrypta la structure moléculaire de la morphine (5). A partir de 1952, la synthèse de la morphine devient possible mais l'extraction de l'opium étant moins coûteuse, la synthèse sera peu utilisée.

En 1973, les récepteurs spécifiques aux opioïdes sont mis en évidence au niveau du système nerveux central. Puis en 1975, ce sont les endomorphines ou enképhalines qui sont découvertes.

Ensuite, dans les années 1980, la compréhension de la douleur devient plus précise et la prise en charge de celle-ci devient plus adaptée à chaque patient.

1.b – Production de la morphine

La synthèse chimique de la morphine a un coût beaucoup plus élevé que son extraction à partir de l'opium. De nos jours, cette dernière technique est donc encore utilisée.

La morphine est produite à partir de 3 variétés de Pavots. La variété *Papaver somniferum* var. *album* est originaire de l'Europe méridionale et de l'Afrique du nord. C'est un pavot à pétales blancs. Il possède une capsule de taille importante, ce qui lui confère une surface importante pour le grattage et la récupération de l'opium. En effet pour cette variété de pavot, on récupère le latex qui s'écoule des capsules indéhiscentes après incision: l'opium. C'est à partir de cet opium que l'on extraira la morphine.

La variété *Papaver somniferum* var. *setigerum* est originaire de Turquie. . A partir de cette variété, on récupère également de l'opium à partir duquel on extrait la morphine.

La variété *Papaver somniferum* var. *nigrum* est cultivée en Europe de l'ouest tout d'abord pour ses graines et son huile. Il possède des pétales rouges violacés. Ses capsules sont petites et déhiscentes. Pour extraire les alcaloïdes dont la morphine, on utilise la plante entière séchée.

1.c – Production de l'opium

L'opium est la matière première pour produire la morphine et la codéine. L'OMS a légalisé la production d'opium dans certains pays, avec des taux de production encadrés. Ces pays sont l'Inde avec la variété *album* et la Turquie avec la variété *setigerum*. Néanmoins, la culture des pavots pour la récolte de l'opium est étendue à d'autres régions: le triangle d'or et le croissant d'or où la production est illicite. Cette production est plus importante que la production autorisée. Pour produire de l'opium, il faut planter la graine dans un terrain sableux, au printemps. Au bout de quelques semaines, on obtient un pied avec 6 à 8 fleurs. Chaque fleur, après avoir été fécondée, donnera une capsule.

Ces capsules vertes sont indéhiscents. Elles contiennent des cellules laticifères qui contiennent beaucoup de latex. Les capsules sont griffées afin d'atteindre les laticifères sans traverser la paroi pour que le latex s'écoule à l'extérieur de celles-ci.

Au bout de 48 heures, Le latex est devenu sec, marron, mou et collant. Il est récolté sous forme de pains de 5 Kg

Sur une surface d'un hectare, on peut récolter jusqu'à 30 Kg d'opium, et les rendements sont doublés si la culture est irriguée (6).

II – Culture du pavot à l'œillette

Le pavot à œillette ou variété *nigrum* est une variété adaptée à nos climats. Sa culture est répandue en France dans les régions Champagne, Orléanaise et Touraine. Cette production est réglementée par les ministères de la santé et de l'intérieur. On récolte le pavot vert et on le fait sécher. On obtient alors de la paille de pavot vert dont on extrait les alcaloïdes dont la morphine.

En France, on cultive environ 5000 hectares de pavots pour produire 4 tonnes de morphine soit 20% de la production mondiale.

III – Extraction des alcaloïdes de l'opium

Cette extraction se réalise par la technique de Grégory. On fait macérer l'opium dans l'eau tiède. On obtient un marc qui contient la noscapine et une solution de sels d'alcaloïdes. On ajoute à la solution de sels d'alcaloïdes du chlorure de calcium. On obtient un précipité de sels de calcium, de lactates et de méconates et une solution de chlorhydrates d'alcaloïdes. La

solution de chlorhydrates d'alcaloïdes subie une concentration douce. D'une part, on obtient une solution concentrée à laquelle on ajoute de l'ammoniaque pour obtenir en solution la nacéine et un précipité de papavérine et thébaïne. D'autre part, on obtient le précipité de «sels de Grégory»: chlorhydrates de morphine et de codéine. On y ajoute de l'ammoniaque et de l'eau pour obtenir une solution qui contient la codéine et un précipité de morphine base (6).

IV – Pharmacologie

Suite à la synthèse de la morphine à partir de l'opium, de nombreux analogues ont été synthétisés au début du XXème siècle. Parmi les dérivés synthétiques et semi-synthétiques obtenus, certains possédaient des propriétés antagonistes à la morphine comme la naloxone. Cette découverte suggéra l'existence de récepteurs spécifiques aux opiacés. Pour parler de récepteurs au opiacés, il fallait également démontrer la présence de médiateurs endogènes. Ainsi en 1975, Hugues et Kosterlitz firent la découverte des enképhalines, les premiers peptides opioïdes (5).

4.1 – Les récepteurs aux opioïdes

Les récepteurs opioïdes sont au nombre de 4: μ , δ , κ , et NOP. Les récepteurs μ sont présents dans de nombreuses régions du système nerveux. Ils sont retrouvés en grande quantité au niveau du striatum (noyau caudé et putamen) et de la corne dorsale de la moelle épinière. Ils sont également présents au niveau des neurones du système nerveux entérique. (7). Ils ont une grande sélectivité pour la morphine. En effet sur des souris invalidées en récepteurs μ , on constate une perte de la propriété analgésique de la morphine mais également de la dépendance physique. Ils sont également sélectifs des endomorphines 1 et 2.

Les récepteurs δ sont retrouvés au niveau du bulbe olfactif, du néocortex, du striatum, du noyau accumbens et des neurones du système nerveux entérique. Ils ont une faible affinité pour la morphine, et sont sélectifs des enképhalines et de la β -endorphine (7).

Les récepteurs κ sont retrouvés au niveau de la couche II de la moelle épinière, du noyau accumbens, du claustrum et du noyau interpédonculaire. Leur affinité pour la morphine est moyenne et ils sont sélectifs de la dynorphine (7).

Le récepteur NOP est retrouvé au niveau central et au niveau du tractus intestinal (7).

Tous ces récepteurs sont des récepteurs couplés aux protéines Gi/Go. Leur activation au niveau de la membrane neuronale provoque une libération d'adénylate cyclase au sein de

la cellule. Cette libération entraîne une diminution d'AMP cyclique, puis une inactivation de la protéine-kinase A. Il y a alors entrée de potassium dans la cellule, ce qui entraîne une hyperpolarisation, et donc une diminution du potentiel d'action. Certains récepteurs (dont les récepteurs μ) inhibent l'activité de canaux calciques, ce qui diminue la libération de neurotransmetteurs comme la substance P et le glutamate (7).

4.2 – Action des analgésiques morphiniques

Les analgésiques morphiniques ont une action pharmacologique similaire à la morphine elle-même. La différence entre la morphine et les autres molécules réside dans la puissance d'action. L'action pharmacologique de la morphine s'exerce principalement au niveau du système nerveux central, du système cardiovasculaire et du système gastro-intestinal.

4.2.A-Système nerveux central

1. Analgésie :

L'action analgésique de la morphine est liée à sa liaison sur les récepteurs μ et κ du système nerveux central. Son action s'exerce à différents niveaux du SNC: sur les cellules de la corne postérieure de la moelle épinière, sur les cellules de la substance réticulée du mésencéphale, sur le thalamus et l'hypothalamus, et sur les aires associatives du cortex.

A dose faible, elle agit comme analgésique, sans provoquer d'altérations sensorielles. Elle peut alors provoquer une sensation ébrieuse, une sédation mais sans perte de conscience.

A plus forte dose, la conscience est altérée, le patient se trouve dans un état de «rêve éveillé» qui peut conduire au sommeil (8).

La morphine a une double action vis-à-vis de la douleur: elle provoque une élévation du seuil de perception de la douleur ainsi qu'un apaisement et une indifférence du patient vis-à-vis de la douleur (9). La morphine diminue les symptômes de réaction liés à la perception douloureuse (anxiété, peur, panique) et rend ainsi la perception de la douleur plus tolérable.

2. Nausées et vomissements :

De nombreux individus sont sujets à des nausées lors de la première administration de morphine, alors que les vomissements ne surviennent que plus rarement. Ces effets sont dus à une stimulation de la zone chimio-sensible située au niveau de l'areapostrema dans le bulbe

rachidien. Il faut noter que ces effets sont neutralisés par les antagonistes dopaminergiques (9).

3. Dépression respiratoire :

La dépression respiratoire est la principale cause de décès par intoxication aux opiacés. La morphine diminue la sensibilité du centre respiratoire bulbaire à l'égard de la pCO₂. En effet, la diminution ou l'augmentation de la pCO₂ sont les stimuli qui permettent la régulation de la respiration automatique. Cette dépression respiratoire est caractérisée par une diminution de la fréquence et de l'amplitude respiratoire, avec une perturbation du rythme. A dose toxique, cette dépression se traduit par un arrêt respiratoire (9).

La morphine provoque également une dépression des centres de la toux, mais la morphine elle-même n'est jamais utilisée dans cette indication. Elle favorise donc par cette action puissante les encombrements bronchiques (9).

4. Myosis :

En se fixant sur les récepteurs μ et κ , la morphine induit un myosis qui peut parfois être très intense: «pupille en tête d'épingle» caractéristique des toxicomanes et des intoxications aux opiacés (9).

Autres actions sur le SNC Les morphiniques à forte dose peuvent avoir une action convulsivante. Cette action est en contradiction avec l'action de la morphine sur les neurones. En effet celle-ci provoque au niveau de ces cellules une action hyperpolarisante en augmentant leur perméabilité aux ions potassium. La morphine induit des convulsions à forte dose en inhibant des inter-neurones inhibiteurs au niveau de l'hippocampe (9).

4.2.B-Système cardiovasculaire

A dose thérapeutique, la morphine induit une dilatation des veines et des artérioles périphériques. Cette dilatation conduit à une hypotension orthostatique et à une diminution du travail du cœur (9). Cette action trouve une application thérapeutique dans le traitement d'urgence de l'insuffisance ventriculaire gauche qui débouche sur un œdème aigu du poumon. Cette utilité dans le traitement de l'œdème aigu pulmonaire est confortée par la diminution de la consommation d'oxygène que provoque la morphine(10). A cause de l'hypercapnie provoquée par la morphine, une augmentation de la pression artérielle intra-crânienne peut s'installer par vasodilatation (9).

4.2.C-Système gastro intestinal

La morphine augmente de manière générale le tonus de la musculature lisse au niveau de tous les segments du tractus gastro-intestinal, mais diminue les contractions propulsives. Ces deux actions conduisent à un ralentissement du passage du bol alimentaire et à une augmentation de la réabsorption d'eau. L'effet final est donc constipant (9).

La morphine provoque un spasme du sphincter d'Oddi. Ce spasme induit une stase biliaire qui peut se traduire ensuite par une simple douleur épigastrique jusqu'à une colique biliaire. Cette action peut expliquer l'augmentation des taux de lipase et d'amylase parfois observée après administration de morphine (9).

V:La consommation des opioïdes forts en France

5.1-Place de la France en Europe

Une analyse de la consommation en 2015 des antalgiques (non opioïdes, opioïdes faibles, opioïdes forts) dans 7 pays européens (France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Danemark et Suède) a permis de mettre en évidence des habitudes de consommation différentes (2)

Concernant les antalgiques opioïdes forts, la France et l'Italie sont les pays dans lesquels ces médicaments sont le moins consommés. Le fentanyl, la morphine et l'oxycodone se partagent le marché des opioïdes forts (2)

5.2-Données de consommation nationale

En 2017, les antalgiques les plus consommés en France (78 %) sont non opioïdes [paracétamol, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)], suivis par les antalgiques opioïdes faibles (20 %), dix fois plus consommés que les antalgiques opioïdes forts (2 %) (10).

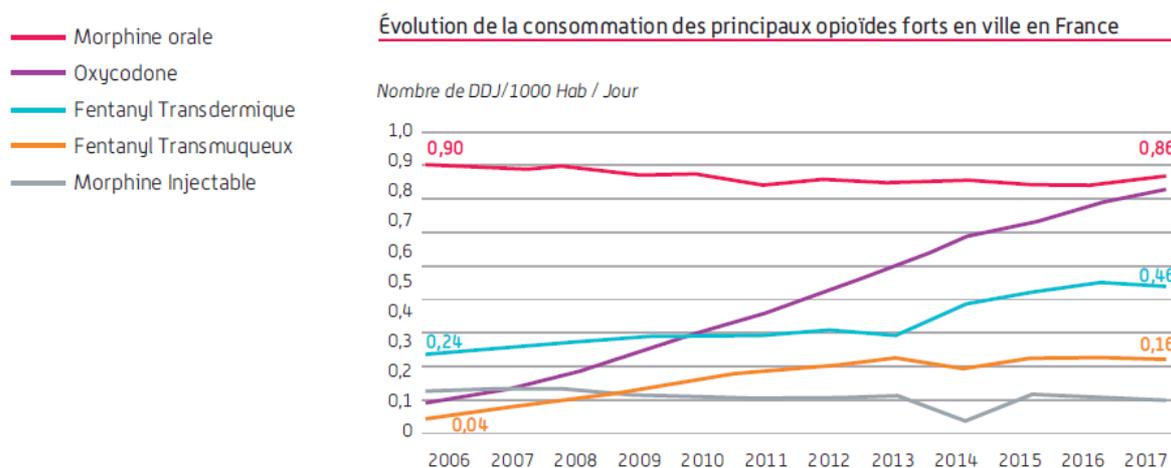
En 2017, l'antalgique opioïde le plus consommé en France est le tramadol, en ville comme à l'hôpital, puis la codéine en association et la poudre d'opium associée au paracétamol. Viennent ensuite la morphine, premier antalgique opioïde fort, puis l'oxycodone pratiquement autant consommé que la morphine orale en ville, et que la morphine injectable à l'hôpital (10).

La morphine est le premier antalgique opioïde fort utilisé, malgré une diminution de sa

consommation de 18 % entre 2006 et 2017. À l'hôpital, elle représente en 2017, 50 % de la consommation suivie de près par l'oxycodone (37 %) (10).

La forte augmentation de la consommation d'oxycodone (+ 738 % entre 2006 et 2017) lui fait atteindre une valeur proche de celle de la morphine. Le profil de progression de l'oxycodone est identique en ville et à l'hôpital (2).

Le fentanyl transmuqueux a augmenté de manière plus significative (+ 339 %) que le fentanyl transdermique (+ 78 %) qui reste le moins utilisé en 2017 en ville et à l'hôpital (respectivement 25 % et 11 % des antalgiques opioïdes forts) (2). [voir graphique 1]



[Graphique 1 : Évolution de la consommation des principaux opioïdes forts en ville en France]

La douleur traitée est chronique (62,2 %), aiguë (21,6 %) ou les deux (1,8 %) (elle n'est pas connue du pharmacien dans les autres cas) (11).

L'indication est rhumatologique (36,5 %), cancérologique (30,3 %), autres (douleurs post-opératoires, amputation, plaies, ulcères) (19,9 %), neurologique (11,7 %), et substitution aux opioïdes (1,6 %) (2).

Le prescripteur est majoritairement un médecin généraliste (81,3 %), puis un cancérologue (5,4 %), un rhumatologue (2 %), un pneumologue (1,4 %), un chirurgien (1,1 %) et un anesthésiste (1,1 %) (11).

5.3-Les risques liés à l'usage des opioïdes forts

5.3.A-Les intoxications et décès par antalgiques opioïdes

Les notifications de la banque nationale de pharmacovigilance (BNPV) concernant les intoxications accidentelles par des antalgiques opioïdes entre 2005 et 2016 (2)

Les substances étudiées étaient : morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone, buprénorphine (faible dose), tramadol, codéine, poudre d'opium (2).

Le taux de notifications d'intoxication par antalgiques opioïdes, calculé par rapport au nombre total annuel de notifications, a significativement augmenté entre 2005 et 2016 passant de 44 pour 10 000 à 87 pour 10 000 des notifications (2).

2762 intoxications par des antalgiques opioïdes sont rapportées dans la BNPV entre 2005 et 2016 : 49 % concernent des opioïdes faibles, 47% des opioïdes forts et 4 % une association des deux. Parmi ces intoxications, 78% sont considérées comme graves (91% pour les opioïdes forts et 68% pour les opioïdes faibles) (2).

Les taux de notifications par substance sont stables pour la codéine, la morphine et le fentanyl. En revanche, une augmentation significative des taux de notifications pour intoxication accidentelle est observée pour le tramadol (+139 %), la poudre d'opium (+757 %) et l'oxycodone (+1229 %) (2).

En 2016, les trois substances les plus impliquées dans ces intoxications sont le tramadol, la morphine puis l'oxycodone (2).

304 décès par intoxication par un antalgique opioïde sont identifiés dans la BNPV. Parmi ces décès, 63,5 % sont imputés à des antalgiques opioïdes forts, 29 % à des antalgiques opioïdes faibles et 7,5 % à l'association de deux opioïdes faible et fort. Les sujets concernés ont un âge médian de 68 ans [49 - 82 ans]. Il s'agit majoritairement d'hommes (53 %). En revanche, dans le groupe des cas imputés aux opioïdes faibles, les femmes sont majoritaires (53 %). L'évolution globale des taux de notifications de ces décès est stable avec une tendance à la diminution pour la morphine. Le tramadol et la morphine sont les deux substances les plus impliquées dans ces décès par overdose accidentelle (2).

5.3.B-Les hospitalisations et décès liés à l'usage des antalgiques opioïdes en France

Le PMSI ou programme de médicalisation des systèmes d'information est un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. L'exploitation de cet

outil par l'OFMA a permis d'extraire le nombre d'hospitalisations en lien avec une intoxication accidentelle aux antalgiques opioïdes (12).

Entre 2000 et 2017, le nombre d'hospitalisations liées à la prescription d'antalgiques opioïdes a augmenté de 167 % passant de 15 (n = 881) à 40 hospitalisations (n=2586) pour un million d'habitants (12).

Depuis 4 ans, le premier antalgique directement impliqué dans les décès est le tramadol (37 décès en 2016) suivi par la morphine (22 décès), la codéine (16 décès) et l'oxycodone (8 décès). En 2016, à la 5ème et 6ème position viennent le paracétamol, premier antalgique non opioïde (5 décès) et le fentanyl (4 décès) (12).

VI: Matériel et méthode

6.1-Population étudiée

La population étudiée concerne les internes en dernière année de médecine générale en Picardie.

Les demandes d'entretien concernaient donc les interne en dernière année de DES de médecine générale, l'ensemble de la promotion était dans un premier temps contactée par mail puis par téléphone en cas de réponse positive pour convenir d'un rendez-vous afin d'effectuer l'entretien en face à face. En cas d'absence de réponse par mail une relance par mail sera effectuée au bout d'une échéance de deux semaines.

Le fait de contacter l'ensemble des internes d'une même promotion permettait également de pouvoir recruter plusieurs profils de maquette de stage et de projet professionnels.

6.2-Mode de recueil des données

Les données étaient recueillies lors d'entretiens individuels semi dirigés,

La technique de l'entretien produit un discours qui permet d'accéder aux représentations des interviewés et aux déterminants de leurs comportements en lien avec leur expérience. Le choix se porte sur des entretiens individuels au détriment des entretiens collectifs dans l'objectif de faciliter l'expression ressentie personnelle et d'atteindre plus de profondeur mais également de permettre une organisation plus souple pour les participants.

L'entretien semi dirigé permet de structurer le discours sans le diriger en définissant

les thèmes à aborder tout en laissant la possibilité d'évoquer des concepts non attendus par l'enquêteur. Le recueil de données est alors riche et fidèle aux perceptions du sujet interrogé.

6.3-Saturation des données

Lorsqu'un certain nombre d'entretiens ont été réalisés, les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau. En prenant soin d'avoir recherché un maximum de diversification dans l'échantillon, on peut alors juger qu'un point de redondance est atteint et mettre un terme à la série d'entretien

6.4-Analyse

La méthodologie qualitative implique une analyse inductive, réalisée à partir des Retranscriptions des entretiens. La lecture répétée de ces retranscriptions permet une analyse thématique, par codage des idées sans catégorisation préétablie. Au fur et à mesure, les multiples étapes d'analyse permettent de réorganiser le codage thématique, en affinant l'interprétation des discours.

Le logiciel de codage utilisé sera QDA Mine Lite ® Ce logiciel ne permet à aucun moment d'interpréter ces données. Il sert au regroupement d'idées dans des «nœuds». Ces «nœuds» sont alors composés de phrases complètes ou non dont la même idée peut être retirée. Une phrase dont il ressort plusieurs idées peut de ce fait être encodée dans plusieurs «nœuds»

VII : Résultats

7.1-Caractéristique de la population étudiée et des entretiens

- Les entretiens ont été recueillis du 10/11/2019 au 23/01/2020
- Au total 11 internes ont accepté et ont participé aux entretiens
- 1 interne a été exclu ne faisant pas parti du diplôme d'étude spécialisée en médecine générale.
- La saturation des données était atteinte au 7ème entretien avec 3 entretiens réalisés pour conforter la saturation.
- Les entretiens ont duré entre 8:35 minutes et 28 :12 minutes, un entretien durait en

moyenne 15 minutes.

- L'âge moyen des participants était de : 28,2 ans allant de 27 ans à 30 ans.
- Le tableau 1 détaille les formations et les orientations professionnelles des internes.

Tableau 1

	âge	genre	formation douleur	projet professionnel	durée de l'entretien en minutes		
E1	27 ans	homme	non	médecine hospitalière	08:35:00		
E2	29 ans	homme	non	médecine de ville	21:57:00		
E3	30 ans	homme	non	médecine hospitalière	11:38:00		
E4	27 ans	femme	non	médecine de ville	14:20:00		
E5	26 ans	femme	non	médecine hospitalière	12:38:00		
E6	29 ans	homme	non	exercice mixte	10:58:00		
E7	27 ans	homme	non	médecine de ville	22:13:00		
E8	27 ans	femme	non	exercice mixte	22:10:00		
E9	29 ans	homme	non	médecine de ville	14:47:00		
E10	30 ans	homme	non	médecine de ville	28:12:00		

7.2-Résultats des entretiens

7.2.A-Caractéristiques de la dernière prescription d' un opioïde fort

Nous trouvons une dichotomie forte concernant les conditions de la dernière prescription d'opioïde fort avec une situation de prescription en médecine de ville et une situation de prescription en milieu hospitalier.

7.2.B-Les internes ayant prescrit en médecine de ville

Leur dernière prescription concernait un renouvellement d'ordonnance en médecine de ville pour des douleurs chroniques non cancéreuses traitée par un schéma Skenan ® / Actiskenan ® ... :

E2 - « *La dernière fois c'était jeudi dernier c'était un renouvellement [...] une douleur chronique non cancéreuse* » - « *c'était Skenan LP ® je sais plus si c'était 10 ou 20mg 2 fois par jour et Actiskenan ® en si besoin 4 fois par jour* »

E6 - « *C'était en ville [...] une patiente qui avait à la fois une douleur neuropathie et un acte de fracture compliquée d'une algodystrophie* » - « *C'était un renouvellement d'ordonnance avec une augmentation de la dose* » - « *c'était du Skenan ® [...] j'avais mis libération immédiate prolongée* »

E7 - « *pendant mon stage SASPAS [...] c'était un renouvellement avec Skenan ® Actiskenan ® [...] des douleurs chroniques sur des lombalgies qui avait une hernie discale* »

... Et par oxycodone

E4 « *pour une patiente parkinsonienne c'était euh de l'oxycodone sur une visite à domicile* »

7.2 .C-Pas de surveillance spécifique mais une recherche des effets secondaires

Les internes ayant prescrit en médecine de ville n'avaient pas instauré de surveillance spécifique (niveau de conscience, fréquence respiratoire) l'effet indésirable principalement recherché ou évoqué concernait les troubles du transit

E2 - « *..._juste rechercher des effets indésirables du traitement des troubles du transit ou autre, pas de conduite à tenir particulière, pas de surveillance particulière* »

E6 - « *non aucune comme la patiente connaissait déjà le traitement, qu'elle avait beaucoup d'aide à domicile et son mari qui était très lucide* »

E7 « *je trouve que beaucoup de gens se plaignent de constipation* »

E8 « *non pas spécialement parce que c'était déjà bien suivi elle vient tous les 29 jours parce que c'est des ordo sécurisées euh elle est autonome moi je la vois tous les mois. Ils sont anciens notaires tous les deux euh j'ai juste rappelé les règles de surveillance avec, vérifier qu'il n'y ait pas de constipation ou d'autres effets secondaires mais c'est un traitement qui est assez historique je pense* »

7.2.D-Des traitements bien connus des patients ou instaurés depuis longtemps

Les traitements n'étaient pas présentés ou représentés aux patients qui semblaient les avoir depuis longtemps et semblaient bien les connaître

E2 « *bon comme c'était un renouvellement c'était une patiente qui était déjà depuis un*

moment sous opioïde fort »

E4 « *euh donc c'était un traitement qu'elle prenait déjà avant »*

E6 « *oui elle le connaissait déjà bien »*

E7 « *ah pour le coup je n'ai pas eu à en lui parlé comme il avait déjà ce traitement là depuis...; voilà j'ai pas eu voilà ... »*

E8 « *bah je lui ai pas présenté puisqu'elle le connaissait ça faisait depuis je sais pas combien d'année qu'elle avait ses morphiniques mais ça faisait très très longtemps »*

De ce fait ils ne remettaient pas en cause l'indication de ces traitements et étaient à l'aise lors de la prescription

E2 « *à l'aise oui car c'était un renouvellement enfin c'était une patiente qui était déjà sous opioïdes qui connaissait déjà soin traitement qui n'avait pas forcément de- 'effet indésirable donc oui - c'est vrai que j'ai pas forcément remis en question, c'était sur des douleurs chroniques mal identifiées , c'est vrai que la dernière fois j'avais pas fait le point sur l'indication mais je l'avais vu plusieurs fois auparavant... non enfin je peine que c'est quelqu'un qui est venue sous opioïdes car ses douleurs n'étaient pas pas contrôlaient autrement donc je n'ai pas remis en question cette indication*

E4 « *bah elle m'a dit qu'elle était pas suffisamment soulagée avant donc je pense qu'il fallait augmenter de toute façon il fallait la soulager cette pauvre dame donc j'ai pas trop douté »*

E6 « *aucune crainte par rapport à la prescription »*

E7 « *si on parle de l'exemple dont on vient de parler non »*

E8 « *pas sur elle »*

7.3-Les internes ayant prescrit en milieu hospitalier

7.3.A-Une instauration en urgence pour le traitement des douleurs aiguës.

Nous retrouvons dans la dernière prescription en milieu hospitalier des internes un profil d'instauration de traitement morphinique dans le cadre de l'urgence pour une douleur aiguë non cancéreuses traitée par titration de chlorhydrate de morphine.

E3 « *c'était hier sur un jeune patient qui avait chuté dans sa baignoire et qui avait un traumatisme corso lombaire et qui était hyper algique* » - « *morphinique iv avec titration passage d'1mg toutes les 2 minutes et le patient a bénéficié de 3 mg et a été soulagé* »

E5 « *SI SI ! ça y est je m'en souviens ça y est je m'en souviens la dernière fois c'était sur une garde d'étage ou j'avais été appelé en uhcd ou j'avais été appelé pour une pancréatite qui n'a fait pas d'anti douleurs et que j'avais du titrer en morphine - euh bah écoute la dame avait très mal ça faisait déjà une journée que personne n'était venu la voir et qu'elle avait extrêmement mal euh du coup je lui ai dit qu j'allais la soulager et que j'allais tout de suite mettre de la morphine alors je l'ai titrée, je me souviens on avait fait la séquence 3 2 2 voilà l on est monté jusqu'à 9mg et après j'ai mis la dose sur 24h* »

Le traitement était présenté succinctement en vue des ces situations urgentes

E3 « *rapidement car la situation était particulièrement urgente, le patient était extrêmement douloureux* »

De ce fait les internes n'éprouvaient aucun doute quant à l'instauration de ces traitements

E3 « *dans le contexte d'urgence non pas spécialement* »

E5 « *Non [...] d'autant plus que c'était une pancréatite grade E je l'ai su après donc je pense qu'elle y avait vraiment droit* »

7.3.B- Une surveillance spécifique par une IDE et une mise en abîme des effets indésirables

Les internes ayant prescrit en milieu hospitalier instaurent une surveillance spécifique par une IDE notamment sur le plan de la réévaluation de la douleur, de la fréquence respiratoire.

E1 « *surveillance « conscience »* »

E3 « *euh ouais absolument le patient était réévalué toutes les 5 minutes par l'infirmière* »

E5 « *de réévaluer la douleur et de m'appeler au fur et à mesure des titrage du coup je l'avais eu plusieurs fois au téléphone et qu'à 9 elle était soulagée et qu'elle pouvait mettre la dose sur 24h* »

E9 « *Euh surveillance par les infirmières de signes de douleur, de difficulté respiratoire* »

Dans ce cadre la crainte des effets indésirables tels que les troubles du transit étaient peu craints et mis de côté car il fallait soulager le patient

E5 « *je pense que la constipation la rétention et tout le « bordel » ça aurait pu être vu le lendemain par le médecin* »

7.4- Des situations ayant modifié la manière ou la perception de prescrire les opioïdes forts

Les internes ont été confrontés à des situations différentes qui pour les premières les poussent à être plus vigilants sur la prescription et pour d'autres des situations les ayant rassurés et les ayant rendus plus à l'aise.

7.4.A- Confrontés à des situations de forcing

Tous les internes interrogés ont déjà eu le sentiment de se faire forcer la main que ce soit par des patients qualifiés de « toxicomanes » ou suspectés de l'être :

E1 « *il était beaucoup trop insistant pour avoir une dose de morphine très précise* » - « *je me suis demandé s'il était pas un peu toxicomane* » - « *s' il aimait pas un peu trop la morphine on va dire* »

E3 « *oui notamment pour des patients poly toxicomanes connus qui consultaient pour des symptomatologies douloureuses essentiellement et qui réclamaient de façon abusive de la morphine alors que l'indication ne s'y prêtait pas* »

Que par des patients présentant des douleurs chroniques et insistant pour avoir des opioïdes forts :

E7 « *ouais beaucoup de fois, beaucoup de fois, sur des renouvellements [...] où les gens qui clairement comme pour d'autres substance disent « d'habitude on me donne ça et y a que ça qui me réussi » voilà la fameuse phrase « y a que ça qui va pour moi »*

Des situations de forcing où ils ont été déjà confronté à de l'intimidation

E8 « *quand ils arrivent à 25 dans ton cabinet et que tu n'as pas fait la prescription de skenan « euh bah » tu sors pas de ton cabinet ou tu retrouves pas ta voiture bah tu prescrites le skenan et tu te tais* »

Des situations sûrement en apport à leur statut d'interne, de médecin « junior » :

E8 « *c'est pas toi qui l'a mis en place t'es pas le vrai médecin t'es pas légitime et ils te font un peu du forcing parce que ils considèrent que tu n'es pas légitime [...] que tu es jeune et que le vieux docteur il met de la morphine alors il veut de la morphine* »

7.4 .B-Des situation d'addiction et de mésusages

On notifie également des situations où ils ont été confronté à des situations d'addiction ou de mésusages

E3 « *oui mais pas pendant mon internat mais pendant mon externat un patient qui avait été*

admis en médecine interne pour tentative de sevrage aux morphiniques un mésusage puisqu'il avait trouvé le moyen de se les injecter en iv »

E5 *« à tel point même qu'il avait caché des morphiniques dans sa table de chevet »*

E6 *« oui chez des personnes qui étaient sous palier 2 tramadol qui étaient utilisateurs de morphiniques chroniques et qui avaient vu plusieurs médecins qui avaient tenté de faire régresser le traitement mais ils avaient une sorte de manque et ils voulaient toujours tester de la morphine mais on voyait avec la carte vitale qu'ils consultaient à droite à gauche les pharmacies et il avait déjà consulté chez le praticien chez qui j'étais avec un petit mot « ATTENTION »*

7.4 .C-Des situations réconfortantes

Certains internes ont au contraire été confrontés à des situations les ayant confortés dans l'utilisation des opioïdes forts :

E8 *« c'est vrai que c'était de dr D.. vraiment elle disait: faut pas avoir peur de mettre de la morphine les gens ils ont mal et tant qu'ils ont mal ils consomment leur morphine et c'est vrai que c'était assez libérateur »*

E9 *« j'ai mis des doses complètement « hors protocole » jusqu'à soulager le patient du coup ça ça a modifié la façon dont je prescris parce que je me suis rendu compte qu'il n'y avait pas vraiment de « dose limite »*

7.5-Des situations durant lesquelles les internes se sentent à l'aise lors de la prescription des opioïdes forts

Les internes se sentent le plus à l'aise lors de la gestion des douleurs aiguës en urgence en milieu hospitalier et la prescription de chlorhydrate de morphine en intra-veineux :

E2 *« oui plus pour des prises en charge en aiguë, sur des gardes, des lombalgie, lombosciatique [...] une titration de morphine qui a permis de soulager le patient notamment en titration »*

E3 « Bah la situation que je t'avais évoqué en début d'entretien sur des pathologie ou symptômes hyperalgiques post traumatiques »

E5 « bah je dirai la titration car aux urgences c'est assez simple » - « la morphine classique en titration »

Certains préfèrent utiliser des molécules per os :

E6 « moi j'utilise quasiment toujours le skenan et l'actiskenan »

E.8 « on avait fait une belle titration per os comme dans les livres »

D'autres se sentent plus à l'aise dans la gestion des douleurs cancéreuses

E8 « sur les douleurs cancéreuses c'est « con » mais ça les titrations de morphine ...»

E9 « Douleur chronique et... pathologies cancéreuses je suis le plus à l'aise parce que tu te sens moins coupable de prescrire des paliers 3 »

7.6-Les difficultés ressenties

7.6.A-Les difficultés sur la gestion des différentes molécules

La difficulté portent surtout sur les relais des morphiniques

E2 « des difficulté en milieu hospitalier entre le passage entre une titration une morphine et le choix de passer les morphiniques per os le choix de la posologie plus à ce moment là »

Également sur les changements de forme galéniques ou les équivalences de posologies

E5 « sur le per os ce qui m'embête c'est toutes les rotations sur les différentes formes et même fin les équivalence entre les différents morphiniques »

E9 « Ah non je suis pas à l'aise du tout pour les équivalences ! »

Pour palier cette difficulté ils se réfèrent à des tableaux d'équivalences

E4 « *j'ai ma petite fiche dans mon sac donc je suis pas « hyper » à l'aise mais j'ai une petite fiche pour les sous Cut relais iv »*

E6 « *c'est le tableau qui vient du livre de soins palliatifs et il y a toutes les équivalences »*

E9 « *Je suis obligé de regarder un tableau et tout »*

7.6.B-Des difficultés quant aux indications

On note également une difficulté à savoir quelle molécule per os précisément est indiquée selon le type de douleur et une difficulté à poser l'indication des opioïdes forts per os.

E6 « *c'est pas toujours facile des fois quand on doute on fait un peu d'excès mais dans ce cas là le patient on le revoit assez vite »*

E9 « *j'hésite encore un peu »*

7.7-Les points les plus faciles à gérer

Lors de la prescription d'opioïdes forts les internes se sentent plus à l'aise lorsqu'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance d'autant plus que c'est ce qu'ils font le plus souvent

E4 « *bah oui ça c'est ce qu'on ait le plus souvent aussi en cabinet c'est le renouvellement »*

E9 « *C'est de le renouveler »*

De ce fait la rédaction d'une ordonnance de stupéfiants leur est aisée.

E2 « *sur des ordo sécurisée ? Oui »*

E5 « *ah oui ordonnance sécurisée en toute lettre et à chaque fois c'est « chiant » parce que*

j'oublie toujours un truc et je la refais mais au final elle est bonne »

7.8-Le ressenti général quant à l'utilisation des opioïdes forts

7.8.A-Un traitement pratique mais à utiliser avec précaution

Les internes pensent que c'est un traitement pratique et efficace,

E3 *« pour les pathologies très aiguës post traumatique je pense que c'est quelque chose qu'il faut faire de façon assez sereine »*

E7 *« c'est une molécule qui soulage très bien »*

E9 *« on a trop de dépendances sur les paliers d'avant avec de grosses doses alors qu'il suffit de petites doses et plus efficace de palier 3 »*

Mais qu'il y a nécessité d'une réflexion sur la balance bénéfice risque notamment quant aux effets indésirables

E4 *« je pense que c'est des médicaments potentiellement dangereux vis à vis des effets secondaire qu'il faut utiliser avec précaution mais qui sont très importants pour soulager des patient car il y a des patients qui souffrent au quotidien on peut pas les laisser souffrir comme ça »*

Ce qui globalement crée de l'appréhension vis à vis de ces traitements

E2 *« il y a toujours une appréhension c'est vrai à initier d'emblée même sur une douleur aiguë ou chronique mais non soulagé par les autres antalgiques une appréhension à initier ces opioïdes ces antalgiques de palier 3 »*

7.8.B-Une appréhension vis à vis des situations d'accoutumances

On note une grande appréhension vis à vis des difficultés de sevrages morphiniques et des situations d'accoutumances

E6 « *c'est ça donc l'instaurer c'est facile mais l'arrêter c'est toujours litigieux* » [...] - « *on sait pas quand ça s'arrête* »

E7 « *j'ai pu observer les effets indésirables et psychoactifs et puis c'est vraiment le phénomène d'accoutumance* »

E8 « *sevrer les gens « haha », de leur dire d'arrêter, c'est le plus dur* »

7.9-Est-ce que les internes se sentent compétents pour la gestion des opioïdes forts ?

Les internes s'estiment compétents quant à la prescription des opioïdes forts mais dénotent des lacunes dans la gestion des relais, les changements de molécules ou de posologie qu'ils compensent par des fiches ou des tableaux d'équivalences.

E1 « *A améliorer [...] Qu'il faut encore que j'ai plus d'expérience, plus d'expérience, sur les équivalents de doses et les différentes molécules* »

E3 « *pas pour tout « nan » comme évoqué plutôt notamment pour le switch sur les formes d'opioïdes là dessus je suis pas du tout bon, comme je disais faut que je me réfère à la documentation et aux recommandations* »

E6 « *mes compétences bon on va dire je sais les prescrire mais j'ai encore besoin on va dire de mon petit mémo de ma petite fiche personnelle pour être sur que je ne me trompe pas dans les doses et je rédige bien mon ordonnance et notamment pour les équivalences que je ne connais pas par cœur je sais le faire avec mon tableau mais sans je ne saurais pas te faire une prescription dont je suis sûr* »

7.10-De quelle manière pourrait-on renforcer les compétences concernant la prescription des opioïdes forts ?

Les internes sont satisfaits de leur formation initiale

E1 « *les cours à la fac [...] on en a eu des bien* »

E4 « *moi je trouve que ma formation initiale a été satisfaisante après ça dépend de la*

pratique et des stages qu'on a fait et peut être les seniors qu'on a pu raconter »

Ils désirent néanmoins que la formation initiale soit renforcée par des cours

E2 « *oui peut être par l'intermédiaire de cours dédiés à la faculté pendant le cursus d'interne même commencer tôt durant l'internat car nos stages d'urgence on le fait tôt dans le cursus et revoir peut être les indications [...] mais sous forme de cours à la faculté ce serait bien »*

E3 « *en ayant des formations accrues sur la médecine de la douleur en général sur le traitement de la douleur en général, j'ai pas le souvenir d'avoir eu des cours ou des formations particulières à ce sujet en dehors des cours qu'on a eu durant 'externat, je pense que durant notre formation continue de l'internat je me rappelle pas d'avoir eu des formations spécifiques sur la prise en charge de la douleur en tout cas concernant les paliers 3 »*

E5 « *bah avoir des cours parce que clairement dans la formation je me souviens as avoir eu de cours sur les morphiniques je me trompe peut être mais je pense pas »*

E6 « *moi je pense qu'on devrait avoir des vrais cours là dessus pas des pseudos courts où on nous dit « voilà ce tableau existe, « démerdez vous », vous apprendrez sur le tas »*

E.8 « *bah vraiment le cours de D4 faudrait le refaire en début d'internat »*

E.9 *Ou alors je les ai oublié mais oui je pense qu'on devrait avoir des cours sur la gestion de la douleur et sur la gestion des opioïdes forts ce serait bien ! »*

Mais également par des formations qu'elles soient de l'initiative de la fac :

E1 « *avec des journées de formations spécifiques par forcément obligatoire ou presque »*

Ou de l'hôpital :

E5 « *je trouve qu'on doit avoir des formations sur la prescription des morphiniques à l'hôpital »*

Mais on retrouve également dans un souci de formation médicale continue des internes intéressés pour des formations en post internat

E4 « je me suis posé la question de faire un DU sur la prise en charge de la douleur près je le ferai peut être par la suite pour le moment »

VIII :Discussion

8.1-Pourquoi ce sujet ?

L'augmentation des décès et hospitalisations liés à la prescription d'opioïdes forts est un enjeu de santé publique majeur. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de morphiniques en dehors du milieu hospitalier.

Des mesures ayant émergé lors de la journée d'échange partenarial de l'ANSM du 11 mai 2017 (13) proposait de renforcer la formation des professionnels de santé étudiants compris sur la prescription et la délivrance des antalgiques opioïdes.

Il semblait alors intéressant de relever les difficultés que les internes en dernière année de médecine générale ressentaient quant à la prescription de ces médicaments et éventuellement savoir comment y remédier.

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. L'objectif de ce type d'étude est d'identifier des idées émergentes et d'analyser les comportements sur un sujet prédéfini. Les résultats d'une étude qualitative permettent de retirer des hypothèses, sans se limiter à des catégories préétablies comme dans une étude quantitative (14).

8.2 - Limite et biais de l'étude

8.2.A-Biais et difficultés rencontrés.

N'ayant pas eu de réponse via les contacts par mails, le recrutement des internes interrogés s'est fait par le bouche à oreille et de proche en proche, il y a donc pu y avoir un biais de recrutement.

Durant les entretiens la difficulté ressentie était de laisser s'exprimer la personne sans

intervenir par exemple lorsqu'elle évoquait une idée qui était intéressante. L'interne interrogé ne pouvait être interrompu car la spécificité de ce type d'étude est justement de recueillir de façon la plus spontanée possible le témoignage des personnes interrogées.

L'investigateur a mené les entretiens lui-même qui ai mené les entretiens et n'avait aucune expérience dans la réalisation d'entretien semi dirigé mais son implication et sa connaissance du sujet lui ont permis au fil des investigations d'acquérir une expérience et une assurance qui ont facilité les entretiens ultérieurs.

Par la suite, après relecture des entretiens, il a été relevé beaucoup de silences ayant été abrégés par des questions de relance ayant pu orienter la réponse des internes interrogés entraînant donc un biais d'intervention. Ce biais d'intervention a pu entraîner un mise en exergue des images négatives que peuvent inspirer les opioïdes forts et exagérer les lacunes ressenties quant à la formation initiale des internes interrogés.

Afin de ne pas influencer sur la constitution de l'échantillon les internes pour lesquels l'investigateur avait une affinité particulière n'ont pas été retenus.

8.2.B-Environnement et horaire de l'entretien

Le choix du lieu et de l'heure était laissé aux internes. Laisser le choix du lieu permet à la personne interrogée de se sentir en confiance dans son propre environnement.

8.2.C-Recueil des données et analyse

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone et étaient retranscrits par dactylographie sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®.

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure de leur réalisation à l'aide du logiciel QDA Miner Lite ® qui est un logiciel permettant de faciliter l'analyse des entretiens. Ce logiciel étant disponible gratuitement, raisons financières ont poussé au choix de ce logiciel.

Le nombre d'entretiens était suffisant pour explorer les différents thèmes correspondant au sujet ce qui a permis d'arriver à la saturation des données (de nouvelles idées n'émergeaient plus des entretiens) et ainsi, de s'assurer que les principales idées avaient été relevées.

Afin d'assurer la validité de l'étude, une triangulation d'un tiers des entretiens a été effectuée par un confrère formé à la recherche qualitative. Afin d'affiner les résultats et de s'assurer d'une codification correcte augmentant la crédibilité de l'étude. Cette triangulation

n'a pas été poursuivie pour les entretiens restant par manque de temps et soucis d'organisation.

La collecte et l'analyse des données se sont faites au fur et à mesure avec un retour à posteriori aux résultats des premiers entretiens réalisés afin de ne pas omettre de données clés passées inaperçues au premier abord. De plus la revue littéraire s'est faite à posteriori au stade final du codage, au début de la discussion afin de confronter les résultats obtenus à ceux existant dans la littérature. Tout cela afin de respecter les critères propres à la théorie ancrée (15).

8.3-Des difficultés quant à la gestion des différentes galéniques de morphiniques

Les internes ressentaient des difficultés quant à la gestion des différentes galéniques des opioïdes forts

Ces difficultés peuvent s'expliquer d'une part par leur maquette de stage où finalement l'internat se fait principalement en milieu hospitalier et que l'opioïde le plus manipulé, le plus instauré s'avère être le chlorhydrate de morphine en intra-veineux notamment aux urgences (16).

Cette difficulté se fait d'autant plus ressentir dans leur pratique de médecine générale qui est le corps médical prescrivant le plus d'antalgiques de palier 3 en ville, que ce soit sous forme per os ou transcutané (2),

Ils accusaient d'une lacune dans le maniement de ces molécules. Et pour cause durant leurs stages ou remplacement de médecine générale, ils étaient confrontés le plus souvent à des renouvellements d'ordonnance et peu confrontés à une instauration de ces traitements. Par corollaire ils remettaient donc peu en question l'indication de ces traitements. De fait, dans une démarche d'antalgie par palier 3, se trouvaient peu confrontés à une réflexion sur l'indication de ces traitements.

Pourtant des recommandations récentes datant de 2018 ont été publiées, notamment par le Société française d'étude et de traitement de la douleur en 2018 (17), le Réseau de prévention des addictions associé à l'Observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA), et le Réseau français d'addictovigilance (RESPADD). Ces recommandations ont été publiées notamment sous forme de guide pratique à l'usage des prescripteurs visant à fournir des informations et outils pour savoir mieux prescrire et déprescrire les antalgiques opioïdes. On y retrouve notamment des recommandations sur le bon usage des antalgiques opioïdes. Il s'agit des recommandations sur l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non

cancéreuse de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. La SFEDT rapporte une efficacité modérée des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose des membres inférieurs, lombalgies chroniques, hernie discale...) et dans les douleurs neuropathiques périphériques ou centrales. Elle recommande de ne pas poursuivre un opioïde fort au-delà de 3 mois en l'absence de soulagement de la douleur ou d'amélioration de la fonction ou de la qualité de vie, et de ne pas dépasser 150 mg d'équivalent morphine par jour sans l'avis d'un spécialiste (17). Pourtant les opioïdes forts instaurés pour des douleurs chroniques non cancéreuses étaient souvent renouvelés et les internes interrogés ne remettaient pas en question la pertinence de l'indication. De plus, aucun interne interrogé n'avait évoqué la nécessité d'un recours à un spécialiste de la douleur.

Dans les entretiens il ressortait des difficultés de prescription, également pour les formes transdermiques et transmuqueuses de Fentanyl alors que leur consommation tend à augmenter, leur délivrances journalière s'élevant respectivement à 11% et 25% (2). Il se pourrait que ce soit liés à des différences générationnelles que l'on retrouve dans une étude descriptive des pratique effectuée en Seine maritime réalisée en 2015 (18) il a été démontré qu'il existait une différence dans la prescription des opioïdes forts entre les médecins de plus de 55 ans et ceux de moins de 55 ans, notamment concernant le taux de primo-prescription par voie transdermique plus important chez les plus âgés avec des pratiques parfois donc éloignées des recommandations.

Cette difficulté des connaissances des différentes formes galéniques et posologies pourrait également être expliquée par le fait qu'il existe 195 médicaments antalgiques de palier 3 commercialisés (19).

8.4-Difficulté a s'imposer en tant que médecin

Ce travail dénote une difficulté des internes à s'imposer en tant que médecin. En effet certains se ressentaient trop jeunes, peu expérimentés et de ce fait non légitimes.

Aucun travail n'a été retrouvé pour conforter ce qui ressort de notre étude, ce qui pourrait être intéressant à approfondir dans le cadre d'autres travaux.

Néanmoins une étude sur le ressenti du métier de médecin généraliste faite en 2017 (20) mettait en lumière un ressenti de dégradation de la profession. Un sentiment de malaise des médecins généralistes qui a bien été mis en évidence dans un sondage réalisé par l'institut IPSOS en 2004 (21). En effet cette étude révélait que 60% des généralistes ressentait une dégradation de leurs conditions de travail au cours des cinq dernières années, avec des

insatisfactions partagées dans différents registres, à savoir une dégradation de leur image et statut dans la société. Et cela passait par une augmentation de l'exigence des patients. Cette étude rendait compte que l'image du médecin généraliste a été désacralisée au fil des années, devenant d'un côté plus abordable, mais perdant ainsi sa position « d'intouchable » (22). Bien que la plupart des médecins déclaraient s'adapter à ce changement et se satisfaire de cette perte d'aura, les médecins auraient souhaité garder cette position particulière (20).

Une autre étude se portant sur les internes en médecine générale faisait mention que le sentiment d'être prêt à exercer était un phénomène évolutif qui se déploie en trois moments phénoménologiques, allant du contact angoissant du métier avec ses valeurs idéales vers la maîtrise des processus professionnels, en passant par l'acquisition en situation d'une compétence réaliste (22). Nous pouvons donc imaginer que les difficultés ressenties par les internes à s'imposer en tant que médecin n'est pas une problématique concernant uniquement la prescription d'opioïdes forts mais étant en fait une confrontation aux réalités de la pratique de la médecine générale où a été mis en lumière un ressenti de dégradation des conditions de travail et de l'image du médecin par leurs confrères plus âgés.

8.5-Des difficultés quant à la relation médecin-patient

De par leurs stages et leur statut de jeune médecin ou de médecin remplaçants, les internes interrogés ne pouvaient pas créer de relation avec le patient de par leur action ponctuelle et exprimait donc des difficultés quant au suivi de leurs patients. Ce suivi ponctuel pouvait rendre la réévaluation des traitements opioïdes forts plus compliquée, d'autant plus qu'ils étaient dans la majorité des cas instaurés depuis longtemps et qu'ils étaient souvent confrontés à des renouvellement d'ordonnance. Une étude réalisée en 2014 rapportait un rôle de frein de l'expression « renouvellement d'ordonnance » à la réflexion du patient et du médecin dans la gestion des pathologies chroniques (22) et donc à une éventuelle déprescription. Finalement, des internes se considérant comme des jeunes médecins, se retrouvent à faire face à des patients qui sont acteurs de leur maladie, qui connaissent bien leur traitement et leurs indications. Cette évolution voulue par les usagers du système de soins en partenariat avec les médecins reflète les modifications récentes de la relation médecin – malade. Cette relation est inscrite dans différentes lois dont la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui a permis l'accès à l'information pour le patient (23).

Ces patients voyaient également la prise quotidienne de leur traitement comme un automatisme, une habitude, un rythme. Les médicaments prescrits pour des maladies

chroniques étaient qualifiés d'aide, de remèdes, de bouffée d'oxygène ou encore de béquilles (23).

Tout ceci montre que la construction d'une relation de confiance entre un interne et un patient reste difficile et de surcroît nous comprenons que remettre en question la pertinence de l'indication ou déprescrire un opioïde fort instauré par le médecin traitant peut faire l'objet d'une affaire délicate lors d'une consultation.

8.6-Situations de mésusage et d'addiction

Tous les internes ont été confrontés à des situations de mésusage et d'addiction. Ils évoquaient dans leur pratique quotidienne des craintes quant au risque d'accoutumance aux antalgies de palier 3.

Une étude réalisée en 2018 portant sur les représentations et du ressenti des internes de médecine générale en fin de cursus face à un patient toxicomane (24), montrait que le toxicomane concentrait chez les internes des images négatives et des peurs liées non seulement à la complexité de la prise en charge, mais aussi aux à priori et aux premières expériences négatives. Pourtant le RESPADD propose dans son guide d'aide à la prescription des opioïdes (25) des outils d'aide la prévention et à l'évaluation d'un éventuel mésusage des antalgiques opioïdes. Il propose alors avant la primo prescription d'un opioïde fort une mesure préalable du risque de mésusage à l'aide d'un outil adapté comme le questionnaire Opioid Risk Tool (ORT). Il propose avant chaque renouvellement une recherche d'un éventuel mésusage en utilisant une échelle de type Prescription Opioid Misuse Index (POMI). Aucun interne interrogé n'avait fait mention de ce guide ou de ces outils d'aide à la prescription sus cités.

Il pourrait s'avérer utile de les informer de l'existence de ces outils notamment durant leur cursus lors de cours prodigués durant leur internat.

8.7-Un traitement pratique mais à utiliser avec précaution

Un des éléments ressortant des entretiens est que les opioïdes forts sont un traitement pratiques mais à utiliser avec précaution notamment en regard du risque d'accoutumance, du risque d'effets indésirables comme la constipation. De plus ils semblaient plus vigilant quant à la prescription d'opioïdes forts chez la personne âgée.

Cette idée est retrouvée dans la littérature notamment dans l'étude publiée dans la

revue douleur en 2007: «Si la prescription d'opioïdes nécessite d'être expliquée, elle effraie moins le médecin généraliste qu'il y a 10 ans.» (26). De même, un article paru dans la revue médecine palliative en 2011 (27) rapportait que 98% des médecins généralistes utilisaient plus facilement les morphiniques chez les patients douloureux en situation palliative lorsque les antalgiques de palier 1 et 2 n'étaient plus efficaces.

Dans une étude réalisée en 2015, 86% des médecins généralistes interrogés ont une bonne ou très bonne image des morphiniques quelle que soit la tranche d'âge (18), et ce malgré les freins à la prescription qu'ils ont pu mettre en lumière. Les principaux freins retrouvés étaient ceux liés à une addiction notamment chez un patient ayant déjà une addiction à une autre substance ou une peur d'induire une addiction aux opioïdes, ou une peur du mésusage et du détournement des prescriptions (18).

Dans une autre étude (28), les professionnels de santé peuvent introduire des morphiniques devant une douleur intense récente chez une personne âgée, mais doivent s'adapter à sa fragilité et mesurer la balance bénéfice-risque.

Concernant les autres freins à la prescription 83% des médecins de cette étude considéraient que les effets secondaires pouvaient être un frein à la prescription et 43% citaient le surdosage comme étant un frein à la prescription (18).

Au final nous relevons dans notre étude la même appréciation et les mêmes craintes relevées dans la littérature concernant les médecins plus expérimentés.

IX : Une formation initiale satisfaisante mais à approfondir

De manière générale les internes interrogés semblent satisfaits de leur formation initiale mais la juge insuffisante notre étude entre donc en concordance avec une étude de 2015 relevant les mêmes idées chez les médecins plus expérimentés (18). Les internes interrogés évoquaient la volonté que leur formation initiale soit approfondie par un renforcement des cours et des propositions de formations.

Cette étude montre également que le niveau de satisfaction des médecins dans leur prise en charge de la douleur est lié aux formations complémentaires sur le sujet, et aussi probablement à l'expérience acquise au cours des années (18).

9.1-Le suivi et la formation des internes en médecine générale à la Faculté d'Amiens

Les internes de médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens ont un suivi sur

une plate-forme en ligne dédiée à leur formation. Sur cette plate-forme, existe un journal de compétences à remplir sur lequel n'est pas proposé d'objectifs biomédicaux particuliers et se concentre beaucoup sur la « prise en charge du patient dans sa globalité », ainsi sur les compétences à gérer des situations « complexes », en mettant en avant des situations de communication interdisciplinaire et de remise en question. En plus d'un journal de compétence à compléter, la validation du diplôme d'étude spécialisée de médecine générale passe également par la rédaction de Récits de situations complexes et authentiques (RSCA) , de scripts cliniques ainsi que la participation à des groupes d'études de paroles où les internes peuvent discuter des leurs difficultés rencontrées durant leur pratique. A posteriori nous n'avions pas pensé à demander aux internes si la gestion des opioïdes forts avait été évoqués durant ces exercices. Un seul interne interrogé l'avait spontanément mentionné dans le cadre d'un RSCA.

Les internes interrogés sont plutôt demandeurs d'un renforcement de leur formation initiale à partir de cours dédiés à la gestion des opioïdes forts

9.2-Le souhait d'avoir plus de formation quant aux opioïdes forts

Les internes en dernière année de médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens évoquaient le souhait d'avoir plus de formations sur la prescription des opioïdes forts. La majorité n'avait pas eu de formation spécifique à la douleur ce qui entre en concordance avec une étude de la commission de réflexion sur la fin de vie (commission SICARD) qui estimait en 2012 que 80% de l'ensemble des médecins n'avait reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur (29). Cette donnée se retrouve également dans une étude de 2008 portant sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale où 44% des professionnels étaient insatisfaits de leur formation (30).

Ce besoin de formation complémentaire n'est pas nouveau en effet, lors d'une évaluation de la DGS en 2001 36% des médecins interrogés signalaient ce manque de formation (31). L'enquête EPIDOL en 2005 fait aussi ce constat en retrouvant 63.2% des médecins exprimant ce besoin (32).

Ces besoins en formation sont également retrouvés au sein de travaux effectués dans d'autres régions de France où La formation initiale était inadaptée pour 57.5% des médecins interrogés dans les Pays de la Loire et 47.7% des médecins se déclaraient modérément à l'aise avec la prescription des opioïdes forts. Dans le Grand Est 74% des médecins avaient déclaré que la formation initiale était insuffisante voire inexistante. 56% d'entre eux ont eu recours à

des formations complémentaires (33).

Cette demande de formation de la part des internes entraine également en concordance avec une étude de 2015 (18) où 75% des médecins étaient demandeurs d'une formation sur la prise en charge de la douleur. Et se rapprochant plus des internes de notre étude un travail, réalisé en 2016 avait démontré que le besoin de formation se faisait plus sentir chez les jeunes praticiens, souhaitant surtout une formation pratique (33).

Dans une étude réalisée en 2013 (34), les médecins ont également proposé qu'un guide leur soit envoyé, pour mieux connaître les thérapeutiques et adresser au mieux un patient au centre de la douleur ou auprès d'un spécialiste. Un problème à priori résolu puisque le RESPADD associé à l'OFMA propose depuis 2018 un guide d'aide à la prescription des opioïdes forts disponible gratuitement en ligne. Il a été noté qu'aucun des internes interrogés n'avait fait mention de ce guide.

Concernant les formations proposées par la faculté d'Amiens, il existe des journées régionales de pharmacovigilances organisées par le CHU d'Amiens. Les dernières éditions de 2017 à 2019 n'avaient pas proposé de temps dédiés à la gestion de la prescription des opioïdes forts.

Il existe également des soirées de formation continue pour les médecins généralistes sur inscription payante organisées par l'UPJV. Il est à noter que sur les sessions de 2019 à 2020 la gestion de la prescription des opioïdes forts n'étaient pas abordés.

Un autre point évoqué durant les entretiens était une demande à ce qu'on les aide dans leurs recherches sur les dernières recommandations sur la gestion des antalgiques de palier 3. Ils évoquaient également qu'il serait intéressant qu'un spécialiste de la douleur intervienne dans leur cursus et les aide en ce sens. Ce qui fait un parallèle avec une étude réalisée en 2013 où les médecins généralistes proposaient de développer le contact avec un référent douleur (34). Les internes avaient également évoqué le fait de se former à la médecine de la douleur par le biais d'un diplôme universitaire en post internat.

Au final les demandes des internes interrogés entrent en concordance avec un certain nombre d'études évoquant des demandes de médecins généralistes plus expérimentés et avec les mesures ayant émergé lors de la journée d'échange partenarial de l'ANSM de mai 2017 (13). Ces mesures préconisant entre autre de renforcer la formation des professionnels de santé sur la prescription et la délivrance des antalgiques opioïdes et d'améliorer la diffusion de l'information auprès des professionnels de santé. (voir annexe 2).

CONCLUSION :

Cette étude a permis de mettre en lumière les difficultés des internes en dernière année de médecine générale à la faculté d'Amiens quant à la gestion des opioïdes forts notamment sur les différentes galéniques et sur les indications de cette classe thérapeutique. Des aides à la prescriptions existent pourtant notamment le guide de bon usage des opioïdes proposé par le RESPADD. Ces outils semblent être méconnus ou en tout cas pas sous utilisés par les internes.

Ils éprouvent également des difficultés quant à la pratique de la médecine générale mettant l'accent sur le manque de suivi découlant de leur statut d'interne ou de jeune médecin. Ils accusent notamment le fait de n'avoir qu'une action ponctuelle et d'être souvent confronté à des renouvellements d'ordonnance durant la pratique, ce qui leur laisse peu de place à la réflexion et à la réévaluation des patients sous opioïdes forts. En parallèle de cela nous dénotons des difficultés ressentie sur le début de la pratique de la médecine générale découlant d'un sentiment de dégradation des conditions de travail et de l'image du médecin généraliste décrites par leurs confrères plus expérimentés.

Néanmoins il estiment que ce sont des traitements efficaces et ont un intérêt non négligeable dans la gestion de la douleurs de leur patients. Il existe néanmoins de l'appréhension vis à vis de l'accoutumance pouvant être un frein à la prescription des opioïdes forts. Les effets indésirables sont bien connus des internes et relèvent surtout les risques de constipation. Ils admettent également une plus grande vigilance lors de la prescription des opioïdes forts chez les personnes âgées.

Pour la plupart, les internes s'estiment compétents quant à la prescription des opioïdes forts. Satisfaits de leur formation initiale ils estiment néanmoins conserver des lacunes pour lesquelles un renforcement de la formation initiale par des cours ou des formations dédiées leur paraît nécessaire. . En effet leur cursus n'inclus pas de formation particulière à la prise en charge de la douleur. Et aucun des internes interrogés n'avait bénéficié d'une formation douleur. Les demandes des internes vis à vis d'un renforcement de cette compétence entrent en concordance avec les réclamations des médecins généralistes mis en lumière dans d'autres études.

L'accès à des cours ou des formations dédiées à la prescription des opioïdes forts pourrait permettre alors de mieux former les internes à la prescription des opioïdes forts et donc d'avoir des médecins généralistes mieux formés en ce sens, ce qui pourrait être une aide à la diminution du nombre de décès ou d'hospitalisations liés à la prescription de ces médicaments qui est à l'heure actuelle un problème de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. RHUMATO–Fiches pratiques –Antalgiques –Les paliers de l’OMS –In: Rhumato.info –Disponible sur: <http://www.rhumato.info/fiches-pratiques2/147-antalgiques/1744-les-paliers-de-loms>
2. ANSM 2019 : État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques
3. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. 2015 disponible sur <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/81931/resultatrecherche/5>
4. DOULEURS SANS FRONTIERE–Encyclopédie de la douleur –Morphine –In: douleur.org –Disponible sur:www.douleurs.org/encyclopedie-Morphine-#.U-MkwKOUSSo
5. REPERE MEDICAL–Anciens numéros –Numéro 4 –Histoire de la morphine «Une si longue histoire» In: repere-medical.com–Disponible sur: www.repere-médical.com/article-317.html
6. JEAN BRUNETON-Pharmacognosie. Phytochimie, Plantes médicinales -Edition Lavoisier -4èmeEdition –2009 -Page 1090
7. YVES LANDRY ET JEAN-PIERRE GIES-Pharmacologie. Des cibles vers l’indication thérapeutique-Edition Dunod -2èmeEdition –2009 -Pages 428-429
8. Y. COHEN ET C. JACQUOT–Pharmacologie-Edition Masson-6èmeEdition–2008 -Page 126
9. MICHEL SCHORDERET ET COLLABORATEURS-Pharmacologie. Des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques -Editions Frison-roche et Slatkine–1998 -Pages 347-348
10. BARREAU, CHENAF, KABORE, Pharmacoépidémiologie de l’usage des

antalgiques opioïdes en France. La lettre du pharmacologue. Vol.31-n°4, 2017 :110-112.

11. CEIP Enquête ASOS 2017. Disponible sur https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0093eb8cad19d874bd1cbea47c77aeefe.pdf
12. CHENAF 2018 - Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. European Journal of Pain.
13. Journée d'échange partenarial sur l'usage des antalgiques opioïdes en France ANSM mai 2017
14. AUBIN AUGER I - Introduction à la recherche qualitative. 2009. Exercer, vol. 19, 84:142-
5.Disponiblesur:http://www.bichatlarib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
15. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine.[Internet]. 2009: 39p.Disponible sur : <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
16. SFAR. Conférence d'expert. Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière. Paris 1999. Disponible sur : <http://www.sfar.org/cexpседationeh.html>.
17. Recommandations sur l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse. Disponible sur http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf
18. CALAIS NICOLAS 2015 Prescription des opioïdes forts en médecine générale :état des lieux en Seine-Maritime.
19. [vidal.fr](http://www.vidal.fr)

20. ALEXANDRA KEMPA - Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes

21. IPSOS PUBLIC AFFAIRS - « Le regard des médecins sur leur métier a changé », Septembre 2004. Disponible sur <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2004-09-30-regard-medecins-sur-leur-metier-change>

22. AGNES OUDE ENGBERINK Étude qualitative du sentiment« d’être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Disponible sur <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2011/04/pmed100011.pdf>

23. MARION GAROUX DREVET - Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale ? Disponible sur <https://docplayer.fr/54526879-Professionnelle-qu-attendent-les-patients-de-la-consultation-de-suivi-d-une-pathologie-chronique-en-medecine-generale-recherche-en-soins-primaires.html>

24. BAYA KERKOUCHE 2018 . État des lieux des représentations et du ressenti des internes de médecine générale de Rouen en fin de cursus face à un patient toxicomane

25. RESPADD, octobre 2018. Disponible sur « [Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut SAVOIR, ce qu'il faut FAIRE](#) »,

26. Le médecin généraliste et les douleurs d’origine cancéreuse. Disponible sur <http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00080005/313/>

27. FOUGERE B, MYTYCH I, BAUDEMONT C - Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine Palliative : Soins de Support -Accompagnement -Éthique. 2012 Apr;11(2):90–7

28. DELEENS R, HADJAT Y - Douleur et opioïdes forts: des recommandations d’experts aux nouvelles réflexions. Du bon usage des opioïdes. Douleurs : Evaluation -Diagnostic -Traitement. 2015 Oct;16(5):238–45.

29. DIDIER SICARD - Commission de réflexion sur la fin de vie en France 2012

30. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. <http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00030002/69/> [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2015 Apr 15]; Available from: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/81931/resultatrecherche/5>
31. Évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. 2001. Société française de santé publique. Direction Générale de la Santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
32. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL 2005
33. AUDREY RECOQUILLAY - État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes concernant l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs non cancéreuses des patients majeurs en Haute Normandie en 2016
34. DUBOIS E, - Université de Caen. Caen. FRA / com. Morphine et médecins généralistes : résultats d'une enquête dans le Calvados. 2013

Annexe 1

Script de l'entretien

1 - Profil de l'interviewé: Âge, sexe, DU, licence, master, Desc, Stages effectués durant l'internat? Formation douleur ? Projet professionnel?

2 – Parlez moi de la dernière fois que vous avez prescrit un opioïde fort.

Etait-ce en pratique de ville ou hospitalière ? Indications : Était-ce dans le cadre d'une douleur aiguë ? Chronique ? Douleur cancéreuse ou non ? Co prescription d'opioïdes forts pour une fin de vie ou une sédation continue et maintenue jusqu'au décès ? Était-ce une instauration ou un changement de molécule ou de galénique ?

Comment avez-vous présenté le traitement au patient ?

Avez-vous mis en place une surveillance spécifique ? (IDE) Réévaluation ? suivi ?

Etiez-vous à l'aise ? Quelle molécule avez-vous prescrit et selon quelles modalités ? Quelle crainte avez-vous pu avoir à ce moment-là ? Erreur de posologie ? Risque de surdosage ? Risque d'effet secondaire ? Doutes sur l'indication de la prescription ?

3 - Parlez-moi d'une situation qui a modifié votre manière de prescrire des opioïdes forts?

(Expériences d'échecs, difficultés d'arrêt, effets indésirables ingérables

Confrontation à des situations de mésusage, d'addiction

Avez-vous déjà eu le sentiment de vous faire forcer la main ?

Expériences de réussite, patient satisfait de la prise en charge, bonne gestion des effets indésirables, absence d'apparition d'effets indésirables? Arrêt facile des morphiniques ?)

4 - Dans quelle situation vous sentez vous le plus à l'aise ou le plus compétent pour la prescription d'opioïdes forts ?

(Douleur aiguë ? Douleur chronique ? Douleur cancéreuse ou non ? Médecine de ville, médecine hospitalière ? Avez-vous des préférences envers cette molécule par rapport à d'autres ou par rapport à certaines modalités d'administration ?)

5 – Lorsque vous prescrivez des opioïdes forts qu'est-ce qui vous semble le plus difficile ?

(Pertinence de l'indication, Inexpérience dans le maniement des opioïdes ? Inexpérience pour les équivalences et les relais? Rédaction de l'ordonnance)

6 - A contrario lorsque vous prescrivez des opioïdes forts qu'est-ce qui vous semble aisé?

7 – Plus généralement quel est votre ressenti quant à l'utilisation des opioïdes forts ?

8 - Arrivé en fin d'internat comment évalueriez-vous vos compétences quant à la prescription d'opioïdes forts?

9 – De quelle manière pourrait-on renforcer les compétences concernant la prescription des opioïdes forts ?

Annexe 2

Mesures ayant émergé lors de la journée d'échange partenarial de l'ANSM du 11 mai 2017

RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ SUR LA PRESCRIPTION ET LA DÉLIVRANCE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

- ◆ Formation des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins de la douleur, oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens-dentistes, médecins addictologues, médecine d'urgence, médecins du travail, pharmaciens hospitaliers et officine, infirmiers hospitaliers et libéraux, étudiants en médecine, pharmacie et dentaire) et des étudiants.
- ◆ Formation sur les différents types de douleurs, les traitements, les risques, les recommandations, l'objectif de prise en charge globale, la nécessité d'interdisciplinarité, la sémiologie de l'abus / la dépendance / le mésusage et les stratégies de dépistage.

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS

- ◆ Prise en charge globale de la douleur et de la souffrance :
 - Prendre en compte la douleur physique et psychologique.
 - Faciliter la prise en charge non médicamenteuse (psychothérapie, hypnothérapie, kinésithérapie, acupuncture, soutien psychologique, sophrologie, méditation...).
 - Préciser les critères les plus pertinents d'évaluation de la douleur chronique et donc de l'efficacité d'un traitement antalgique.
 - Prendre en compte le risque de mésusage, d'abus et de dépendance dans l'évaluation globale.
 - Réévaluer le traitement au bout de 3 mois au maximum dans la douleur chronique et envisager son arrêt en cas d'inefficacité.
- ◆ Développer les échanges interdisciplinaires entre professionnels de santé (pharmacien/médecin généraliste-médecine d'urgence-spécialistes-médecin du travail / addictologue).
- ◆ Anticiper les conséquences du développement des hospitalisations à domicile (HAD) et de la prise en charge en ambulatoire avec par exemple des ordonnances de sortie "protocollées".
- ◆ Superviser la gestion de la douleur à domicile : les médecins généralistes et les infirmiers libéraux peuvent évaluer la douleur et le traitement en faisant le lien avec le primoprescripteur et faire des recommandations de bon usage auprès des patients.

AMÉLIORER LA DIFFUSION DE L'INFORMATION AUPRÈS DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

- ◆ Relayer les recommandations des sociétés savantes par les agences de santé et les Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD et inter-CLUD) qui sont des relais hospitaliers importants d'information sur la douleur et les antalgiques.
- ◆ Diffuser l'information via :
 - Le logiciel d'aide à la prescription.
 - Les délégués ou les médecins conseils de l'Assurance maladie.
 - La mise en place d'interfaces mutualisées avec les médecins, les structures douleur chronique, les médecins addictologues et les agences de santé pour que l'information soit facile d'accès et regroupée.

AMÉLIORER LA DIFFUSION DE L'INFORMATION AUPRÈS DU GRAND PUBLIC

- ◆ Informer les patients sur les différents types de douleurs, de traitements, de recommandations et de parcours de soins.
- ◆ Faire connaître les structures et consultations de prise en charge de la douleur et les centres d'addictologie.
- ◆ Mieux informer sur les idées reçues et les craintes autour de ces traitements.

AMÉLIORER LES CONNAISSANCES

- ◆ Élaboration de recommandations sur le bon usage des opioïdes faibles et dans les douleurs aiguës.
- ◆ Promouvoir la recherche et les essais cliniques sur les antalgiques pour élargir l'arsenal thérapeutique.
- ◆ Identifier les populations à risque de mésusage et d'intoxication.
- ◆ Identifier la part de l'automédication familiale et améliorer les connaissances des usagers pour réduire les risques.
- ◆ Élargir l'accès à la naloxone aux patients douloureux traités par antalgiques opioïdes.
- ◆ Prendre en compte le risque d'abus, de dépendance et de mésusage dans l'évaluation du service médical rendu (SMR) et de l'amélioration du service médical rendu (ASMR).

RESUME

Introduction :

La consommation d'opioïdes forts en France est en nette augmentation, en effet un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé relève une augmentation de la consommation des opioïde fort de 150% entre 2006 et 2017. Cette augmentation s'inscrit dans le cadre d'une politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur de part notamment des plans ministériels de lutte contre la douleur ayant été mis en place depuis 1998. En parallèle l'ANSM observe une augmentation des mésusages ainsi que des intoxications et des décès liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes qu'ils soient faibles ou forts. Le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 167% entre 2000 et 2017. En vue du contexte actuel et en vue d'éclaircir les difficultés relevées par les médecins généralistes dans la gestion des opioïdes forts le but de ce travail était donc de nous tourner vers nos futurs médecins pour relever leur ressenti et leurs éventuelles difficultés quant à la gestion de cette classe thérapeutique pour savoir s'il serait donc intéressant de renforcer ou non leur formation et de quelle manière. **Matériel et méthode** : Une étude qualitative par entretien en personne semi dirigés a été réalisée du 10/11/2019 au 23/01/2020 ; ont été inclus les internes en dernière année de DES de médecine générale. Le recrutement des internes a été réalisé par demande par mail Les entretiens se sont déroulés dans un environnement choisi par l'interne et selon leurs disponibilités. **Résultats** : 10 internes ont été inclus. Les internes s'estiment compétents pour la prescription des opioïdes forts mais relèvent des difficultés quant à la gestion des différentes galéniques et des équiposologies. D'autres difficultés sont également relevées mais sembleraient être liées aux problématiques de la pratique de la médecine générale accentuées par leur statut d'interne ou de jeune médecin remplaçant et donc à une confrontation au début de leur activité professionnelle. Les internes satisfaits de leur formation initiale désirent cependant un renforcement de cette formation notamment par des cours ou des formations dédiées à la prise en charge de la douleur. **Conclusion** : Les internes en dernière année de médecine générale en Picardie se sentent compétents pour la gestion des opioïdes forts mais éprouvent encore des difficultés concernant la gestion des différentes galéniques et psologies, les risque d'accoutumances ou de situations de mésusage. Ils désirent alors que leur formation initiale soit renforcée. **Mots clés** : Ressenti des internes, médecine générale, opioïdes forts, Picardie

ABSTRACT

Introduction

The consumption of strong opioids in France is clearly on the rise, in fact a report by the National Agency for the Safety of Medicines and Health Products notes a 150% increase in the consumption of strong opioids between 2006 and 2017. This increase is part of a policy to improve pain management, notably through the ministerial plans to combat pain that have been in place since 1998. At the same time, the ANSM has observed an increase in misuse, intoxication and death linked to the use of opioid analgesics, whether strong or weak. The number of hospitalisations linked to the use of opioid analgesics obtained on medical prescription increased by 167% between 2000 and 2017. In view of the current context and in order to clarify the difficulties noted by general practitioners in the management of strong opioids, the aim of this work was therefore to turn to our future doctors to find out how they feel and any difficulties they may have in managing this therapeutic class, to find out whether or not it would be worthwhile to reinforce their training and in what way. **Material and method:** A qualitative study by semi-directed face-to-face interviews was carried out from 10/11/2019 to 23/01/2020; interns in the final year of their DES in general medicine were included. Interns were recruited by email request. Interviews were conducted in an environment chosen by the intern and according to their availability. **Results:** 10 interns were included. The interns consider themselves competent in the prescription of strong opioids but note difficulties in the management of the different galenics and equiposologies. Other difficulties were also noted but seemed to be linked to problems in the practice of general medicine accentuated by their status as interns or young replacement doctors and therefore to a confrontation at the beginning of their professional activity. The interns who were satisfied with their initial training nevertheless wanted this training to be reinforced, in particular by courses or training courses dedicated to pain management. **Conclusion:** Interns in their final year of general medicine in Picardy feel competent in the management of strong opioids but still have difficulties with the management of different galenics and dosages, the risk of addiction or misuse situations. They therefore wish to reinforce their initial formation. **Key Words:** Residents' feelings, general medicine, strong opioids, Picardy

