



**HAL**  
open science

# Évaluation du risque de mésusage et de dépendance lors de la prescription d'antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands

Anaële Daulne Sommier

## ► To cite this version:

Anaële Daulne Sommier. Évaluation du risque de mésusage et de dépendance lors de la prescription d'antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03131841

**HAL Id: dumas-03131841**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03131841>**

Submitted on 4 Feb 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----  
UFR de SANTÉ

Année 2020

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2020

par

Mme Anaële DAULNE, épouse SOMMIER

Née le 19/07/1988 à VIRE (*Calvados*)

**TITRE DE LA THÈSE :**

**EVALUATION DU RISQUE DE MESUSAGE ET DE DEPENDANCE  
LORS DE LA PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES OPIOIDES POUR DES  
DOULEURS CHRONIQUES NON CANCEREUSES : Etude qualitative  
auprès de 12 médecins généralistes bas-normands**

**Présidente :** Madame le Professeur RAT Anne-Christine

Membres : Madame le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie

Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

Monsieur le Docteur DAVID Samuel, directeur de thèse

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

<b>Mme</b>	<b>FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M.</b>	<b>FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>Mme</b>	<b>GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>HABRAND Jean-Louis</b>	Cancérologie option Radiothérapie
<b>M.</b>	<b>HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M.</b>	<b>HANOUIZ Jean-Luc</b>	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
<b>M.</b>	<b>HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M.</b>	<b>ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M.</b>	<b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme</b>	<b>LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>LUBRANO Jean</b>	Chirurgie viscérale et digestive
<b>M.</b>	<b>MAHE Marc-André</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M.</b>	<b>MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>MAUREL Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M.</b>	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M.</b>	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M.</b>	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme</b>	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition
<b>M.</b>	<b>QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophthalmologie
<b>Mme</b>	<b>RAT Anne-Christine</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>RAVASSE Philippe</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>REPESSE Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>ROD Julien</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>ROUPIE Eric</b>	Médecine d'urgence
<b>Mme</b>	<b>THARIAT Juliette</b>	Radiothérapie
<b>M.</b>	<b>TILLOU Xavier</b>	Urologie
<b>M.</b>	<b>TOUZÉ Emmanuel</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>TROUSSARD Xavier</b>	Hématologie
<b>Mme</b>	<b>VABRET Astrid</b>	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

### **PROFESSEURS EMERITES**

M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

### **MAITRES DE CONFERENCES EMERITES**

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique





# Remerciements

---

**A Madame le Professeur Rat,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,  
Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

**A Madame le Docteur De Jaegher-Noel,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,  
Soyez assurée de mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Docteur Couette,**

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse,  
Soyez assuré de ma gratitude.

**A Samuel,** mon directeur de thèse,

Merci de m'avoir accompagnée et soutenue toutes ces années, notamment dans les multiples rebondissements de mon travail de thèse. Au-delà de ça, tu m'as permis de redonner un sens à ma vocation de médecin généraliste et de prendre suffisamment confiance en moi pour me lancer.

**A Apolline,**

Pour tes précieux conseils et ta participation à l'analyse des entretiens. On ne rencontre pas tous les jours des personnes prêtes à nous aider et nous accorder de leur temps, en toute simplicité et sincérité, sans nous connaître ni rien attendre en retour. Merci.

**Au Professeur Vabret,** au **Docteur Nicolas Cabé** et à toute **l'équipe d'addictologie** du CHR de Caen, pour leur accueil et leur enseignement. C'était un réel plaisir de travailler et apprendre à vos côtés.

**Aux médecins généralistes interrogés,** sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci à vous.

**A mes maîtres de stage,**

J'ai débuté mon internat sans vraiment me croire capable de le terminer. Chaque semestre à vos côtés m'a permis de prendre conscience que je n'étais pas arrivée là par hasard. Merci pour votre bienveillance et votre accompagnement.

**A Luc,**

Tu m'as montré l'urgence de la situation démographique dans nos campagnes et donné envie d'apporter ma pierre à l'édifice pour y remédier. Je suis heureuse et fière d'avoir pris ta suite à ton départ à la retraite, quitte à perturber la CARMF en devenant la première médecin installée non thésée qu'ils aient connue.

**A papa,**

Merci pour ton soutien sans faille toutes ces années. S'il y a bien une personne sans qui je ne serais jamais venue à bout de ces longues et difficiles études, c'est toi. Je n'ai pas oublié tes heures à lire mes cours pour m'aider à les comprendre, ton logiciel « Dr Beacoq » créé spécialement pour me faire réviser, tes visites express au moindre appel quand le moral chancelait... Je t'aime de tout mon cœur.

**A maman**, qui nous manque si fort,

Je n'ai pas les mots et ce n'est pas grave. Tu savais déjà toute ma reconnaissance. Comme je sais que tu serais très fière de moi aujourd'hui sans avoir besoin de l'entendre. Pour la simple raison que tu as toujours été très fière d'Axel et moi, quoi qu'on ait pu entreprendre.

**A mon petit frère**, parrain et tonton formidable,

Merci de m'accepter telle que je suis, avec mes qualités et mes défauts, malgré nos différences parfois très opposées. Je t'aime fort.

**A ma famille, mes grand-mères, mes oncles et tantes, ma belle-famille...** Merci pour votre affection et votre soutien toutes ces années. Chacun d'entre vous m'a permis d'en arriver là aujourd'hui. Je vous aime.

**A mes amis**, qui répondent toujours présents, dans les bons comme dans les mauvais moments, même si le poids des années et du quotidien a pu nous éloigner pour certains.

Une pensée particulière pour Nathalie, Lucie, Anne, Mélanie, Florian, Wendy, Matteo et Noëlla, Catherine et Alistair. Je suis consciente de la chance que j'ai de vous avoir dans ma vie.

**A mon mari**, mon meilleur ami, mon confident, mon partenaire du quotidien, des petits bonheurs comme des grands. Aux M&Ms et aux fluos multicolores. A cet abribus un jour de pluie. A notre petite puce qui a fait voler en éclat toutes nos grandes certitudes et sans qui notre monde ne tournerait plus rond. A ces difficultés que l'on surmonte les unes après les autres. A la confiance que tu me donnes en moi-même et en l'avenir. Je ne sais pas de quoi il sera fait mais je sais qu'à vos côtés, je saurai tout affronter. Je vous aime si fort, Lou et toi.

# Abréviations

---

ANSM : Agence nationale de la sécurité du médicament

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

BZD : Benzodiazépines

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CETD : Centre d'évaluation et de traitement de la

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCNC : Douleur chronique non cancéreuse

DSM-V : 5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

MSO : Médicament de substitution aux opiacés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORT : Opioid Risk Tool

OSIAP : Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possible

POMI : Prescription Opioid Misuse Index

SDC : Structure de prise en charge de la douleur chronique

SFETD : Société française d'évaluation et de traitement de la douleur

# **Index des tableaux et figures**

---

## Liste des tableaux

Tableau 1 - Opioid Risk Tool (ORT) : Outil permettant la catégorisation rapide d'un patient en niveau de risque de développement ultérieur d'un mésusage au moment de l'initiation d'un traitement antalgique (19).....	11
Tableau 2 - Prescription Opioid Misuse Index (POMI) : Auto-questionnaire de dépistage d'un comportement de mésusage d'un antalgique opioïde (19).....	11
Tableau 3 - Synthèse des situations pour lesquelles un avis spécialisé est nécessaire (19) .....	12
Tableau 4 - Caractéristiques de la population de l'échantillon (H=Homme et F=Femme).....	20

## Liste des figures

Figure 1 - Différents profils de mésusage et de dépendance pharmacologique a un médicament psychoactif (4).....	4
Figure 2 - Mots-clés de la difficulté ressentie par les médecins généralistes dans la prise en charge de la DCNC .....	21
Figure 3 - Mots-clés des représentations des médecins et des patients concernant les opioïdes ..	25
Figure 4 - Arbre thématique de la prescription des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses.....	29
Figure 5 - Mots-clés des représentations des médecins concernant le risque addictologique lié aux opioïdes.....	30
Figure 6 - Mots-clés de l'attitude des médecins face aux risques addictologiques des opioïdes ....	36
Figure 7 - Mots-clés des facteurs de réassurance des médecins vis-à-vis du risque addictologique des opioïdes .....	38
Figure 8 - Arbre thématique de la prise en compte du risque addictologique lors de la prescription d'un opioïde pour des douleurs chroniques non cancéreuses.....	42
Figure 9 - Mots-clés des solutions proposées par les médecins pour améliorer la prise en compte du risque addictologique des opioïdes .....	43
Figure 10 - Arbre thématique des pistes pour améliorer la prise en compte du risque addictologique lié à la prescription des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses.....	50

# Sommaire

---

PREAMBULE .....	1
INTRODUCTION .....	3
1. Définitions.....	3
1.1 Douleur chronique.....	3
1.2 Antalgiques opioïdes et opiacés .....	3
1.3 Mésusage et dépendance.....	4
2. Contexte épidémiologique.....	5
2.1 La douleur chronique en France.....	5
2.2 Evolution des habitudes de prescription des antalgiques opioïdes.....	5
2.3 L'émergence du mésusage aux opioïdes de prescription .....	6
2.3.1 En Amérique du Nord.....	6
2.3.2 En France .....	7
2.4 Conséquences sanitaires .....	8
3. Prescription d'antalgiques opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses .....	9
3.1 Les recommandations françaises .....	9
3.2 Etat des lieux de l'utilisation des opioïdes de prescription pour les DCNC.....	12
4. Objectifs de l'étude.....	14
METHODE .....	15
1. Type d'étude .....	15
2. Choix de la population .....	15
3. Constitution de l'échantillon.....	15
4. Ethique .....	16
5. Réalisation des entretiens .....	16
6. Méthode d'analyse .....	17

RESULTATS .....	19
1. Réalisation des entretiens .....	19
2. Caractéristiques de l'échantillon .....	19
3. Analyse thématique .....	20
3.1 Prescription des opioïdes dans le cadre des DCNC .....	21
3.1.1 Une prise en charge vécue comme difficile .....	21
3.1.2 Représentations concernant les opioïdes .....	25
3.2 Evaluation du risque addictologique lors de la prescription d'un traitement opioïde .....	30
3.2.1 Représentations des médecins par rapport au risque addictologique .....	30
3.2.2 Attitude face aux risques de mésusage .....	36
3.2.3 Facteurs de réassurance .....	38
3.3 Solutions proposées par les médecins généralistes .....	43
3.3.1 Concernant la prescription .....	43
3.3.2 Concernant les médecins .....	45
3.3.3 Concernant les patients .....	48
DISCUSSION .....	51
1. Discussion des résultats .....	51
1.1 Prise en charge de la DCNC et prescription d'opiacés .....	51
1.1.1 La prise en charge de la DCNC, vécue comme difficile .....	51
1.1.2 L'opinion mitigée des médecins généralistes sur les CETD .....	52
1.1.3 Les représentations des médecins et des patients vis-à-vis des opioïdes : de la peur à la banalisation .....	53
1.2 Evaluation du risque addictologique .....	54
1.2.1 Un manque d'évaluation du risque de mésusage en lien avec une insuffisance de repérage des consommations des patients .....	54
1.2.2 Une problématique similaire à celle des benzodiazépines et apparentés .....	56

1.2.3	La dépendance aux antalgiques opioïdes, difficile à identifier et à prendre en charge en ambulatoire.....	56
1.2.4	Les facteurs de réassurance des médecins généralistes, pas toujours fondés .....	57
1.2.5	Cas particulier : le statut des remplaçants.....	59
1.3	Les solutions envisageables pour améliorer l'évaluation du risque de dépendance ou de mésusage à l'instauration d'un traitement antalgique par opioïde.....	61
1.3.1	Le rôle majeur de l'information .....	61
1.3.2	L'utilisation d'outils pour systématiser et améliorer les évaluations.....	62
1.3.3	Le recours à une tierce personne.....	63
1.3.4	L'action directe sur les prescriptions .....	64
2.	Discussion de la méthode .....	66
2.1	Points forts de l'étude .....	66
2.1.1	Méthodologie adaptée aux objectifs .....	66
2.1.2	Sujet pertinent .....	67
2.1.3	Saturation des données .....	67
2.2	Limites et biais de l'étude.....	67
2.2.1	Chercheur novice .....	67
2.2.2	Biais de sélection .....	68
2.2.3	Biais de mémorisation.....	68
2.2.4	Biais d'interprétation .....	68
	CONCLUSION .....	69
	BIBLIOGRAPHIE .....	70
	ANNEXES .....	75





# PREAMBULE

---

Ce projet de thèse est né suite à la réalisation de mon mémoire sur le mésusage et la dépendance aux opioïdes de prescription dans le cadre de mon diplôme universitaire (DU) d'addictologie en 2018. Le professeur François Vabret m'a orientée vers ce sujet pour me sensibiliser à ce risque en tant que future médecin généraliste.

Les médecins généralistes sont en effet les **premiers prescripteurs d'opioïdes** en France (80% des prescriptions d'opioïdes forts) (1), et j'ai réalisé qu'avant ce travail de mémoire, j'étais insuffisamment préparée à prévenir, repérer et prendre en charge les situations de mésusage et de dépendance aux opioïdes que je prescrivais lors de mes remplacements.

Mon travail de mémoire s'intéressait à la prise en charge du trouble addictologique (mésusage ou dépendance) en lien avec les opioïdes de prescription et était centré sur trois cas cliniques. L'un d'entre eux concernait un homme de 35 ans aux antécédents de consommation de tabac et de cannabis pour lequel le médecin traitant avait prescrit un opioïde faible pour une douleur lombaire mal identifiée. Le patient avait mésusé son traitement pour se tourner ensuite vers l'héroïne et l'introduction d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO) avait finalement été nécessaire. Ce cas m'avait particulièrement interpellée et soulevait l'importance de la **prévention** et de l'identification des risques en amont, dès la première prescription d'opioïdes.

J'ai donc souhaité approfondir ce sujet dans le cadre de ma thèse, et m'intéresser à la manière dont les médecins généralistes abordent ce risque lorsqu'ils prescrivent des antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) à leurs patients.



# INTRODUCTION

---

## 1. Définitions

### 1.1 Douleur chronique

La douleur est définie par l'International Association for Study of Pain (IASP) comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur chronique est un « syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. »(2)

Classiquement, on parle de douleur chronique lorsque qu'elle évolue **depuis 3 à 6 mois** selon les auteurs.

### 1.2 Antalgiques opioïdes et opiacés

Les opiacés regroupent les produits dérivés de l'**opium**, substance sédatrice d'origine naturelle provenant de la culture du Pavot à opium, *Papaver somniferum*, de la famille des Papavéracées. La morphine ou sulfate de morphine est le produit de référence de cette famille.

Le terme "opioïde" désigne quant à lui l'ensemble des substances ayant un effet morphinique, qu'elles soient d'origine naturelle, semi-synthétique ou synthétique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue d'une part des opioïdes faibles (niveau 2) tels que la codéine et le tramadol ; et des opioïdes forts (niveau 3) tels que la morphine, l'oxycodone et le fentanyl.(3)

### 1.3 Mésusage et dépendance

L'usage prolongé des opioïdes peut aboutir à deux types de complications addictologiques :

- le **mésusage**, qui désigne un comportement d'utilisation inapproprié du médicament avec non-respect de la prescription

- la **dépendance pharmacologique**, qui désigne le processus de tolérance, aboutissant à une perte progressive de l'effet à posologie égale (situation 2 sur la Figure 1), et à la nécessité d'augmenter les doses pour conserver les mêmes effets (situation 3 sur la Figure 1), avec secondairement un syndrome de sevrage lors de l'arrêt ou de la diminution trop rapide de la substance. Ces situations peuvent résulter de prescriptions prolongées sans comportement addictif des patients.

Ces deux complications peuvent être présentes de manières simultanées. (situation 4 sur la Figure 1)

Et certains patients peuvent également présenter un comportement addictif avec mésusage de leur traitement sans signe de dépendance pharmacologique franc. (situation 5 sur la Figure 1) Toutefois, lorsque le mésusage se prolonge, avec escalade des doses, il entraîne la plupart du temps un phénomène de dépendance pharmacologique associé.(4)

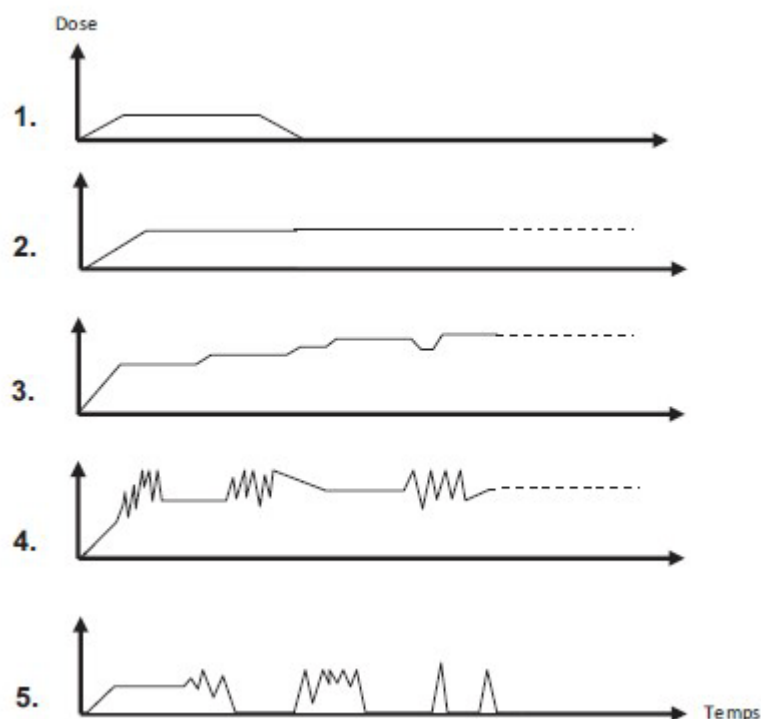


Figure 1 - Différents profils de mésusage et de dépendance pharmacologique à un médicament psychoactif (4)

## 2. Contexte épidémiologique

### 2.1 La douleur chronique en France

La douleur est un des motifs de consultation **les plus fréquents** en médecine générale. En 1998 une étude réalisée auprès de 178 médecins d'île de France retrouvait une prévalence du motif « douleur » de 43%.<sup>(5)</sup> Plus récemment en 2017, l'exploitation des données recueillies par l'étude nationale ECOGEN<sup>(6)</sup> retrouvait une prévalence de 36%.<sup>(7)</sup>

En 2018, l'OFMA (Observation Français des Médicaments Antalgiques) estimait après modélisation que la prévalence de la douleur chronique chez les adultes varierait de 27,2 % à 32,7 %. Elle concernerait donc environ **16 millions de français**.<sup>(8)</sup>

### 2.2 Evolution des habitudes de prescription des antalgiques opioïdes

L'historique de l'utilisation des opioïdes au cours de l'Histoire à travers le monde rédigé par Elodie Dubois en introduction de sa thèse nous montre que l'opium est utilisé à des fins à la fois **médicales et récréatives** depuis toujours.<sup>(9)</sup>

C'est au dix-huitième siècle que l'**abus d'opium à grande échelle** apparaît en Europe, en partie liée à l'industrialisation en Angleterre de *Laudanum*, une teinture alcoolique d'opium safrané parfumé à la cannelle ou à la girofle, utilisée aussi bien dans le cadre de douleur que pour ses effets psychoactifs.

L'émergence de toxicomanies a alors justifié une série de **mesures restrictives** assimilant l'opium à un poison et réglementant sa circulation en France, avec le vote en 1916 d'une loi limitant l'usage de la morphine à un **usage médical strict**.

A partir du milieu du 20<sup>e</sup> siècle, une démarche de **réhabilitation** de la morphine s'enclenche.

En 1961, la convention unique sur les stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies insiste sur la double nécessité de lutter contre la toxicomanie et de permettre un accès facile aux morphiniques pour les patients souffrant de douleurs intenses.

Dans les années 70, les premières consultations douleur émergent en France, ainsi que des unités de soins palliatifs, avec utilisation de la morphine pour les patients en fin de vie. Les règles de

prescription de la morphine en France restent très contraignantes, entraînant son faible usage à visée antalgique.

En 1992, un DU sur la douleur et son traitement est créé et en 1995, l'**enseignement** sur la prise en charge de la douleur devient obligatoire pour le premier et second cycle des études médicales, et la morphine prend une place importante dans les **nouvelles recommandations** pour traiter les douleurs cancéreuses et les douleurs post-opératoires.

C'est ainsi que la prescription de morphine en France est multipliée par 14 entre 1986 et 1996, passant ainsi du 20<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> rang mondial en ce qui concerne son utilisation.

Toutes ces mesures conduisent à l'instauration de l'**ordonnance sécurisée** en 1999, mettant fin aux carnets à souche, et à l'allongement de la durée de prescription des traitements sous forme orale de 7 à 28 jours. Les prescriptions de morphiniques croissent alors de 20% en 2000.

## 2.3 L'émergence du mésusage aux opioïdes de prescription

### 2.3.1 En Amérique du Nord

Les situations de mésusage aux opioïdes de prescription se sont rapidement répandues depuis les années 2000, surtout en Amérique du Nord.

Les Etats-Unis et le Canada utilisent à eux deux 62% de la production mondiale d'opioïdes, alors qu'ils ne représentent que 5,7% de la population mondiale.(10) En 2012, 4,9 millions d'états-uniens avaient une prescription d'opioïdes à visée antalgique, soit 2,4% de la population. Et il a été rapporté une augmentation de 153 % des accueils aux urgences de 2004 à 2015 pour mésusage ou abus de médicaments opioïdes.(11)

Le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), a noté des **transferts** de plus en plus fréquents d'addiction des médicaments opioïdes vers l'héroïne. En effet, si en 1990, la morphine était une alternative moins chère à l'héroïne sur le marché des drogues aux Etats-Unis, cela est devenu moins vrai au fil du temps, en raison de la demande accrue liée à la dépendance et d'un accès moins facile auprès des prescripteurs devenus plus réticents. Ainsi, d'après le CDC, l'un des facteurs identifié de dépendance à l'héroïne est la dépendance à un médicament opioïde : environ 3 usagers d'héroïne sur 4 déclarent avoir commencé par des médicaments opioïdes. (12)

### 2.3.2 En France

En France, l'émergence du mésusage est moins nette mais tout de même **en augmentation**.

En 1998, les opioïdes faibles représentaient 19,3% des antalgiques prescrits, et les opioïdes forts seulement 1% et uniquement pour des douleurs cancéreuses.(5) Les freins rapportés à la prescription étaient majoritairement le **manque de formation** et la  **Crainte vis à vis des effets secondaires** et de la comorbidité, les **risques de dépendance** faisant partie des inquiétudes de l'époque.

Entre 2004 et 2017 les délivrances d'antalgiques opioïdes forts pour des DCNC ont augmenté de 88%, majoritairement dû à l'augmentation des prescriptions d'oxycodone (+1180 %). Les remboursements pour les opioïdes faibles ont quant à eux diminué de 10,5% suite à l'arrêt du dextropropoxyphène, mais on note malgré tout une **hausse des prescriptions** de tramadol (+123 %), de la codéine (+150 %) et de la poudre d'opium (+244 %) (13).

Au total en 2015, 17% des français ont bénéficié d'au moins un remboursement d'un antalgique opioïde, soit près de 10 millions de personnes.(11)

Ces études ne prenaient toutefois pas en compte l'**automédication** par codéine, disponible en vente libre en France jusqu'en 2017 et à l'origine de mésusage. En effet, en 2013, une enquête a été réalisée dans les pharmacies auprès des acheteurs de codéine sans prescription : 19,5% d'entre eux utilisaient de la codéine tous les jours pendant des durées supérieures à 6 mois, le motif le plus fréquent d'utilisation quotidienne étant les céphalées pour lesquelles, nous le verrons, le traitement par antalgiques opioïdes n'est pas recommandé.(15)

Par ailleurs, les autorités de santé françaises ont également constaté depuis 2015 une augmentation de cas d'**usage détourné** d'opioïdes par des adolescents et des jeunes adultes, notamment en association avec un antihistaminique H1 et/ou de l'alcool, dans un cocktail dénommé *purple drank*. Des intoxications graves et des décès ont été recensés, justifiant l'interdiction de leur vente sans prescription depuis le 17 juillet 2017.(16)

En 2017, une enquête a étudié le nombre de critères de trouble de l'usage des substances (basés sur les 11 critères du DSM-V disponible en annexe) dans une population de patients douloureux chroniques non cancéreux suivis dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) et traités par opioïdes. 52 patients ont participé : selon les critères du DSM-V, 9,6 % des patients avaient un trouble de l'usage léger de leur traitement, 15,4 % modéré et 51,9 % sévère. La moyenne des scores DSM-V était de 4,14 pour les opioïdes faibles, et de 6,54 pour les opioïdes forts.(17)

## 2.4 Conséquences sanitaires

Les comportements d'addiction aux antalgiques de prescription exposent à des conséquences à la fois individuelles telles que la désinsertion sociale et les comorbidités psychiatriques et somatiques, mais également collectives en terme de santé publique, avec le **risque d'intoxications, de surdosage et de décès**.

Aux Etats-Unis, entre 1999 et 2015, le nombre de décès en lien avec les médicaments opioïdes a été multiplié par 4.(14) Ils représentaient 62 morts par jour en moyenne en 2015.(11) Depuis 2009, les décès liés à des surdosages d'opioïdes sont la **première cause de mort accidentelle**, devant les accidents de la route.(10) (12)

Les données françaises analysées par l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) rapportent une augmentation des décès imputables aux opioïdes de 161 % et une augmentation de 128 % des hospitalisations liées à des overdoses aux opioïdes entre 2004 et 2015.(11)

Depuis 2002, l'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) a pour objectifs de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier ces substances impliquées (médicaments ou drogues illicites), d'évaluer leur dangerosité et d'estimer l'évolution du nombre de ces décès.

En 2017, 472 décès ont été inclus, dont 432 étaient directement liés aux produits et les 40 autres seulement de manière indirecte. Sur ces 432 décès en lien direct avec le produit, environ 14% des cas impliquaient les opioïdes licites de prescription (hors MSO). Parmi ces opioïdes de prescription, les premiers responsables des décès étaient la **morphine**, puis le **tramadol** et la **pholcodine**.(18)

La même année, l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM) a organisé une journée d'échange partenarial sur l'usage et le mésusage des antalgiques opioïdes en France. Une analyse globale des problématiques soulevées a été réalisée afin de faire émerger des propositions pour assurer le maintien d'un rapport bénéfice-risque positif de ces médicaments. Ce rapport publié en février 2019 alerte tout particulièrement sur les prescriptions de tramadol et d'oxycodone et estime que les traitements opioïdes seraient aujourd'hui **responsables d'au moins 4 décès par semaine**.(14)



### 3. Prescription d'antalgiques opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses

#### 3.1 Les recommandations françaises

En France l'utilisation des antalgiques opioïdes forts dans la prise en charge des DCNC a fait l'objet de plusieurs recommandations successives ces dernières années. Les plus récentes ont été publiées par la Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD) en 2016, motivées par l'émergence du mésusage aux Etats-Unis et les conséquences en terme de mortalité.(19)

Il est à noter cependant que ces recommandations concernent uniquement l'utilisation des opioïdes forts et qu'il n'existe en France **aucune recommandation** récente sur le bon usage des antalgiques opioïdes faibles.

- Les indications

Les opioïdes forts ont montré une **efficacité modérée** dans le soulagement des douleurs arthrosiques des membres inférieurs, des lombalgies chroniques réfractaires et des douleurs neuropathiques périphériques ou centrales.

Pour ces trois indications, ils peuvent être tout de même envisagés en cas de diagnostic étiologique précis des douleurs, en deuxième intention, dans le cadre d'une prise en charge globale du patient (psychologique, sociale, professionnelle et rééducative si besoin) et après information des bénéfices attendus et des événements indésirables encourus devant s'intégrer dans un contrat de soin entre le médecin prescripteur et le patient.

Par ailleurs il est recommandé de **ne pas utiliser** d'opioïdes forts dans le traitement des maladies dites dysfonctionnelles et notamment dans la **fibromyalgie**, ainsi que dans le traitement des céphalées primaires et notamment de la **migraine**.

- La molécule et la galénique

Il est recommandé de **privilégier les formes à libération prolongée** (LP) dans les DCNC pour limiter les risques de mésusage. Les petites doses à libération immédiate (LI) sont surtout indiquées en phase de titration, notamment chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance rénale ou respiratoire.

Il est recommandé de **ne pas utiliser les formes de fentanyl transmuqueux** (libération rapide) dans la prise en charge des DCNC.

- Les posologies

L'efficacité des opioïdes forts au long cours est obtenue avec des doses modérées, inférieure à 100 mg d'équivalent morphine par jour. Il est recommandé de **ne pas dépasser 150 mg d'équivalent morphine par jour** et un avis spécialisé est recommandé au-delà de cette dose.

- La durée

Il n'est pas recommandé de poursuivre un opioïde fort **au-delà de 3 mois** en l'absence de bénéfice sur le soulagement de la douleur, l'amélioration de la fonction ou l'amélioration de la qualité de vie.

- Le risque de mésusage ou de dépendance

Les **facteurs de risque de mésusage** retenus par la SFETD sont les suivants :

- Age jeune
- Sexe masculin
- Maladie psychiatrique présente au moment de la prescription
- Problèmes légaux et comportementaux chez les hommes
- Antécédent de mésusage de substances psycho actives (SPA)
- Antécédent d'addiction à l'alcool
- Tabagisme actif
- Consommation de produits illicites
- Prescription d'opioïdes faibles >1 DDD/j avant opioïdes forts (DDD = Defined daily dose correspond à la posologie quotidienne indiquée, définie par l'OMS.)

Il est recommandé de les rechercher **avant toute prescription d'opioïdes forts**, leur existence n'interdisant pas la prescription du traitement mais justifiant une attention et un suivi renforcés pour prévenir ces risques.

L'outil **Opioid Risk Tool** (ORT) présenté dans le Tableau 1 est un outil de dépistage simple concernant le risque potentiel d'addiction, qu'il catégorise en fonction du score total : Faible (0 à 3), Modéré (4 à 7), Elevé (supérieur à 8). Les premières études de validité montrent son intérêt pour la médecine générale, du fait de sa brièveté et facilité d'utilisation, même s'il n'est pas exhaustif.(4)

		Score si femme	Score si homme
Âge	Entre 16 et 45 ans	1	1
Antécédent familial de trouble de l'usage d'une substance	Alcool	1	3
	Drogues illicites	2	3
	Autre	4	4
Antécédent personnel de trouble de l'usage d'une substance	Alcool	3	3
	Drogues illicites	4	4
	Médicaments d'ordonnance	5	5
Trouble psychique	Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif (TOC), schizophrénie	2	2
	Syndrome dépressif	1	1
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance		3	0

Tableau 1 - Opioid Risk Tool (ORT) : Outil permettant la catégorisation rapide d'un patient en niveau de risque de développement ultérieur d'un mésusage au moment de l'initiation d'un traitement antalgique (19)

Lors du suivi d'un patient sous traitement opioïde fort au long cours, il est également recommandé de rechercher un mésusage **lors de chaque renouvellement d'ordonnance**.

Ce dépistage peut être réalisé par le test d'hétéro-évaluation *Prescription Opioid Misuse Index* (POMI) détaillé dans le Tableau 2 qui évalue en six questions les situations de mésusage des opioïdes.(10) Sa rapidité de passation et de cotation en font potentiellement un outil particulièrement adapté à un usage en soins primaires. Chaque réponse OUI compte 1 point. Un score supérieur ou égal à 2 sur 6 est considéré comme positif et objective un mésusage.

Répondez le plus spontanément possible à ces 6 questions sur vos médicaments antalgiques :		
Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui vous est prescrit ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de faire renouveler vos traitements plus tôt que prévu ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou euphorique après avoir pris votre médicament antalgique ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de prendre votre médicament parce que vous êtes tracassé ou pour vous aider à faire face à des problèmes autres que la douleur ?	Oui	Non
Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins, y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques ?	Oui	Non

Tableau 2 - Prescription Opioid Misuse Index (POMI) : Auto-questionnaire de dépistage d'un comportement de mésusage d'un antalgique opioïde (19)

Face à un mésusage probable d'un opioïde fort, il est recommandé de demander un avis spécialisé, que ce soit auprès d'un addictologue, d'un CETD ou d'un psychiatre.

- L'avis spécialisé

Chez les patients traités par opioïdes forts pour une DCNC, il est recommandé de prendre un avis spécialisé avant la prescription :

- en l'absence d'étiologie précise expliquant les douleurs chroniques.
- en cas de comorbidité psychiatrique associée.
- devant la présence de facteurs de risque de mésusage.

Pendant la prescription :

- face à une douleur qui persiste malgré une augmentation de la consommation d'opioïde.
- au-delà de 3 mois de traitement
- au-delà de 150 mg d'équivalent morphine

Il est recommandé d'évaluer à **chaque renouvellement** d'ordonnance les bénéfices et les risques de la poursuite du traitement par opioïdes forts et de solliciter l'avis d'un spécialiste dans les situations proposées dans le Tableau 3.

Situations	Spécialiste
<b>Présence de facteurs de risque de mésusage avant mise en route d'un traitement par opioïde fort</b>	Avis multidisciplinaire
<b>Augmentation régulière des doses sans soulagement</b>	Consultation spécialisée douleur
<b>Dose &gt; 150 mg/j d'équivalent morphine</b>	Consultation spécialisée douleur
<b>Balance bénéfice-risque difficile à évaluer</b>	Consultation spécialisée douleur
<b>Poursuite d'un traitement par opioïde au-delà de 3 mois</b>	Consultation spécialisée douleur
<b>Présence d'éléments évocateurs d'addiction sous traitement</b>	Addictologue
<b>Impossibilité d'arrêt de traitement malgré l'absence d'amélioration de la douleur, de la fonction ou de la qualité de vie</b>	Addictologue
<b>Comorbidité psychiatrique sévère</b>	Psychiatre

Tableau 3 - Synthèse des situations pour lesquelles un avis spécialisé est nécessaire (19)

### 3.2 Etat des lieux de l'utilisation des opioïdes de prescription pour les DCNC

En 2014, une revue de la littérature a été réalisée incluant 13 études observationnelles qui évaluaient l'adhérence des médecins aux règles existantes de bonnes pratiques pour limiter les risques liés à l'usage des antalgiques opiacés dans le traitement de la DCNC. Parmi les recommandations les plus suivies, la majeure partie des médecins (98 %) n'envisageait l'utilisation d'opiacés qu'après échec des autres thérapeutiques médicamenteuses ; les praticiens informaient également correctement leurs patients sur les avantages (74 %) et les effets indésirables des opiacés à long terme (84 %). Les **risques de mésusage** et les comorbidités étaient quant à eux **moyennement évalués** (56 % des praticiens).(20)

Une enquête téléphonique auprès de 100 médecins généralistes français confirmait en effet que la perception du risque de dépendance freinait la prescription d'opioïdes forts dans la prise en charge de la DCNC pour un tiers. Et seulement un tiers des praticiens déclaraient systématiquement rechercher la survenue d'un mésusage ou d'une dépendance.(21)

En 2015, Amandine Muszczak a interrogé 46 médecins généralistes de 5 régions du Nord-Est de la France.(22) 24% d'entre eux déclaraient ne jamais évaluer le risque d'addiction et seulement 4% l'évaluaient avant, pendant et après le traitement. 46% prévenaient le patient des risques de dépendance liés au traitement. Concernant les indications, 82% des médecins prescrivait des antalgiques opioïdes pour des migraines et 69% pour des fibromyalgies, les opiacés étant déconseillés pour ces deux étiologies. Une thèse de 2011 retrouve des chiffres similaires.(23)

La même année, Gaëlle Martiné-Fabre a réalisé une enquête auprès de 109 médecins généralistes en Limousin.(24) 77% d'entre eux ne connaissaient pas l'existence des dernières recommandations de l'époque concernant la prescription des opioïdes forts pour les DCNC. 54% des médecins disaient avoir des doutes sur la légitimité de leur prescription et 78% d'entre eux étaient intéressés pour avoir une formation plus approfondie sur la prise en charge de la DCNC. Ces résultats corroborent ceux de Pierre Cornu en 2013.(25)

Enfin, en 2017, l'enquête qui étudiait le nombre de critères de trouble de l'usage des substances dans une population de patients suivis dans un CETD pour des DCNC traitées par opioïdes avaient comme diagnostic principal la fibromyalgie dans 57% des cas.(17)

Ces différentes études nous montrent que les médecins généralistes français ont tendance à bien prescrire les antalgiques opioïdes en deuxième ou troisième intention mais n'évaluent pas

suffisamment le risque de dépendance inhérent à ces traitements. Par ailleurs, les opioïdes sont trop souvent prescrits pour des indications non conseillées comme la migraine ou la fibromyalgie. Une des causes avancée par ces études serait la **méconnaissance des dernières recommandations** concernant l'utilisation de ces traitements pour les DCNC.

Dans son rapport publié en février 2019, l'ANSM propose d'ailleurs de renforcer la formation et l'information auprès des professionnels de santé sur la prescription et la délivrance des antalgiques opioïdes dans l'objectif d'améliorer leur bon usage et en réduire les risques. Ils insistent notamment sur le fait que le risque de mésusage et de dépendance doit être surveillé et prévenu, même lorsque la prescription initiale respecte les conditions de l'autorisation de mise sur le marché.(14)

#### 4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la manière dont les médecins généralistes bas-normands prennent en compte le risque addictologique incluant à la fois le mésusage et la dépendance pharmacologique lorsqu'ils prescrivent des antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses à leurs patients.

L'objectif secondaire était de rechercher des moyens d'améliorer la gestion de ce risque en médecine générale.

# METHODE

---

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude **qualitative** par **entretiens semi-dirigés**, individuels et de groupes.

## 2. Choix de la population

La population étudiée était celle de **médecins généralistes bas-normands** exerçant une activité libérale, ambulatoire, remplaçants ou installés et exerçant depuis au moins un an.

Nous avons décidé d'inclure les médecins remplaçants parce qu'ils sont tout autant confrontés à la prescription des antalgiques opioïdes que leurs confrères installés et ont la particularité de moins bien connaître les patients qu'ils voient, ce qui était susceptible de révéler des habitudes de prescription différentes.

Les praticiens avec activité hospitalière exclusive ou à activité particulière exclusive ou majoritaire (ostéopathie, homéopathie, échographie, nutrition, allergologie...) ont été exclus de la recherche.

## 3. Constitution de l'échantillon

Nous avons initialement entrepris une méthode de recrutement aléatoire des médecins mais devant plusieurs refus successifs pour participer aux entretiens, nous avons dû abandonner cette méthode. En effet, les sollicitations pour participer à des thèses de médecine générale vont croissantes avec l'augmentation du *numerus clausus* alors que la démographie médicale s'appauvrit. Il leur est de plus en plus difficile d'accorder du temps aux travaux de thèses en plus de leur travail.

Les praticiens ont donc finalement été contactés grâce au « bouche à oreille » de façon à constituer un échantillon aussi diversifié que possible sur des critères qui étaient susceptibles d'influencer les habitudes de prescription des opioïdes :

- sexe,
- âge,
- situation géographique (urbain ou rural)
- installé ou remplaçant
- formations complémentaires (DU douleur ou addictologie).

D'autres médecins ont ensuite été contactés selon la méthode de proche en proche, sur conseil des premiers médecins sélectionnés.

La prise de contact s'est déroulée principalement par téléphone. Nous informions les médecins du type de méthode (qualitative par entretiens avec respect de l'anonymat) et du thème de recherche (la prescription des antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses) mais sans aborder la question de recherche concernant le mésusage et la dépendance de façon à ce que les réponses restent spontanées lors de l'entretien.

La prise de rendez-vous s'effectuait selon les disponibilités des médecins et l'entretien se déroulait à l'horaire et dans le lieu de leur choix.

Le recrutement de nouveaux médecins a cessé lorsque la **saturation théorique des données** au fil des entretiens a été obtenue.

#### 4. Ethique

Le CIL (Correspondant Informatique et Libertés) a été consulté afin d'assurer l'anonymisation des données. Notre étude n'a pas eu besoin de faire l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

#### 5. Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone personnel après consentement des médecins interrogés.

Ils s'appuyaient sur un **guide d'entretien**, disponible en annexe, testé au préalable lors d'une première entrevue exploratoire qui a permis la reformulation d'une question. A cette occasion, la réécoute a permis à l'enquêteur d'ajuster son attitude lors des entretiens suivants en laissant notamment davantage de silences pour permettre aux médecins interrogés de développer plus aisément leurs points de vue.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits, le jour-même ou le lendemain, de manière littérale à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word® selon les règles conventionnelles, par l'enquêteur, sous forme de verbatims. Le non-verbal était également retranscrit. Des lieux ou noms



propres ont été retirés afin de préserver l'anonymat des répondants. Chaque médecin s'est vu attribuer un code pour l'anonymisation des données. La numérotation correspondait à l'ordre dans lequel ont eu lieu les entretiens.

Il n'y a pas eu de retour des transcriptions des entretiens vers les interviewés.

## 6. Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été réalisée pour l'ensemble des entretiens par l'enquêteur, permettant la construction d'**arbres thématiques**, répertoriant les thèmes et les sous-thèmes.

Quatre entretiens individuels et un focus-group ont bénéficié d'une double analyse par une personne ayant déjà réalisé une étude qualitative, permettant ainsi une **triangulation partielle des données**.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.



# RESULTATS

---

## 1. Réalisation des entretiens

**7 entretiens individuels** et **2 focus-groups** composés de 2 et 3 praticiens ont été réalisés entre février et septembre 2019 pour un total de **12 médecins généralistes**, numérotés de M1 à M12.

Les entrevues ont eu lieu principalement sur le lieu de travail des médecins. Un entretien s'est déroulé au domicile d'un médecin (M5), et un autre dans un restaurant (M10-M11-M12).

Le premier focus-group regroupait deux médecins exerçant au sein de cabinets médicaux différents situés dans des villes voisines (M8-M9) et le second regroupait trois médecins du même cabinet (M10-M11-M12).

Aucun participant ne s'est opposé à l'enregistrement des entretiens, toutefois l'utilisation du dictaphone n'a pas été réalisable lors du focus-group au restaurant pour cause de fond sonore trop bruyant. Des notes ont été prises de façon à être exploitées dans les arbres thématiques à défaut de pouvoir obtenir une retranscription fidèle.

## 2. Caractéristiques de l'échantillon

Nous nous sommes attachés à avoir un échantillon **diversifié**. Sept hommes et cinq femmes ont participé à notre étude. Deux médecins avaient un DU en lien avec notre sujet de recherche : un en addictologie et l'autre en douleur et soins palliatifs.

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le Tableau 4.

Médecin	Sexe	Âge			Lieu d'exercice	Région	Formation
		< 40	40-50	> 50			
M1	H			X	Rural	Orne	
M2	F	X			Remplaçant		
M3	H		X		Urbain	Calvados	DU addictologie
M4	H	X			Remplaçant		
M5	F	X			Urbain	Orne	DU douleur
M6	F		X		Urbain	Calvados	

<b>M7</b>	H		X		Rural	Orne	
<b>M8</b>	F	X			Rural	Orne	
<b>M9</b>	F	X			Urbain	Orne	
<b>M10</b>	H	X			Urbain	Manche	
<b>M11</b>	H		X		Urbain	Manche	
<b>M12</b>	H			X	Urbain	Manche	

Tableau 4 - Caractéristiques de la population de l'échantillon (H=Homme et F=Femme)

### 3. Analyse thématique

L'analyse thématique a fait émerger trois grands thèmes influençant la prise en compte du risque addictologique des médecins généralistes lorsqu'ils prescrivent des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses :

- les **représentations** des médecins vis-à-vis de ce risque
- leur **attitude** face aux facteurs de risque connus
- les **facteurs de réassurance** qu'ils ont par rapport à ce risque

En lien avec notre objectif secondaire, différentes solutions pour l'amélioration de cette prise en compte ont été proposées par les médecins et ont été divisées en trois thèmes : les solutions en lien avec la prescription, les médecins et les patients.

En marge de ces objectifs, nous avons pu mettre en évidence certaines représentations des médecins et des patients vis-à-vis des opioïdes et un sentiment global de difficulté des médecins vis-à-vis de la prise en charge de la DCNC qui semblaient pertinents à détailler dans ce travail. Ils seront développés en premier, en guise d'introduction.

Au total, **trois arbres thématiques** ont ainsi été construits.

D'autres thèmes ont été relevés mais exclus de l'analyse principale car ils ne répondaient pas aux objectifs de l'étude et ne semblaient pas avoir d'influence directe sur notre sujet.

Les résultats de l'analyse sont illustrés par des citations issues des **verbatim**, choisies pour leur pertinence ou leur représentativité. Les arbres thématiques s'y rapportant peuvent être retrouvés à la fin de chaque chapitre.

### 3.1 Prescription des opioïdes dans le cadre des DCNC

#### 3.1.1 Une prise en charge vécue comme difficile



Figure 2 - Mots-clés de la difficulté ressentie par les médecins généralistes dans la prise en charge de la DCNC

Pour l'ensemble des praticiens interrogés, la prise en charge de la DCNC, indépendamment de la prescription des opioïdes, était perçue comme difficile.

M1 : « Les douleurs chroniques, c'est...par définition c'est pas facile à régler, hein. »

##### 3.1.1.1 Des difficultés liées aux patients

- Un profil de patient complexe

Les patients douloureux chroniques étaient décrits comme ayant un profil particulier, généralement en lien avec des troubles psychologiques, voire psychiatriques, rendant la prise en charge particulièrement délicate.

M1 : « Mais bon, c'est souvent des personnages très particuliers. J'en ai eu très peu dans ma carrière. Et avec ceux-là tout est compliqué. Pas que les anti-douleurs. »

M3 : « J'ai particulièrement recours au centre anti-douleur quand il y a une composante psychologique aussi, très importante. C'est-à-dire soit un retentissement de la douleur sur le psychisme, soit...soit une imbrication dans une maladie psy...psychique déjà présente. »

M6 : « Alors c'est une dame qui voit le rhumato tous les trois mois (...)...et là j'essaie même pas, pour tout vous dire, car elle a plein de soucis à côté, parce qu'elle est dépressive, parce que j'ai pas envie... de la mettre en difficulté, d'en rajouter, sur son état. »

M7 : « Ca [Le centre anti-douleur] nous aide pour les patients bien chiants euh...dolocentrés. Tiens, c'est une nouvelle expression, ça, que j'ai inventée. »

- Une pression de résultats ressentie par les médecins

Certains médecins disaient ressentir une pression de la part de leurs patients pour soulager leurs douleurs, parfois à l'origine de sentiment d'impuissance et pouvant motiver des modifications thérapeutiques.

M2 : « Souvent ils ont déjà pris le paracétamol, ça fait rien, et les anti-inflammatoires, ça fait rien. Ils ont toujours mal. Et du coup, là, t'as plus le choix. »

M4 : « Il appelait au cabinet, pendant mon activité de remplaçant, et je l'ai eu plusieurs fois, d'abord au téléphone, après je l'ai vu en consultation, et il avait juste du doliprane et il avait mal, il était pas soulagé. Alors j'avais commencé par du tramadol en gouttes. (...) Euh...et puis tramadol en gouttes, c'était insuffisant. Et je crois qu'assez vite je lui ai mis des morphiniques parce qu'il était vraiment pas soulagé. Il appelait tout le temps. »

M5 : « Au bout d'un moment, elles nous parlent toujours de leur douleur mais on n'a pas d'autres réponses que leur dire 'bah oui, mais on a déjà essayé ça...' (...) c'est frustrant parce qu'on n'a plus de réponse à leur faire. (...) Mais c'est pas évident car on se dit que si elles en parlent c'est qu'elles attendent quelque chose. »

M7 : « Après je leur dis 'je vois bien que vous avez mal', mais moi j'ai pas...dans plein de situations j'ai pas d'éléments probants de vous expliquer, par A + B comment vous avez généré votre douleur. Je vois que vous avez mal, je vais essayer de vous soulager mais... »

Un praticien (M7) avait pris l'habitude de prévenir les patients en amont de ne pas attendre de lui qu'il soulage toute leur douleur pour ainsi limiter cette pression : « On met tout de notre côté et c'est ce que je leur explique aux patients, maintenant. 'Je vais essayer de vous soulager au mieux, mais ne vous attendez pas à ce que je vous enlève toute votre douleur, je ne vais pas y arriver. Par contre je vais essayer de trouver un traitement qui va essayer de diminuer vos douleurs et de vous rendre la vie plus... plus vivable.' »

### 3.1.1.2 Des difficultés vis-à-vis des traitements

- Les problèmes de tolérance

Les médecins généralistes étaient régulièrement confrontés aux effets secondaires des antalgiques qu'ils prescrivait, ce qui compliquait les prises en charge.

*M7 : « Y'a plein de pathologies qui font que c'est bien qu'on ait un arsenal thérapeutique large, quoi. Mais généralement ils sont mal tolérés, de toute façon donc euh...on n'arrive pas à les soulager. »*

Lorsqu'ils étaient questionnés plus particulièrement sur les hésitations ou les craintes qu'ils pourraient avoir à prescrire des opioïdes, ils mentionnaient les problèmes de tolérance à l'unanimité :

*M3 : « Euh...sommolence. Ça va être la somnolence, surtout. Et ensuite, la tolérance clinique et puis aussi hépatique. »*

*M6 : « Les effets secondaires, [...] donc je leur explique toujours qu'ils vont avoir les nausées, la constipation, les vertiges... »*

*M7 : « Bah faut faire gaffe parce que codéine ça va les constiper, tramadol ça va les faire gerber...du coup faut faire gaffe à leurs antécédents, s'ils ont tendance à être constipés, s'ils ont tendance à...en plus ça peut les perturber un petit peu, surtout avec l'âge. »*

- Le manque d'alternative

Les médecins semblaient conscients des limites des antalgiques opioïdes, mais soulignaient également faire face à un manque d'alternatives thérapeutiques lors de la prise en charge des DCNC.

*M5 : « Après, pour des douleurs articulaires chroniques, on n'y pense pas forcément mais on est tellement démunis qu'on se dit qu'il faut bien tenter quelque chose et finalement on met les gens plus dans la panade qu'autre chose. »*

*M6 : « Mais le problème, ouais, c'est la douleur, quoi. Faut la soulager à un moment donné. »*

*M8 : « Après c'est pas facile, parce que c'est vrai que tu es face à un patient qui est douloureux, qui se sent soulagé quand il prend son traitement. Je repense à une dame, là, (...) elle doit être un peu dépendante. Mais après on fait comment pour les sortir de ça, du coup, euh ? Parce que s'ils ont les douleurs qui reviennent, qui sont toujours présentes ou qui reviennent ? Au bout d'un moment... »*

### 3.1.1.3 Un recours aux CETD pas toujours satisfaisant

Les médecins généralistes orientaient régulièrement leurs patients vers les CETD, principalement lorsqu'ils se sentaient dépassés.

M5 : « Quand je vois qu'au niveau des morphiniques ça règle pas le problème, et qu'on est coincés, qu'on n'arrive pas à rediminuer. »

M6 : « Quand j'y arrive plus... (rire) Quand j'y arrive plus, quand j'ai déjà un peu tout essayé... »

Certains praticiens y cherchaient également un second avis diagnostique.

M5 : « Quand j'ai un doute sur l'origine des douleurs et que je trouve que c'est pas satisfaisant et qu'on n'a pas envie de dire 'bah j'ai rien à vous proposer ma petite dame'. Bah zut, je suis peut-être passée à côté de quelque chose, une cause pour laquelle il y'aurait un traitement spécifique. »

M7 : « Et puis des fois on les étiquette mal les pathos ou...on a du mal à bien cerner le truc. Avoir les avis, ça peut être intéressant quand même. »

Un médecin (M7) ajoutait que les CETD permettaient d'apporter une certaine reconnaissance aux patients de leur douleur chronique : « ça leur permet d'avoir une prise en charge, à ces patients-là, parce que y'a une reconnaissance de leur douleur, y'a tout ça... »

Ils relevaient cependant certaines limites :

- Les délais d'attente

M1 : « Oui [je fais appel à eux] quand on a un rendez-vous avant douze mois, oui...(soupir) »

- L'absence d'amélioration

M7 : « Même si on voit que c'est toujours les mêmes trucs et...ces examens cliniques bien détaillés et puis après avec les kétamine, les machins, les trucs mais...je sais pas si ça apporte vraiment quelque chose car j'ai pas l'impression de voir les patients en nette...enfin améliorés de façon euh... »



- Désaccords sur la prise en charge

Deux médecins (M10 et M12) mentionnaient également ne pas être toujours d'accord avec les thérapeutiques instaurées par certains de leurs confrères travaillant dans les CETD, notamment concernant des introductions de morphiniques qu'ils auraient préféré éviter.

M12 précisait que le CETD pouvait « l'enfermer » dans certaines prises en charge qu'il n'aurait pas souhaitées.

### 3.1.2 Représentations concernant les opioïdes

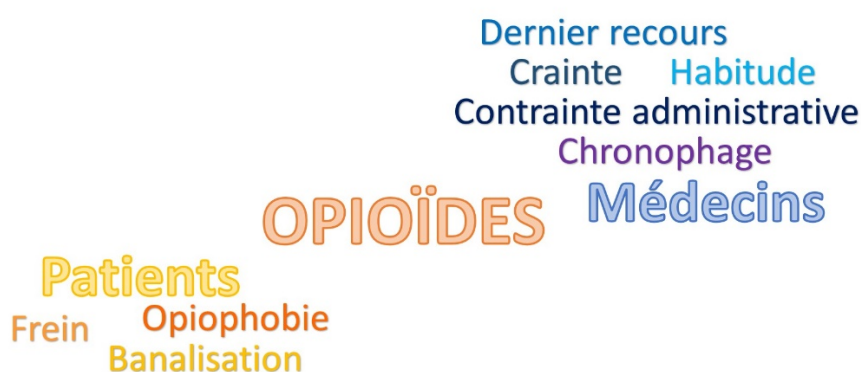


Figure 3 - Mots-clés des représentations des médecins et des patients concernant les opioïdes

#### 3.1.2.1 Représentations des médecins

##### 3.1.2.1.1 Facilités de prescription différentes selon les médecins

Les différents entretiens ont fait émerger des habitudes différentes de prescription des opioïdes.

Certains médecins prescrivaient facilement les paliers 3.

*M4 : « Alors j'ai un peu l'habitude d'utiliser les antalgiques car j'ai fait un stage d'interne en soins pal à Baclesse, donc j'ai prescrit beaucoup de morphiniques à cette occasion-là et moi je suis assez à l'aise d'en prescrire. »*

*M5 : « C'est vrai que moi j'avais fait le DU douleur et soins palliatifs donc euh... on nous avait appris à ne pas en avoir peur et à les prescrire. »*

M10 s'appuyait également sur les recommandations de la revue *Prescrire* qui fait état d'une balance bénéfice-risque plus intéressante pour les paliers 3 que les paliers 2, et disait donc privilégier les morphiniques pour cette raison.

D'autres, à l'inverse, prescrivait plus timidement les paliers 3.

M1 : « Des fois, le temps passant, on est amené à aller plus haut, hein. Pour les dosages. Pour les molécules...type Skenan. (...) mais ça, je retarde au maximum. Je sais pas si j'ai tort mais... »

M2 : « Souvent ils me disent que c'est ce qu'ils prennent tout le temps et du coup je n'ai jamais eu à augmenter. Et ça heureusement, parce que j'aime pas trop augmenter les opioïdes. »

M7 : « Je me le garde vraiment en réserve pour voir... pour s'ils sont pas soulagés. C'est vraiment un recours de 3<sup>e</sup> ligne, quoi. Parce qu'en plus généralement ils comprennent bien qu'après, bah si ça le soulage pas, bah qu'est-ce qu'on peut donner ? »

### 3.1.2.1.2 Rigueur de prescription différente pour les paliers 2 et les paliers 3

Certains médecins exprimaient avoir une perception différente des paliers 2 et des paliers 3, et les prescrire ainsi différemment.

M5 : « Je suis beaucoup plus rigoureuse sur les paliers 3 que sur les paliers 2, ouais. Sur les paliers 2... non je les renouvelle pas à 1 mois, une fois que c'est bien toléré, je pense que j'ai tendance à espacer plus. »

M7 : « Ah, je pense, ouais. Alors que je devrais pas, mais...oui. Je pense que je suis plus vigilant... (...) Je pense que l'idée, effectivement, ce serait qu'il faudrait l'être, sur le même pied de vigilance. On l'est quand même un tant soit peu, je pense, hein. »

- Liée aux contraintes administratives de prescription

Pour l'un d'entre eux (M7), la raison principale de cette différence de perception était la sécurisation des ordonnances pour les paliers 3 : « Oui, je pense qu'il y a une vigilance différente. La contrainte administrative sur des ordonnances sécurisées, machin... euh...nous apporte une vigilance différente. (...) Une vigilance médicale plus importante. Inconsciente ou consciente, j'en sais rien. »

- Liée au manque de temps

Un autre médecin (M9) attribuait davantage la différence de vigilance et l'allongement des durées de prescription pour les paliers 2 au manque de temps : « Enfin quand ça devient chronique, on va avoir tendance à rallonger les temps de prescription sans diminution et peut-être que c'est pas... Enfin

*de les revoir plus souvent-... C'est ça le problème, quoi. Oui, des fois on fait un peu de la merde. Faut le dire. Je pense que...on fait peut-être des choses pas très bien par manque aussi un peu de temps et de créneaux, quoi. »*

Pour cette raison, il arrivait que les médecins rédigent des ordonnances par avance ou à la demande par téléphone, sans revoir le patient, de façon à contourner la contrainte imposée des 28 jours pour les paliers 3.

*M7 : « Tu sais, les paliers 3, des fois, avec la restriction mensuelle, y'a un ou deux patients, quand ils sont vraiment bien équilibrés où je fais des ordonnances par avance. Tu sais, pour pas les revoir tous les mois. »*

*M8 : « Je fais pas l'ordonnance à l'avance, ils appellent pour me dire qu'ils en ont plus, mais au final ça revient au même. Parce que je vais pas la revoir à chaque fois, de toute façon, ça sert à rien. On a déjà essayé plein d'autres traitements, y'a que ça qui marche. »*

### 3.1.2.2 Représentations des patients

Dans l'ensemble, les médecins interrogés avaient l'impression que les morphiniques étaient source de **peur** chez leurs patients, aussi bien à l'instauration que lors des augmentations, et ils avaient tendance à souhaiter arrêter rapidement, voire arrêter d'eux-mêmes.

*M5 : « Et c'est vrai que c'est plus souvent les patients qui ne veulent pas augmenter et je leur dis 'bah oui, mais là vous êtes pas soulagé'. C'est plus nous qui augmentons. »*

*M6 : « Après y'a aussi des gens qui veulent pas du tout de ces médicaments, au contraire, dès qu'on leur dit ça, ils disent 'ah bah non, je préfère avoir un peu mal et rester au doliprane', donc c'est très variable, il y a tous les cas de figure. »*

*M7 : « On pourrait faire des fois l'analogie avec la corticophobie qu'ont les gens, tu sais, dès qu'on leur parle de corticoïdes, 'ohlala ça fait grossir, ça fait machin, ça fait truc'. C'est un peu pareil quand on leur parle de morphine. (...) Y'a quand même une symbolique sur le palier 3, par le patient. (...) Les gens sont assez réticents. Enfin pas réticents, mais ils ont ce petit frein sur les morphiniques. (...) C'est marrant parce qu'il y a des médicaments qu'on a du mal à arrêter mais alors ça...»*

A l'inverse, ils remarquaient une certaine **banalisation** des opioïdes de paliers 2. M11 disait ressentir un frein de la part de ses patients quand il abordait les morphiniques, ce qu'il ne retrouvait pas pour les paliers 2.

Et quand il était questionné s'il avait l'impression que les paliers 2 étaient mieux acceptés par les patients que les paliers 3, M7 répondait : « *Ah oui, oui, oui. Après c'est peut-être aussi ma façon de le présenter.* »

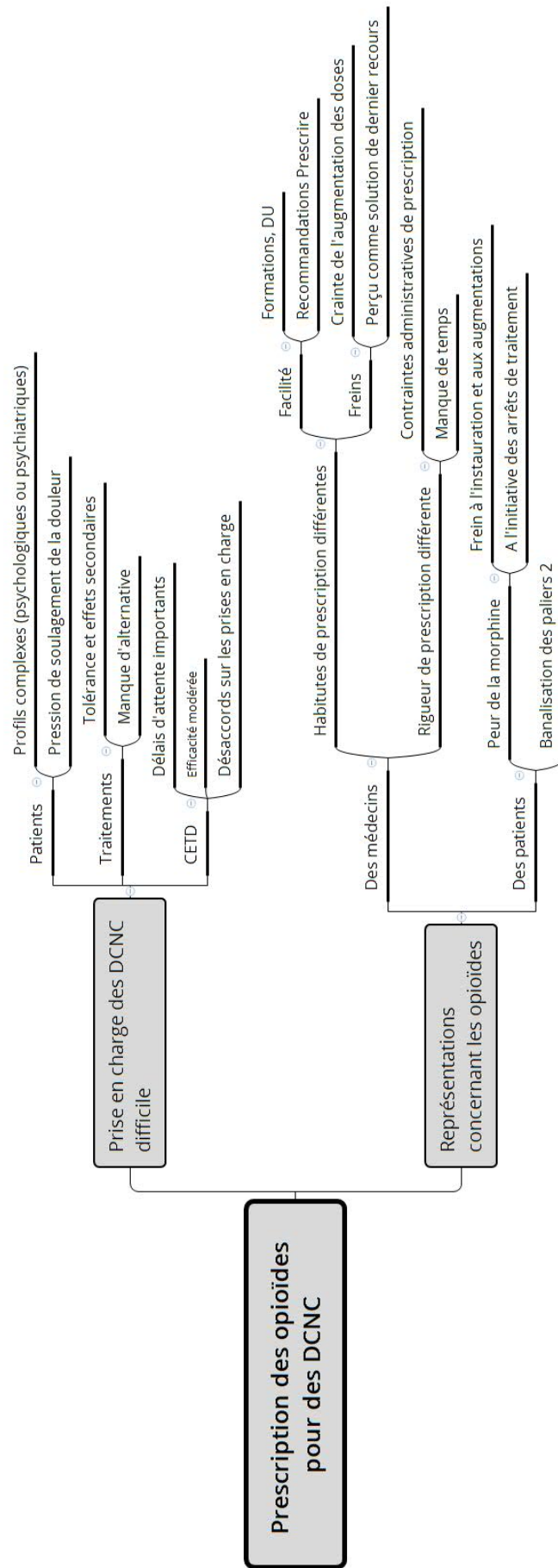


Figure 4 - Arbre thématique de la prescription des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses

## 3.2 Evaluation du risque addictologique lors de la prescription d'un traitement opioïde

### 3.2.1 Représentations des médecins par rapport au risque addictologique



Figure 5 - Mots-clés des représentations des médecins concernant le risque addictologique lié aux opioïdes

#### 3.2.1.1 Un phénomène rare

Plusieurs praticiens interrogés ne se sentaient pas très concernés par la question du risque de dépendance ou de mésusage lié à la prescription des opioïdes dans les DCNC car ils estimaient que cette situation était rare.

M1 : « Moi, personnellement j'ai pas l'impression d'être très concerné par ça mais bon...c'est peut-être un ressenti, hein. Euh...je suis peut-être trompé par certains de mes patients, sans doute, mais bon... j'en ai pas conscience en tout cas. »

M3 : « Euh...c'est pas un cas...c'est pas quelque chose de fréquent, moi, dans les patients que je vois. »

M6 : « Je sais pas si j'ai des patients particulièrement euh...admirables (rire) là-dessus, parce que je me le dis peu. (...) Je pense que je suis hyper vigilante, je vois même pas... qui pourrait faire du mésusage ou... »

M7 : « Tu vois, j'avais vu un article, enfin j'avais vu passer des articles cet été et... moi je me disais, enfin en tout cas par chez nous -car c'est sûrement pas pareil dans les grandes villes et tout ça- mais j'ai pas l'impression qu'il y ait trop trop de mésusage...»

### 3.2.1.2 Une source d'inquiétude

Les risques de dépendance et de mésusage étaient source d'inquiétude pour la majorité des médecins généralistes, en grande partie parce qu'ils avaient l'impression de ne prendre conscience du phénomène que depuis peu, avec la médiatisation récente de la mortalité par overdoses aux opioïdes de prescription aux Etats-Unis.

M4 : « On sait que y'a eu aussi des addictions aux anxiolytiques, en France, on est des gros consommateurs d'anxiolytiques, donc voilà...y'a des drapeaux rouges qui feraient penser peut-être 'Attention au public français et aux médicaments' ».

M5 : « C'est vrai que ça m'a fait...peur, un peu, parce que je trouve qu'on n'a pas été assez informés sur le fait qu'il y avait des dépendances. Alors qu'on sait, que voilà- que c'est sur prescriptions limitées etc...mais euh... (...) je trouve qu'on n'est peut-être pas, nous, assez informés. »

M6 : « Effectivement, ça fait peur, cette addiction à ces produits-là. Et je pense que c'était sous-estimé au départ, quand c'est arrivé sur le marché, on s'est pas dit que ça allait être...qu'il y avait des gens qui allaient devenir dépendants. »

Le fait d'en discuter à l'occasion des entretiens était source pour eux de réflexion et parfois de remises en question de leur pratique.

M4 : « Je me rends compte que ça doit m'alerter peut-être un peu plus. »

M5 : « Mais du coup je pense que je me méfie pas assez, parce que quand il leur reste des boîtes, c'est quand même pas...voilà. Je pense que je vais être plus vigilante. »

M6 : « En fait je leur demande s'ils en ont besoin. Je suis pas sans cesse en train de dire 'il va falloir arrêter ou diminuer'... Je vais peut-être essayer davantage...après votre passage (rire) de freiner un petit peu là-dessus, voir si c'est vraiment nécessaire. (...) Je me rends compte en fait, que peut-être je réévalue pas assez...fréquemment, le besoin.»

M8 : « Tu vas nous avoir sensibilisées, déjà, maintenant, donc on va être plus vigilantes. »

### 3.2.1.3 Un risque parfois mal identifié

Certains médecins généralistes avaient tendance à ne pas identifier les traitements opioïdes comme sources potentielles de dépendance. Ils étaient ainsi interpellés quand on leur rappelait que bien que son pouvoir addictogène soit moindre, la morphine a une structure assez proche de l'héroïne.

*M2 : « Pour moi y'a pas forcément de lien entre morphine et héroïne, enfin pour moi morphine c'est un médicament, et l'héroïne c'est un traitement substitutif. »*

Ainsi, ils ne pensaient pas à adresser en addictologie leurs patients ayant un trouble de l'usage d'un traitement antalgique opioïde, sauf en cas d'autres consommations associées.

*M4 : « Je ne crois pas, non. Ou alors après c'est polymédication, y'a des antalgiques mais pas seulement. »*

*M5 : « Non, j'avais adressé pour des gens sous burprénorphine, mais pour des traitements, non. J'y penserais moins pour des traitements, en fait. Je pense que effectivement, l'aide d'un addictologue peut être aussi intéressante que celle d'un psychiatre, ouais. Et ouais, je pense que j'aurais pas forcément eu le réflexe. Non, je vais aller au centre anti-douleur, mais pas...pas l'addicto. »*

*M6 : « D'autres addictions, oui, mais pour des antalgiques je crois pas... Peut-être une jeune qui prenait beaucoup d'ibuprofène et de paracétamol pour des céphalées, du coup par abus d'antalgiques, donc je l'ai adressée au neurologue. »*

*M7 : « Non, j'ai envoyé de l'OH, du tabac...mais médicaments ? Euh...Oui, benzo une fois, mais je me souviens plus trop. Elle faisait n'importe quoi. C'était beaucoup d'OH, surtout, avec des médicaments par là-dessus. Mais après je lui avais plus conseillé de revoir le psy, tout court. Le psychiatre. »*

Les notions de mésusage et de dépendance n'étaient également pas toujours clairement identifiées.

*M2 : « Mésusage ou dépendance ? Euh... Evaluer dans le sens...savoir s'ils ont encore besoin de leur traitement ? »*

*M7 : « En tout cas nous en gestion de médecine de premier recours, j'ai pas l'impression d'avoir trop de patients qui...y'a du mésusage, mais pas du mésusage euh... addictologique on va dire. (...) C'est pas un mésusage volontaire ou de...d'addiction. Enfin si, mais une addiction cachée, quoi. C'est-à-dire qu'ils se rendent pas compte mais ils ont besoin de leur...»*



### 3.2.1.4 Un risque non prioritaire

Les risques de dépendance et de mésusage inhérents aux traitements opioïdes avaient tendance à être relégués à un second plan pour plusieurs raisons.

- Par rapport à d'autres traitements

Certains praticiens étaient davantage attentifs au risque addictologique des benzodiazépines (BZD) et apparentés, qu'à celui des opioïdes.

*M3 : « Le constat de mésusage euh...pour les opioïdes, je vais peut-être pas être assez alerte à ce sujet. Peut-être l'esprit un peu plus absorbé par l'usage des hypnotiques, en fait. Donc je vais peut-être avoir sur une même ordonnance, mon attention sera plus portée sur l'hypnotique que sur l'opioïde. (...) Actuellement il y a encore d'autres priorités, avant les paliers 2.»*

*M4 : « Avec les anxiolytiques, c'est sûr, on voit les mésusages. Avec les opioïdes... peut-être que je suis moins sensibilisé à ce problème-là et que je me pose moins la question. Avec les anxiolytiques c'est sûr qu'on y pense d'emblée dès la première prescription. [...] Avec les antalgiques on...c'est moins réflexe. »*

- Par rapport à la prise en charge de la douleur

L'attention de la plupart des médecins était surtout portée sur l'efficacité des traitements.

*M7 : « Et surtout, si c'est élevé [le risque de dépendance], alors on leur prescrit quoi ? Parce qu'après, voilà...faut bien les soulager. »*

*M8 : « Après, mon objectif premier c'est quand même de les soulager. Parce que ces patient-là tu vois bien qu'ils peuvent plus rien faire tellement ils sont douloureux. Mais c'est sûr que oui, y'a des effets secondaires...»*

- Par rapport au manque de temps

Enfin, certains praticiens soulignaient que la réévaluation des antalgiques lors des renouvellements d'ordonnances ne pouvait pas toujours être faite de manière optimale, principalement par manque de temps.

M6 : « Souvent c'est pas que ça. C'est au cours d'une autre ordonnance un peu plus grosse, et c'est vrai que je fais peut-être pas à chaque fois le point sur la douleur. »

M7 : « Enfin, généralement ils viennent pas que pour ça. Ils viennent pour le renouvellement général. »

M9 : « C'est vrai...Il faudrait p'tet prendre plus le temps de...Enfin bon, des fois, pris un peu dans le rythme, euh... »

### 3.2.1.5 Un risque difficile à évaluer et à prendre en charge

Les médecins généralistes avaient bien en tête les différents signes qui pourraient les alerter d'un mésusage ou d'une dépendance, mais ils trouvaient que ce n'était pas toujours évident de distinguer la dépendance de la nécessité.

M1 : « C'est souvent très difficile d'arrêter après. Ou de modifier. Est-ce que c'est une dépendance ou est-ce que c'est un vrai besoin, euh... ? »

M4 : « Pour le chronique c'est peut-être des fois plus difficile de faire la part des choses entre...je suis dans une bonne indication, est-ce qu'il y a un mésusage ? »

M6 : « Ca m'est déjà arrivé d'essayer de diminuer, de l'arrêter, la personne revient en crise ou en demande. C'est pas facile de faire la part des choses entre l'addiction ou l'algie, la douleur, quoi. »

Dans l'ensemble, l'addictologie de manière générale était source de difficulté. M9 expliquait par exemple qu'elle avait adressé plusieurs de ses patients sous MSO à un centre d'addictologie pour cette raison : « Mais avant moi j'en avais plein qui venaient n'importe comment pour la bupré. Là ils sont un peu rentrés- enfin en gros je leur ai demandé d'aller dans un autre centre, quoi. Parce qu'en plus je me sentais pas très à l'aise avec tout ça donc euh... »

- Statut de remplaçant

Les médecins remplaçants soulignaient une difficulté particulière liée à leur statut de remplaçant, pour modifier des thérapeutiques qui ne leur semblaient pas toujours appropriées.

M2 : « Je pense que c'est le statut remplaçant qui fait que tu connais pas assez les patients, que tu peux pas vraiment... (...) Je pense que quand tu es installé tu connais tes patients, déjà, et...c'est plus facile de leur faire changer d'avis que quand tu es remplaçant

*en fait. Parce qu'ils ont confiance en leur médecin. Et c'est difficile en tant que remplaçant de tout changer en fait. Parce que depuis des années leur médecin leur donne ça, et là tu leur dis, 'bah non, c'est pas bien, il faut arrêter', bah non, ils vont pas vouloir. Et ça c'est le cas de la majorité des patients. Ca par contre t'es vraiment, comment euh...impuissant face à ça. Ca t'es...impuissant. »*

M4 expliquait lui aussi que ça avait pu lui arriver de voir des patients dépendants de leurs traitements dans le cadre de remplacements et se retrouver presque malgré lui à les prescrire à l'identique : *« Après je revois des gens qui sont parfois sous traitement depuis longtemps et je me dis ah, mais...est-ce qu'ils ont ? Comment on pourrait modifier le traitement ? Des fois, c'est mort, c'est trop tard (sourire) mais bon...voilà on prescrit les médicaments comme ça en se disant 'c'est foutu' enfin...sinon il faudrait une prise en charge sur le long terme et les gens qui sont devenus euh... dépendants de leurs médicaments... »*

### 3.2.1.6 Cas particulier : le regard neuf du remplaçant

Si leur statut était source de difficultés, les deux médecins remplaçants interrogés saluaient toutefois l'intérêt de leur regard neuf sur l'histoire clinique des patients qu'ils pouvaient rencontrer.

*M2 : « C'est vrai que c'était intéressant dans le sens que du coup, en tant que remplaçant, même si tu es que remplaçant, tu ne peux pas leur dire d'arrêter, mais tu peux du coup leur dire les risques du mésusage, d'en prendre trop, etc... »*

*M4 : « Pour moi c'est peut-être l'avantage du remplaçant c'est qu'il a un regard neuf. J'essaie d'avoir dans mon activité de remplaçant ce regard-là. Ce regard neuf de dire 'bah voilà votre traitement, voilà tel qu'il est, est-ce que pour moi il est bien ou est-ce qu'on peut faire quelques petits ajustements ?' »*

### 3.2.2 Attitude face aux risques de mésusage



Figure 6 - Mots-clés de l'attitude des médecins face aux risques addictologiques des opioïdes

#### 3.2.2.1 Absence d'évaluation standardisée

Les facteurs de risques de mésusage étaient bien connus des médecins interrogés, qui les citaient spontanément lors des différents entretiens. Toutefois, aucun d'entre eux ne les recherchaient de manière systématique à l'introduction d'un traitement par opioïdes.

M2 : « A l'instauration, non. (...) Après, au niveau des renouvellements, euh...la question est difficile. Non, pas vraiment, car c'est vrai que si ils viennent pour un renouvellement et que c'est ce qu'ils ont depuis des années...je vais pas tenter de l'arrêter. »

M7 : « De me dire 'Ah, celui-ci il faut que je fasse gaffe ?' Ah, pour l'instant, non. Ou alors c'est parce que je me suis pas ...j'ai pas été assez vigilant, mais... (...) j'ai pas de vigilance en amont sur la...sur le risque de mésusage et de dépendance... »

Ils pensaient davantage évaluer ce risque de manière intuitive grâce à la connaissance de leur patient en s'attachant particulièrement aux antécédents de trouble de l'usage de SPA.

M6 : « Quelqu'un où je sais qu'il a déjà un passé de toxicomanie, je vais être vachement vigilante, là, je vais pas lui en mettre en fait, je vais vraiment éviter...à cause de son historique. Mais c'est assez intuitif, en fait, parce que je les connais mes patients. »

M7 : « Mais alors ça...ça, on le fait un peu...intuitivement. Avec nos patients. Antécédents personnels, oui, intuitivement, on le fait quand on prescrit. Comme tu disais, est-ce qu'on est un peu mis en alerte, je pense que oui. Ce truc-là on le fait euh... on le fait dans notre démarche diagnostique normale, de façon logique. »

M9 : « Certains patients qui ont déjà euh... peut-être un peu d'autres dépendances enfin... je pense surtout aux jeunes, on a peut-être tendance à plus en parler. Mais clairement c'est pas systématique. »

L'âge jeune était également un facteur de risque qu'ils citaient spontanément.

M5 : « Je pense que la codéine chez les jeunes, je ferai plus attention. »

M6 : « J'ai plus de craintes pour les paliers 2, je pense. C'est peut-être une question de population, jeune, où j'ai la crainte qu'ils rentrent dans la chronicité pour leur mal de dos. »

M9 : « Et pour le coup, en introduction, euh... effectivement, moi j'y pense peut-être un peu plus avant de mettre un palier 2 chez les jeunes. »

Et dans l'ensemble ils étaient plus vigilants aux signes de mésusage en cours de traitement, qu'au dépistage du risque en amont.

M1 : « [J'évalue] Surtout en cours, mais peut-être pas bien. Le mésusage on voit quand on nous fait renouveler des choses alors que normalement ils devraient encore en avoir. (...) Mais c'est vrai que je tiens pas non plus un carnet avec tant de comprimés. »

M3 : « Je l'évalue par rapport à la crainte d'un arrêt, crainte du sevrage. »

M4 : « J'y pense quand j'ai l'impression que les gens ne sont pas si douloureux que ça à l'interrogatoire dans ce qu'ils racontent. (...) Quand il y a un décalage entre les posologies sur l'ordonnance, la durée de la prescription, leur histoire des fois. (...) Des fois y'a peut-être même des problèmes diagnostiques, finalement, ça n'a jamais tellement été exploré et vous prenez des médicaments comme ça et'...donc là ça me gêne un peu plus de prescrire des opiacés quand y'a pas de diagnostic, par exemple. Ou un diagnostic qui me satisfait que moyennement. (...) Ce qui me fait penser à l'addiction : la prescription au long cours et que l'histoire ne colle pas trop, quoi. Et qu'il y a pas du tout de modulation dans leurs traitements donc euh...ils prennent la même dose tout le temps sur des mois et des mois... »

M5 : « Euh...le monsieur que j'ai en tête c'était parce qu'il était toujours à court de médicaments, de codéine. Voilà... En plus c'était de la codéine non substituable, sinon ça fonctionne pas, machin. Et puis j'ai eu un appel de la pharmacie, et il me le disait aussi, 'j'ai dû en prendre à ma belle-mère, j'étais au bout', et puis il y avait aussi pas toujours beaucoup d'observance sur les autres traitements. »

### 3.2.2.2 Absence d'information systématique au patient

Les médecins généralistes avaient l'habitude de prévenir les patients des différents effets secondaires des traitements morphiniques qu'ils étaient amenés à leur prescrire, mais le risque de dépendance n'en faisait pas partie.

M4 : « Je leur explique que je leur mets un palier 2 et que s'ils le supportent pas ils faut pas qu'ils insistent. Je leur explique le risque de constipation. Mais sinon la question de la dépendance, je dois avouer que c'est pas ce qui me vient en premier et je n'alerte pas les patients par rapport à ça. »

M5 : « Je les préviens surtout, en fait, de la mauvaise tolérance. Je les préviens pas de la dépendance, je les préviens des effets...et que si ils supportent pas, faut pas insister, quoi. (...) Mais c'est vrai que je les mettais pas forcément en garde sur le risque de dépendance. »

M8 : « Je pense qu'on en parle pas forcément- alors ça dépend dans quel contexte aussi, mais si tu leur dis ça...déjà qu'ils ont peur quand tu leur parles de passer à de la morphine, si en plus on parle de ça, je pense que ça va les effrayer encore plus. »

### 3.2.3 Facteurs de réassurance

Plusieurs facteurs rassuraient les médecins quant aux risques de dépendance et de mésusage liés aux traitements opioïdes qu'ils pouvaient être amenés à leur prescrire. Il y avait d'une part les facteurs liés aux patients, et d'autre part les facteurs liés à la prescription elle-même.



Figure 7 - Mots-clés des facteurs de réassurance des médecins vis-à-vis du risque addictologique des opioïdes

#### 3.2.3.1 Liés aux patients

- L'âge, la maturité

Les médecins généralistes s'inquiétaient moins du risque addictologique pour les patients plus âgés.

M1 : « Et puis bon, moi je les utilise plus...enfin j'ai l'impression, hein. Je les utilise plus chez les personnes qui ont quand même de la maturité, c'est quand même pas des gens jeunes en général qui ont des pathologies chroniques, comme ça. »

M9 : « Je sais pas si la personne âgée, après, elle est dépendante ou pas, enfin... Dans ma tête je me dis elle est peut-être moins à risque de dépendance que le jeune, mais... »

- La connaissance du patient

Certains médecins installés depuis plusieurs années identifiaient la connaissance de leurs patients comme facteur protecteur.

M1 : « Je connais bien...Enfin...J'ai l'impression de bien connaître mes patients parce que y'en a je les connais depuis 36 ans. Ils n'ont jamais eu de comportement euh...en ce sens, quoi. »

M5 : « C'est assez intuitif, en fait, parce que je les connais mes patients. »

- L'absence d'antécédents addictologiques

Pour un médecin (M1), l'absence d'antécédents de trouble de l'usage était également un facteur de réassurance : « Les gens qui fument pas, qui boivent pas, qui ont jamais pris de toxiques quels qu'ils soient je vois pas pourquoi d'un seul coup ils nous feraient un coup de tramadol. »

### 3.2.3.2 Liés à la prescription

- La durée de prescription courte

La majorité des médecins généralistes interrogés se rassuraient en introduisant les opioïdes sur des durées de prescriptions courtes.

M2 : « Toujours sur une courte période, je démarre souvent sur une semaine et je leur dis de revenir si y'a besoin, et je réévalue si y'a besoin. »

M5 : « Je prescris assez facilement de la codéine (...) mais voilà c'est toujours dans un contexte où je les revois. C'est toujours des prescriptions qui sont assez assez limitées. »

- L'efficacité du traitement

Un médecin (M2) ne s'inquiétait pas de la notion de dépendance dès lors que les patients étaient soulagés : « Mais sinon en général ils sont plutôt bien soulagés et du coup je me pose plus trop la question dans le sens que si ils sont soulagés, je leur...je continue le traitement. »

- La justification de la prescription

Certains praticiens considéraient que la justification du traitement par opioïde était un facteur préventif de l'installation d'une dépendance ou d'un mésusage.

*M4 : « Souvent je les utilise à bon escient, en tout cas pour moi c'est à bon escient et donc euh...je... je m'inquiète pas...enfin je me pose pas la question de la dépendance aux opioïdes. En tout cas pas en première intention. »*

*M8 : Parce que nous, quand même, je pense pas qu'on prescrive des morphiniques pour des douleurs...-c'est quand même toujours principalement des douleurs intenses, non soulagées par les autres anti-douleurs, euh...c'est pas non plus...c'est des prescriptions justifiées. (...) Bah je pars toujours du principe que si y'a de la douleur, normalement ça consomme le médicament pour la douleur et pas pour le reste.*

- La prescription temporaire en attente d'un objectif

Un médecin (M5) essayait de réserver les morphiniques dans le cadre des DCNC quand il y avait un objectif, la plupart du temps une chirurgie, et que le traitement morphinique était présenté comme une solution temporaire en attendant : *« J'ai une autre dame qui était très douloureuse, (...) et je lui ai mis quand même des petites doses de morphine et elle est soulagée, mais voilà, c'est plutôt en attente-elle va peut-être finir par se faire opérer quand même. Mais ouais, si on n'a pas d'objectif, ça marche pas... »*

- Un cadre strict de délivrance des traitements

Certains médecins citaient les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) comme facteur de réassurance, vis-à-vis du cadre de délivrance des traitements par les IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat).

*M7 : « L'avantage des EHPAD c'est que c'est les infirmières qui gèrent ça. »*

*M9 : « Parce qu'à la limite, l'EHPAD, tu te dis c'est cadré, quoi. Y'a quand même quelqu'un, ils peuvent limite par en prendre plus, normalement. »*



- La prescription sécurisée des paliers 3 et la surveillance des pharmacies

Les contraintes légales de prescriptions sur ordonnances sécurisées pour les paliers 3 étaient un facteur de réassurance pour les médecins généralistes, ainsi que la surveillance des pharmacies.

*M8 : « J'ai pas l'impression qu'en France on ait la même...la même chose parce que c'est plus contrôlé. »*

*M9 : « Oui, c'est quand même pas mal encadré et après au niveau des prescriptions, enfin les pharmacies elles ont quand même, enfin elles ont moyen de surveiller aussi, s'il y a pas plusieurs prescripteurs, je pense. »*

M12 mentionnait d'ailleurs avoir été alerté par plusieurs pharmacies pour falsification de ses ordonnances par une patiente qui cherchait à se procurer de la codéine.

- L'arrêt de la vente libre

Enfin, les praticiens saluaient l'arrêt de la vente libre des opioïdes depuis 2017 et étaient plutôt rassurés par cette mesure.

*M7 : « Et bien je trouve ça bien qu'on vende pas ça n'importe comment, car comme je dis souvent pour faire sourire les patients 'c'est pas des smarties, qu'on vous donne...' (...) L'arrêt de la vente libre c'est une bonne chose, car ceux qui utilisaient la vente libre, la plupart je pense, c'était le mésusage. »*

*M8 : « Oh bah moi je pense que c'est tout à fait normal. Surtout quand on voit ce qu'il s'est passé. Je voyais l'autre jour le reportage avec la mère de la jeune qui est décédée suite à la prise de... de codéine. (...) C'était impressionnant parce que personne n'a rien vu ! Que la fille elle euh...enfin elle se droguait, quoi. »*

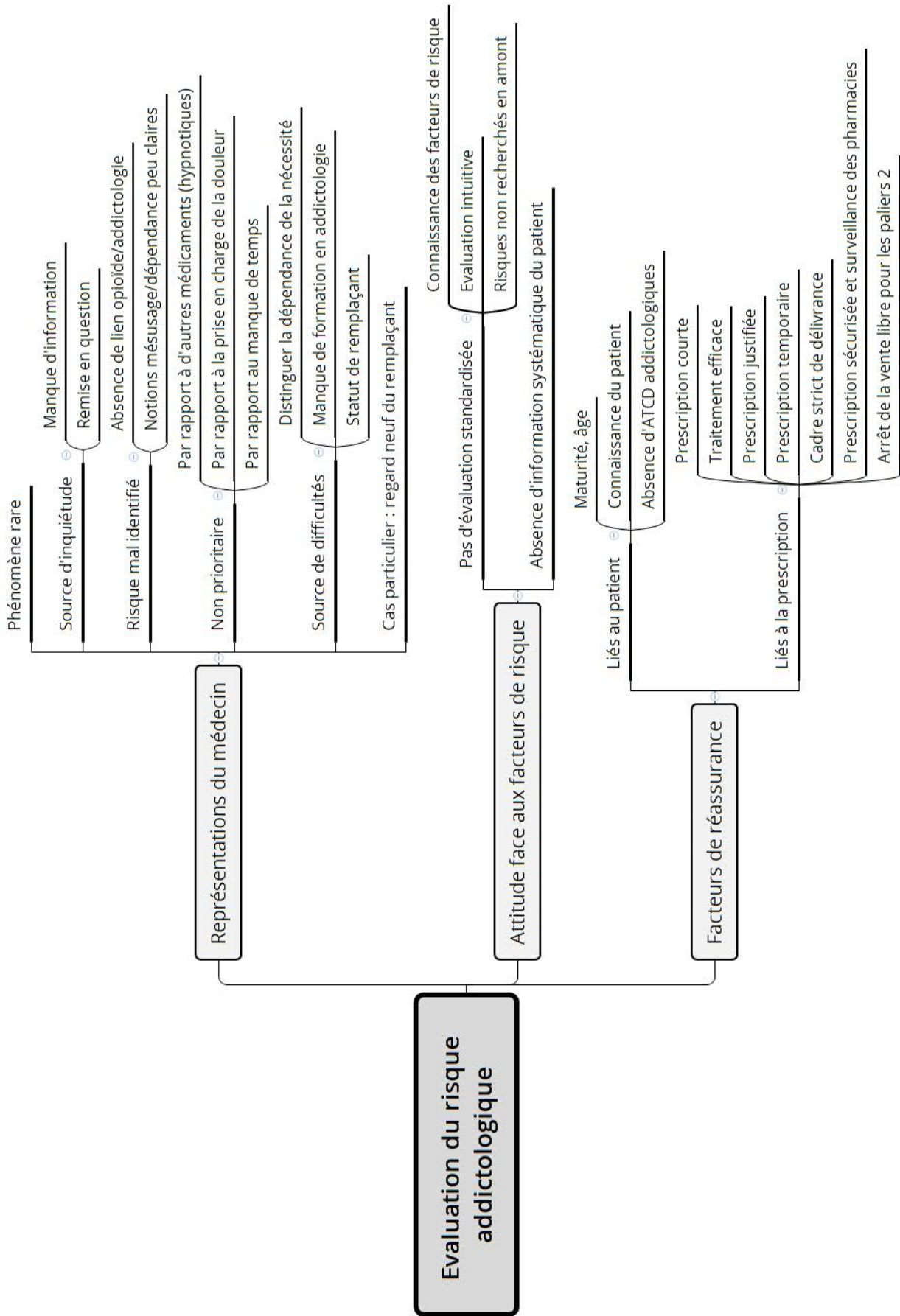


Figure 8 - Arbre thématique de la prise en compte du risque addictologique lors de la prescription d'un opioïde pour des douleurs chroniques non cancéreuses

### 3.3 Solutions proposées par les médecins généralistes

Notre objectif secondaire était de faire émerger des solutions pour que le risque de dépendance et de mésusage des traitements antalgiques opioïdes pour les DCNC soit davantage pris en compte par les médecins généralistes. La question leur était posée en fin d'entretien et l'ORT leur était présenté pour recueillir leur avis sur son intérêt en pratique clinique.

Les interviewés ont relevé différentes solutions dépendantes de la prescription, des médecins et des patients.



Figure 9 - Mots-clés des solutions proposées par les médecins pour améliorer la prise en compte du risque addictologique des opioïdes

#### 3.3.1 Concernant la prescription

##### 3.3.1.1 Raccourcir les durées de prescription

M9 soulignait l'importance de limiter les durées de prescription : « Et puis limiter. Essayer de limiter dans le temps les premières prescriptions, enfin les instaurations, finalement. »

##### 3.3.1.2 Diminuer les prescriptions

Les praticiens s'accordaient à dire qu'une solution efficace serait de moins prescrire les antalgiques opioïdes pour les DCNC.

- Recentrer les indications

M5 : « Et puis recentrer bien les indications, quoi. Parce qu'effectivement, c'est pas pareil en soins palliatifs et en douleurs chroniques. »

M8 : « Je pense qu'on les prescrit peut-être un peu trop facilement, les paliers 2. Faut que la douleur soit un peu- peut-être un peu plus intense pour prescrire un palier 2. »

- Renforcer les autres prescriptions, notamment non médicamenteuses

Les médecins énuméraient les alternatives thérapeutiques aux opioïdes à leur disposition, dans le cadre de la prise en charge des DCNC.

*M5 : « Moi j'utilise aussi beaucoup d'autres molécules qui peuvent être anti-épileptiques, anti-dépresseurs, Cymbalta, Venlafaxine, et également le Lyrica, la Gabapentine. »*

*M7 : « Après ça dépend des douleurs. Y'a des douleurs type lombalgies sur des hernies et bien les corticoïdes marchent mieux, des fois, que la morphine. [...] Après si c'est plus des douleurs neuropathiques, faudra peut-être plus passer sur le Lyrica ou le Laroxyl ou des trucs comme ça... »*

Plusieurs médecins généralistes interrogés mentionnaient l'importance des thérapeutiques non médicamenteuses.

*M5 : « Ils prennent la même dose tout le temps sur des mois et des mois sans jamais avoir pensé à des traitements alternatifs, je sais pas, ça peut être de la kiné... »*

*M8 : « Et d'autres thérapeutiques. Ca j'en parle beaucoup, aussi, à mes patients. Y'a pas que les médicaments. »*

Un des trois médecins du focus-group (M11) était formé à l'**hypnose** et l'utilisait régulièrement comme outil pour la prise en charge des DCNC de ses patients. Il expliquait avoir réussi à diminuer certains traitements médicamenteux de manière significative grâce à ça.

### 3.3.1.3 Faire des rotations d'opioïdes

M3 proposait l'idée d'organiser davantage de rotation des opioïdes lors des renouvellements, pour limiter l'installation d'une dépendance à la molécule : *« Je pense qu'il faut aussi prendre l'exemple des centres anti-douleur qui organisent des rotations dans les prescriptions médicamenteuses, donc proposer ça aussi aux patients, je pense que ça peut être une bonne chose pour eux. »*

### 3.3.1.4 Introduire la prescription sécurisée pour les paliers 2

M3 est le premier à avoir évoqué d'élargir l'obligation d'ordonnances sécurisées pour les opioïdes aux paliers 2 : *« Ensuite euh...une ordonnance sécurisée pour tel ou tel traitement c'est clair que ça va aider. C'est clair...mais bon, mais ça, ça dépend pas de nous. »*

Cette solution a été proposée aux médecins lors des entretiens suivants. Certains convenaient que cela pourrait être une bonne idée pour la prévention du risque addictologique mais regrettaient la contrainte administrative supplémentaire.

M7 : « Non parce que ça va me faire chier. (rire) Pour l'organisation et gestion du truc, donc rien que pour ça, je dis non. Après on est... Après c'est contradictoire avec ce que je te disais tout à l'heure, car je pense que le fait que ça soit comme ça, ça nous...ça nous... on est plus vigilant, quand même. »

M9 : « Ça pourrait être une bonne solution... Enfin ça demande du temps, quoi. (rire) »

D'autres n'étaient pas en faveur de la sécurisation des ordonnances pour les paliers 2 car ils ne croyaient pas au fait que cela puisse avoir un impact sur la diminution des prescriptions ou sur le risque de dépendance.

Les trois médecins du focus-group (M10-M11-M12) s'appuyaient sur l'exemple de la sécurisation récente du Zolpidem. Ils s'accordaient à dire que soit le traitement avait été changé pour un autre hypnotique non sécurisé et « pas forcément mieux », soit le Zolpidem continuait à être prescrit et la contrainte administrative était contournée en renouvelant les ordonnances à la demande par téléphone.

Ce sentiment était confirmé par M8 : « Parce que là pour le coup, les somnifères, on en fait, des ordonnances à la demande, hein. C'est un autre sujet mais c'est un peu la même chose. »

### 3.3.1.5 Limiter les prescriptions par téléphone ou par avance

Pour limiter le mésusage, un médecin (M9) proposait de limiter les ordonnances réalisées sans voir le patient en consultation : « Avant, il voyait mon remplaçant, il appelait et il avait parfois des ordonnances comme ça donc du coup ce qu'on a fait ensemble c'est qu'au moins, on se voit, pour revoir un peu la consommation, que ce soit pas fait euh... que ce soit pas fait par téléphone. »

## 3.3.2 Concernant les médecins

### 3.3.2.1 Information des médecins sur les risques

Plusieurs médecins ont noté l'importance de la sensibilisation des médecins au risque addictologique des traitements opioïdes, certains considérant ne pas être suffisamment informés, ce qui était source d'inquiétude et de remise en question, comme nous l'avons vu précédemment.

*M5 : « Il faudrait déjà qu'on soit plus informés sur les pourcentages de dépendance, et quels profils. Est-ce qu'il y a vraiment des profils car aux Etats-Unis on a l'impression que c'est tout le monde. »*

### 3.3.2.2 Utilisation de questionnaires

Lors des entretiens, deux questionnaires étaient présentés : l'ORT et le POMI, de façon à recueillir leur avis sur ces outils de dépistage. Ils n'étaient connus d'aucun des médecins interrogés.

*M7 : « Non, j'connais pas. Comment elle s'appelle ? »*

*M9 : « Je savais même pas qu'il existait une échelle...Du coup, j'avoue que... (...) J'ai jamais entendu parler de ça. »*

Certains saluaient l'utilisation des échelles ou questionnaires pour un dépistage du risque de manière systématique.

*M2 : « Ce serait intéressant d'avoir une fiche où tu as des questions à poser au patient pour évaluer avant, pendant et après, comme ça, ça permet que ce soit systématique, et du coup tu poses les questions au patient, et je trouve ça très pratique. »*

*M9 : « Mais oui, déjà, si on utilisait les échelles enfin...de façon plus systématique... »*

D'autres à l'inverse jugeaient que les échelles comme l'ORT, n'étaient pas nécessaires pour évaluer les risques de mésusage.

*M5 : « Je sais pas si on a vraiment besoin de compter, parce qu'en fait on est censés les connaître, les patients. »*

*M6 : « Sûrement utile pour identifier les personnes à risque, alors que oui, intuitivement je m'en serais déjà doutée. »*

La majorité des médecins estimaient que le critère d'abus sexuel dans l'enfance, coté 3 points chez la femme, était une question trop délicate à poser.

*M2 : « Le critère d'abus sexuel dans l'enfance, je pense que j'oserais jamais poser la question. Je trouve que quand on connaît pas le patient, c'est difficile à répondre. (...) C'est vrai que du coup c'est un peu difficile à poser comme questions... »*

*M6 : « Celle-là, si on sait pas, on ne va pas poser la question de but-en-blanc. (rire) »*

M7 : « Et ça, c'est chaud à aborder... »

Un médecin (M4) n'était pas favorable aux échelles de manière générale car il estimait qu'elles entravaient la communication : « *Je suis pas un grand fan des questionnaires, des scores. En fait j'aime beaucoup qu'ils existent, enfin je reconnais leur utilité, mais je pense que le temps d'une consultation...je préfère m'en inspirer plutôt que de répondre vraiment à une échelle. (...) Je trouve que dans la communication c'est plus simple, c'est plus fluide, ça met moins les gens dans des cases, aussi.* »

Et enfin, un médecin (M3) estimait qu'elles étaient trop chronophages : « *Dans la pratique c'est toujours la limite des questionnaires, c'est que ça prend, euh... ça prend un petit peu de temps. Non je pense que l'usage- l'utilisation des questionnaires en consultation reste difficile car ça demande du temps et euh...c'est, c'est compliqué...c'est difficile d'inclure un questionnaire au moment d'une consultation, soit pour un renouvellement, soit pour un autre motif.* »

Il était plus favorable aux auto-questionnaires comme le POMI : « *Par contre les auto-questionnaires disponibles en salle d'attente, ça me paraît être pourquoi pas une...une bonne piste, ouais. Ca je pense que ça peut être pas mal, auto-questionnaires ou informations mais je pense qu'ensuite ça peut être l'occasion d'en discuter et d'évoquer ça.* »

### 3.3.2.3 Interroger davantage le patient sur l'utilisation du traitement

Les médecins remarquaient que peut-être ils n'interrogeaient pas toujours assez leurs patients sur l'utilisation qu'ils faisaient de leur traitement.

M1 : « *Et puis à nous d'être plus vigilants, de pas se faire comment...euh...tromper par des gens qui nous disent qu'ils ont des douleurs chroniques qui sont peut-être pas si chroniques que ça.* »

M6 : « *Après quand on voit pour un renouvellement, ouais, il faut peut-être tout simplement poser la question, je pourrais peut-être demander 'vous croyez pas que vous êtes devenu dépendant ?' peut-être... On va essayer de faire ça. C'est bien ça va changer...ça va améliorer ma pratique.* »

M8 : « *Il faut qu'on soit plus vigilants. Réévaluer à chaque fois la nécessité de tel ou tel dosage, on poursuit toujours le même dosage- essayer de baisser.* »

M9 racontait l'exemple d'une patiente qui avait accumulé un stock important de morphiniques à domicile, qu'elle se faisait prescrire tous les 28 jours mais ne prenait qu'occasionnellement : « Elle en avait je sais pas combien d'avance. Donc l'overdose elle aurait pu se la faire tous les jours, quoi. C'est là que je me dis 'merde'. Et pourtant, pour le coup je passais tous les 28 jours en pensant que... en pensant qu'elle les prenait. Et en plus, alors si. Un truc. C'est que je programmais en fait. Pour pas qu'elle m'appelle pour me dire 'j'en ai plus du tout'. Enfin je pensais qu'elle en avait plus du tout. Je programmais tous les vingt-huit jours, quoi. Et malgré ça, elle avait réussi à se faire du stock. C'est quand même fou. »

La question de l'automédication était également soulevée.

M1 : « Je pense qu'il faut qu'on fasse attention à l'automédication. Alors je vais m'exprimer, il faut pas que quand on prescrit, que lui en redonne à l'autre parce que 'tiens, ça m'a fait du bien, essaye.' »

M5 : « Je pense que je serai plus vigilante car y'en a aussi pas mal qui m'en demandent pour en avoir sous le coude, au cas où. (...) Et comme y'en a plus en vite libre, ils veulent avoir une boîte, mais en fait j'interroge pas assez pour savoir 'oui, mais vous avez combien de stock, là, à la maison, et c'est à quelle fréquence ?' C'est vrai que si on pense pas à bien poser les questions, on passe vite à côté. Je pense qu'il faut que je sois plus vigilante. »

M7 : « Et puis le truc classique 'ah non, mais ça je le prends plus' ou 'ça je l'ai pris dix jours', et puis 'le beau-frère du cousin de ma belle-sœur il a dit qu'il fallait prendre ça', machin. »

### 3.3.3 Concernant les patients

#### 3.3.3.1 Information systématique du risque à la prescription

L'information systématique des patients, notamment à la première prescription d'un opioïde, est une solution que les médecins plébiscitaient.

M3 : « Informer, déjà, systématiquement. Une information systématique euh... des risques liés aux médicaments, des risques du mésusage et du retour d'expérience des Etats-Unis, je pense que ça c'est important. (...) Et également qu'ils prennent conscience du phénomène de tolérance pour éviter l'augmentation des... de...de la posologie en fait.»

M5 : « Informer les gens, aussi. Parce que je pense que c'est eux qui sont le plus...voilà. »



M6 : « Je pense que quand on les prévient qu'il y a un risque de devenir dépendant, ils ont pas envie en fait de devenir dépendants, donc ça en prévention. »

### 3.3.3.2 Les autonomiser dans les prises

Ils valorisaient également l'importance d'autonomiser les patients vis-à-vis de leurs traitements, de façon à ce qu'il ne soit pas pris de manière systématique, mais plutôt adapter les prises à la douleur.

M6 : « A la première prescription, de prévenir (...) qu'on réserve ces médicaments-là aux pics douloureux. »

M7 : « Après entre le palier 1 et le palier 2, moi j'essaie de responsabiliser les patients - ceux que tu peux...(rire), pour voir l'intensité de la douleur. Y'a des fois dans la journée, un palier 1 peut suffire, et des fois, le soir pour dormir, je leur dis de prendre un ixprim ou un truc codéiné si ça les soulage mieux. Donc ça j'essaie de hiérarchiser un peu leur...leur besoin. »

M8 : « Leur dire aussi qu'il faut qu'ils prennent les anti-douleurs pour calmer la douleur. S'ils ont pas de douleur, bah ils en prennent pas. »

### 3.3.3.3 Les prévenir de l'objectif que le traitement soit temporaire

Enfin, les médecins soulignaient l'importance de prévenir les patients que le traitement serait temporaire.

M6 : « A la première prescription, de prévenir que ce sera temporaire. »

M8 : « Ou alors en cure courte. Moi je leur dis 'voilà, il faut prendre que quelques jours, justement, pour éviter la dépendance', c'est ce que je leur dis. Dès que ça va mieux vous arrêtez. »

Un médecin (M12) avait d'ailleurs pris l'habitude d'informer dès la première prescription que le traitement par morphinique avait un début et qu'il aurait également une fin, que l'objectif n'était pas de l'instaurer à vie, de façon à ce que les patients gardent toujours en tête l'objectif de l'arrêter.

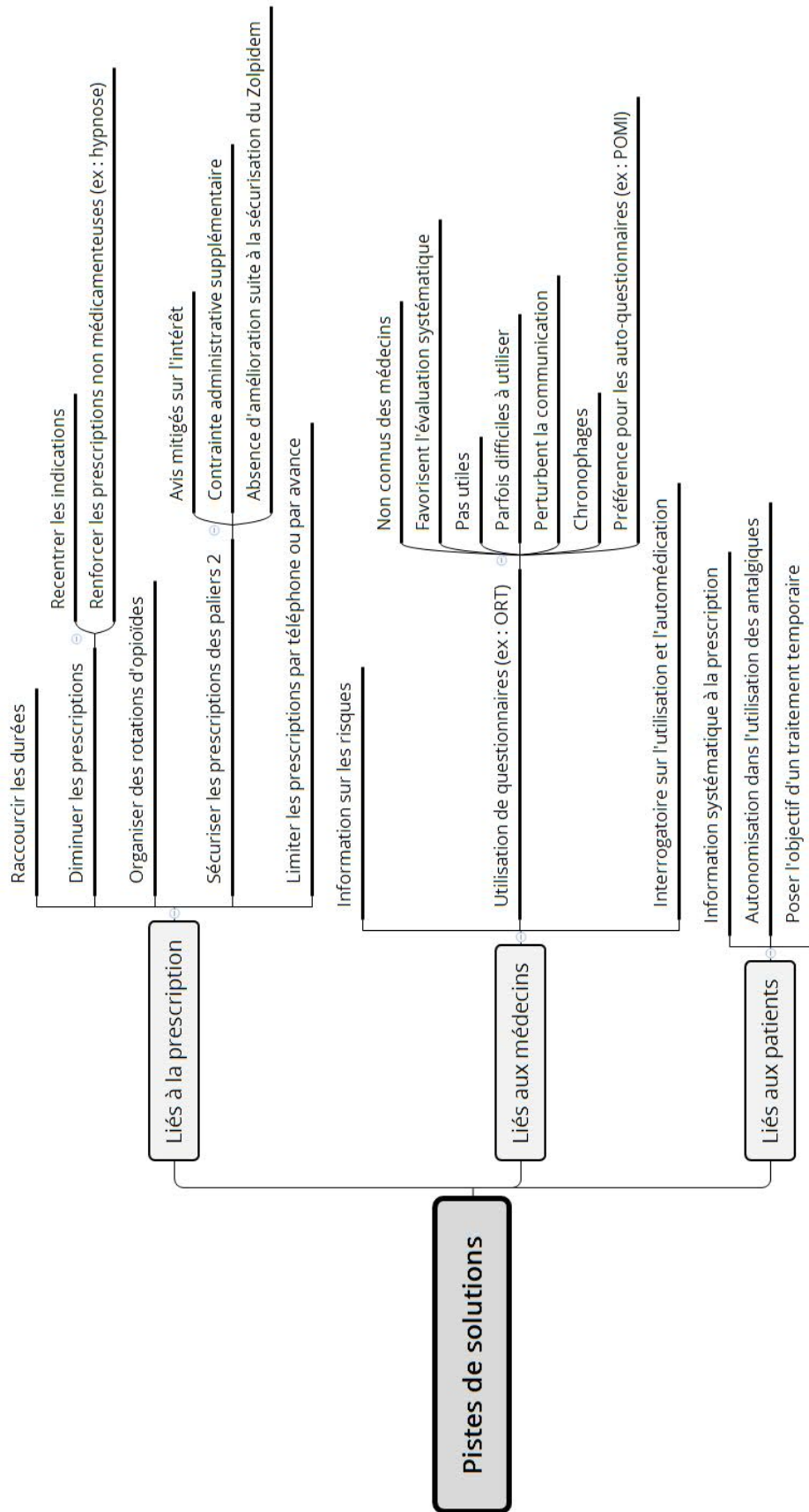


Figure 10 - Arbre thématique des pistes pour améliorer la prise en compte du risque addictologique lié à la prescription des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses

# DISCUSSION

---

## 1. Discussion des résultats

### 1.1 Prise en charge de la DCNC et prescription d'opiacés

#### 1.1.1 La prise en charge de la DCNC, vécue comme difficile

Dans notre étude, les médecins généralistes visualisaient la DCNC comme une prise en charge **difficile**, en lien avec des patients ayant souvent des profils particuliers, notamment des comorbidités psychiatriques, aggravant la complexité de la prise en charge de la douleur.

En 2012, Cécile Puel Saleh s'était intéressée tout particulièrement à la relation entre les médecins généralistes du Rhône et leurs patients douloureux chroniques. Les médecins décrivaient d'une part les personnes âgées avec des douleurs majoritairement rhumatismales, et d'autre part des patients plus jeunes avec un **contexte anxio-dépressif** généralement associé.(26)

Le rôle de « psychothérapeute » parfois nécessaire à cette prise en charge n'était pas toujours bien vécu par les médecins, certains exprimant leur désintérêt et d'autres leur sentiment de manque de compétence. De plus, ils trouvaient difficile d'aborder le caractère psychologique de la DCNC, craignant le malentendu que le patient pense sa douleur niée, non reconnue.

Les praticiens se sentaient également déstabilisés par les patients pour qui la douleur était un **bénéfice secondaire** et qui les mettaient systématiquement en échec car ils ne souhaitaient pas vraiment être soulagés.

Comme ceux de notre étude, les médecins généralistes du Rhône évoquaient donc unanimement leurs difficultés, associant un sentiment d'impuissance, d'incompréhension réciproque, d'inutilité, de découragement, de lassitude.

Les médecins interviewés ici disaient par ailleurs ressentir une certaine pression vis-à-vis de leurs patients pour le soulagement de leur douleur. Lors d'un travail de thèse en 2007, Florent Verfaillie évaluait spécifiquement la relation médecin-patient dans une enquête d'opinion auprès de patients atteints de fibromyalgie, et l'attente la plus fréquente de ces patients était « de la compréhension et de l'écoute » alors que les médecins pensaient qu'ils attendaient une diminution ou une disparition des symptômes.(27) Il n'a pas été retrouvé d'étude française auprès des patients atteints de DCNC de

manière plus large, mais une étude australienne de 2010 retrouve des résultats similaires : les patients douloureux chroniques recherchaient davantage des explications et de la compréhension auprès de leur médecin traitant, qu'une réduction de l'intensité douloureuse.(28)

### 1.1.2 L'opinion mitigée des médecins généralistes sur les CETD

Les CETD étaient le partenaire principal des médecins généralistes dans la prise en charge des DCNC. Ils regrettaient toutefois les **délais d'attente**, qui pouvaient être de plusieurs mois, s'approchant parfois d'une année.

Les Structures de prise en charge de la Douleur Chronique (SDC) ont été créées en 2001, réparties en centres (40%) et consultations (60%). Ces 260 structures de la douleur accueillent chaque année environ 400 000 patients. Comme indiqué en introduction, la douleur chronique concernerait environ 16 millions de personnes. Ces structures ne permettent donc pas d'accueillir tout le monde. Ainsi, les délais d'attente sont importants, entre 2 et 12 mois selon les villes. En 2013, le délai d'attente moyen était de **13 semaines**.(11)

Il devrait malheureusement continuer à s'allonger, face à l'augmentation progressive de la fermeture des consultations, notamment dans les zones reculées, menacées par le départ à la retraite de la moitié des effectifs dans les prochaines années, la diminution drastique des infirmiers et des psychologues, ainsi que des secrétaires. Sachant qu'un tiers des patients douloureux chroniques sont des personnes âgées ou souffrant de handicap limitant leurs déplacements, la fermeture progressive des consultations de proximité entraîne une augmentation de la distance géographique entre les patients et les SDC, responsable d'une rupture de suivi ou des difficultés d'accès. Cette disparité dans la démographie médicale induit de fait une médecine à deux vitesses : une disponible dans les zones urbaines, pour ceux qui peuvent se déplacer, et une absente, dans les zones reculées, pour ceux qui ne le peuvent pas. Cette problématique fait écho aux difficultés actuelles d'accès aux soins de manière générale.(11)

Il existe actuellement 9 SDC en Basse-Normandie, situées à Caen (au CHU et à Baclesse), Lisieux, Bayeux, Saint-Lô, Cherbourg-Octeville, Avranches, Flers, Argentan et Alençon ; celle de Flers n'ayant plus de référent médecin depuis fin 2019. (29)

### 1.1.3 Les représentations des médecins et des patients vis-à-vis des opioïdes : de la peur à la banalisation

Les médecins de notre étude avaient des représentations différentes des opioïdes, et en particulier de la morphine, les entraînant à les utiliser différemment. Ceux qui se sentaient le mieux formés sur la question (par un DU douleur, un stage en soins palliatifs ou la lecture de la revue *Prescrire*) avaient tendance à prescrire des morphiniques plus facilement que les autres, moins à l'aise, qui ressentaient un certain frein à les introduire et les réservaient pour des douleurs très intenses.

Des études ont évalué les représentations des médecins vis-à-vis des opioïdes forts et retrouvent des résultats similaires. Dans l'ensemble, il persiste une certaine **opiophobie** associant la morphine à l'idée de mort, mais elle semble s'atténuer avec les années, ce qui expliquerait les avis et habitudes de prescriptions mitigés des praticiens de notre étude.(30) De manière générale, les études du début des années 2000 retrouvaient une peur de la dépendance chez les médecins bien plus importante qu'aujourd'hui, freinant ainsi leurs prescriptions. La problématique de l'époque était alors la crainte d'une insuffisance de prise en charge de la douleur à cause de ces représentations péjoratives.

Les différents plans douleurs ont ainsi cherché à faire évoluer progressivement la vision des morphiniques, pour que les médecins les perçoivent davantage comme un antalgique que comme une drogue, ce qui a conduit à une augmentation des prescriptions. Toutefois, notre étude laisse penser que le caractère addictogène des morphiniques en a été oublié parfois, ce qui expliquerait une insuffisance d'évaluation du risque de dépendance et de mésusage, et un manque d'information des patients à la prescription.

A l'inverse, les représentations des patients concernant les morphiniques semblent stables dans le temps, restant globalement **péjoratives**. Ainsi, les impressions des médecins interrogés concernant leurs patients qui auraient tendance à les freiner quand ils abordent la question de la morphine sont retrouvées dans d'autres recherches, y compris des récentes, comme celle réalisée par Céline Barres en 2018. Les représentations des opioïdes forts des patients interrogés tournaient autour de la drogue, des maladies graves et de la mort.(31)

Toutefois, aucune étude n'a été retrouvée concernant les représentations des médecins ou des patients vis-à-vis des opioïdes faibles. Les praticiens interrogés évoquaient une certaine **banalisation**

de ces traitements, contrairement aux opioïdes forts qui étaient source de peur. Il serait intéressant de connaître le point de vue des patients sur la question et de cerner l'impact des représentations des médecins et des patients sur les prescriptions et la prise de ces traitements.

## 1.2 Evaluation du risque addictologique

### 1.2.1 Un manque d'évaluation du risque de mésusage en lien avec une insuffisance de repérage des consommations des patients

Il ressort de notre étude que les médecins généralistes évaluaient peu le risque de dépendance et de mésusage avant d'introduire un traitement opiacé pour des DCNC, principalement car ils n'y pensaient pas.

La majorité d'entre eux estimaient évaluer les facteurs de risque de manière **intuitive**, notamment les antécédents de trouble de l'usage d'autres SPA, mais nous pouvons supposer que cette capacité risquait d'être freinée par l'insuffisance de connaissance sur les profils réels de consommation de leurs patients. En effet, plusieurs études montrent que le **Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB)** concernant les conduites addictives est peu réalisé en médecine générale, en lien avec divers freins : manque de temps, absence de rémunération spécifique, les représentations des médecins, un sentiment d'inefficacité, le manque de formation et la crainte de la réaction des patients.(32) (33)

Interrogées sur la question, M8 et M9 confirmaient qu'il n'était pas toujours évident pour elles d'interroger leurs patients sur leurs consommations. La plupart du temps, les signes d'un trouble de l'usage déjà sévère les interpellaient et les amenaient à aborder le sujet, davantage qu'un repérage dans le cadre d'une prévention.

« M8 : C'est vrai que c'est pas toujours facile euh...

M9 : Après c'est vrai que à force...enfin on les connaît, quoi, donc euh...

M8 : Bah l'alcool souvent on sait bien. Et puis quand...

M9 : Oui, il y a des signes, quand même. (rire)

M8 : Et puis quand tu leur poses la question ils te disent non, alors que... (rire) »

Elles soulevaient également la question de savoir comment interroger les adolescents, notamment quand leurs parents étaient présents lors de la consultation. Dans l'ensemble, le tabac semblait être la substance la plus facile à aborder, ce qui corrobore les résultats de l'étude de Mathilde Collignon en 2013. (32)

M9 : « Enfin cannabis, moi je suis surprise, chez des ados. Enfin... du coup pareil, c'est pas systématique, mais au moment du certif, quoi, quand ils grandissent un peu. Je dis pas forcément eux, je leur pose pas la question directement mais je dis « est-ce qu'il pourrait y en avoir à l'école ? Enfin, un peu de manière détournée car je veux pas non plus qu'ils se prennent une rousse par les parents après. (rire) »

M8 : « Surtout si les parents sont présents en consult, c'est pas évident. »

M9 : « Donc le tabac, devant les parents, je le fais, et pour le reste, après je demande est-ce que à l'école il y a des choses, euh... Après ils disent tous 'bah non, moi j'en fume pas, mais il y en a' quoi. »

M8 : « Ils le diraient pas devant les parents, de toute façon. »

L'enquête de Léa Sabatier en 2015 a démontré l'intérêt d'une formation spécifique des médecins généralistes au RPIB pour améliorer le dépistage des troubles de l'usage de l'alcool.(33) Plusieurs médecins de notre étude estimaient en effet ne pas être toujours à l'aise avec l'addictologie, ce qui expliquerait le manque de clarté de certains d'entre eux sur les notions de mésusage et de dépendance pharmacologique.

Lors d'un entretien, un médecin (M1) décrivait par exemple une patiente pour laquelle il ne parvenait pas à arrêter un traitement par tramadol car elle lui disait en avoir besoin pour dormir, et il ne semblait pas identifier cette situation comme étant du mésusage.

Cela fait écho aux témoignages des autres médecins qui ne faisaient pas le lien entre dépendance à la morphine et addictologie. M7 parlait de « mésusage non volontaire », qu'il semblait mettre en opposition avec le mésusage volontaire qu'il attribuerait à des consommations d'héroïne. Les praticiens semblaient donc avoir des représentations différentes de la dépendance de leurs patients aux opiacés, selon la substance impliquée : morphine ou héroïne. Les représentations globalement péjoratives des médecins généralistes vis-à-vis des consommateurs d'héroïne, jugés notamment manipulateurs, n'étaient pas retrouvées dans nos entretiens.(34) Ainsi, les médecins étaient moins réticents à réaliser des renouvellements d'ordonnances par téléphone pour des morphiniques que pour des MSO.

Le manque de connaissance des profils de consommation des patients et la sous-estimation des situations de mésusage auprès de leurs patients pourraient ainsi expliquer l'impression générale des médecins de notre étude à ne pas être concernés par notre problématique, ou alors de manière anecdotique.

### 1.2.2 Une problématique similaire à celle des benzodiazépines et apparentés

Certains médecins généralistes se disaient moins sensibilisés au risque de dépendance aux opiacés car leur attention se portait davantage sur les BZD et leurs apparentés. Ils avaient en effet le sentiment que la dépendance était plus importante pour ces molécules que pour les opioïdes.

Comme pour les opiacés, la prise prolongée de BZD expose les patients à un risque de dépendance pharmacologique, même lors de l'utilisation à des doses thérapeutiques. Ce risque a été évalué à 10% si la durée du traitement est inférieure à 1 an et à 25-50% si sa durée dépasse 1 an.(35)

Les chiffres sont moins clairs pour les opiacés. Initialement considéré comme faible (0,03-5 %), ce taux est revu à la hausse depuis quelques années (3,2-19 %).(36)

L'enquête OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) de 2015 retrouvait malgré tout une consommation abusive ou pharmacodépendance plus importante pour les BZD ou apparentés que pour les médicaments opiacés hors MSO.(37) Toutefois, les chiffres concernant les antalgiques seraient sous-estimés car sous-déclarés.(38)

Parallèlement, la dépendance aux opiacés occasionnerait davantage de décès que les BZD et apparentés et nous avons encore peu de données sur les consommateurs d'opiacés illicites qui auraient débuté par des opioïdes de prescription. Il est donc difficile de hiérarchiser le degré d'inquiétude à avoir pour ces deux molécules lors de leur prescription et l'idéal serait de pouvoir être vigilant vis-à-vis des deux en pratique courante.

Il pourrait être intéressant de réfléchir à un indicateur ROSP (Rémunération sur objectif de santé publique), tel qu'il en existe actuellement pour les BZD, qui viserait à augmenter la vigilance des médecins vis-à-vis des traitements chroniques d'opiacés.(39)

### 1.2.3 La dépendance aux antalgiques opioïdes, difficile à identifier et à prendre en charge en ambulatoire

Les médecins généralistes mentionnaient lors des entrevues une certaine difficulté à identifier la pharmacodépendance et à la distinguer de la nécessité pour l'antalgie. S'il existe des outils comme le POMI pour évaluer le mésusage, la dépendance pharmacologique isolée est plus délicate à identifier.



Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucune recommandation française sur la prise en charge de la dépendance aux opioïdes de prescription. Des protocoles sont en cours d'évaluation dans différentes structures, incluant notamment des diminutions progressives des posologies et des relais par d'autres traitements (antidépresseurs ou MSO).

La thèse de Lalla Bouhamidi évaluait par exemple l'efficacité du protocole de sevrage utilisé au CETD de Bron pour 37 patients dépendants aux opioïdes forts, entre 2013 et 2017. Ils utilisaient majoritairement les tricycliques et obtenaient un taux de sevrage de 80%. Le Fentanyl était un facteur de mauvais pronostic au sevrage complet.(40)

Aucune étude sur les freins au sevrage par les médecins généralistes n'a été retrouvée, mais une étude de ce type a été réalisée en 2017 par Adrien Demouveau concernant la faisabilité de sevrage des personnes âgées en BZD. Il ressortait que les médecins étaient bien sensibilisés à la problématique de dépendance pour ces molécules, qu'ils avaient connaissances des recommandations de la HAS pour leur bon usage, et qu'ils les trouvaient appropriées. Toutefois, ils relevaient divers freins au sevrage de leurs patients âgés déjà dépendants, notamment le manque de temps, la sympathie envers eux et un certain fatalisme : ils doutaient de l'intérêt réel d'un sevrage à un âge avancé après des années de consommation. Les praticiens interrogés étaient davantage attachés à l'importance de **limiter les instaurations** chez les plus jeunes, dans un objectif de prévention.(41)

#### 1.2.4 Les facteurs de réassurance des médecins généralistes, pas toujours fondés

Les médecins de notre étude étaient rassurés quant au risque de mésusage et de dépendance aux antalgiques opioïdes par plusieurs facteurs : certains liés au patient et d'autres à leurs modalités de prescription.

Les facteurs liés au patient (plus âgé et sans antécédent de trouble de l'usage d'autres SPA) étaient cohérents par rapport aux facteurs de risque connus. La connaissance du patient revenait également régulièrement et comme nous l'avons vu précédemment, elle risquait toutefois d'être biaisée par l'insuffisance de RPIB concernant les conduites addictives de manière générale.

Les facteurs de réassurance liés aux prescriptions incluaient notamment la notion qu'une prescription justifiée limitait les risques de développer une dépendance.

Les dernières données de l'ANSM de 2019 semblent indiquer que même en cas de prescription dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), les médecins se doivent de rester vigilants sur le risque addictologique.

Par ailleurs, M8 mentionnait : « *je pars toujours du principe que si y'a de la douleur, normalement ça consomme le médicament pour la douleur et pas pour le reste.* »

Aucun article justifiant ce processus au niveau pharmacologique n'a été retrouvé, laissant penser qu'il relèverait davantage d'une croyance relayée au sein de la population médicale, que d'un fait avéré. Le risque de dépendance et de mésusage existe, y compris lors d'une indication bien posée.

- Le rôle des pharmaciens et l'addictovigilance

Les médecins interrogés se disaient également rassurés par les **ordonnances sécurisées** pour les opioïdes de palier 3 et par le **rôle des pharmaciens** dans la surveillance du mésusage. Deux d'entre eux relataient avoir été alertés par des pharmacies : M5 dans le cadre d'un mésusage avec chevauchement d'ordonnance pour de la codéine, et M12 pour une suspicion de falsification d'ordonnance qui avait secondairement été confirmée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) avec des poursuites judiciaires pour un remboursement abusif de plusieurs milliers d'euros de codéine.

Afin de permettre la dispensation d'une ordonnance, le pharmacien doit en faire l'analyse pharmaceutique, conclure sur sa validité et mettre à disposition du patient des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament. C'est à cette occasion qu'il est susceptible d'être confronté à des ordonnances suspectes ou à des demandes en lien avec des chevauchements d'ordonnance.(42)

L'enquête OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible) contribue à l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des médicaments grâce à la surveillance et au recueil des ordonnances suspectes identifiées par les pharmaciens d'officine. En 2016, les ordonnances suspectes étaient majoritairement simples (44%), puis sécurisées (15%), bizones (12%) et hospitalières (4%). La plupart (58%) des OSIAP étaient falsifiées (fabriquées sur ordinateur, photocopiées, scannées), ou étaient identifiées par un élément de contexte suspect comme le refus de présenter sa carte vitale (33%), ou volées (14%).

Les **médecins conseils de la CPAM** sont également susceptibles d'alerter les médecins par rapport à des remboursements suspects de morphiniques ou en cas de prescripteurs multiples, venant ainsi étoffer le maillage de surveillance et d'évaluation de la pharmacodépendance. Ces différents acteurs peuvent aider le praticien à repérer un mésusage ou une dépendance, dans le cadre d'un travail en réseau.

Enfin, l'ANSM recueille les données d'**addictovigilance** au niveau national à l'aide de différents outils,(43) certains ayant été cités précédemment :

- Soumission chimique, un dispositif d'observation prospectif et permanent qui recense tous les cas enregistrés de soumission chimique avec identification et dosage des substances en cause

- ASOS (Antalgiques, Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées), qui collecte l'opinion de pharmaciens sur les ordonnances sécurisées et les antalgiques stupéfiants.

- DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances)

- DTA (Décès Toxiques par Antalgiques), enquête qui s'appuie sur un recueil annuel prospectif des cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques

- NOTS (Notification spontanée), système de recueil des notifications spontanées de pharmacodépendance ou d'abus transmises à l'ANSM.

- OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible)

- OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire)

- OPPIDUM (Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse)

- SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances), un des composants du dispositif TREND. (Dispositif français d'observation en continu des Tendances Récentes et Nouvelles Drogues mis en place par l'OFDT).

#### 1.2.5 Cas particulier : le statut des remplaçants

Les deux médecins remplaçants de notre étude faisaient le constat que leur statut leur apportait le sentiment d'avoir un **regard neuf** sur certaines situations, leur permettant de réévaluer peut-être davantage certains traitements prescrits au long cours, dont les opiacés pour des douleurs chroniques, et ainsi démasquer des troubles de l'usage ou des pharmacodépendances que le médecin traitant habituel n'aurait peut-être pas repérés.

Ils s'accordaient toutefois à dire que cet avantage ne profitait finalement pas au patient car à cause de ce même statut, ils avaient l'impression de manquer de légitimité auprès des patients, qui auraient davantage confiance en leur médecin habituel et acceptaient difficilement des variations dans leurs traitements habituels.

Les relations médecin-patient entre les patients et les remplaçants ont été évaluées à diverses reprises. Une thèse qualitative de 2017 menée par Claire Konzelmann mettait en lumière que les représentations du médecin remplaçant se créaient finalement en miroir de la vision que les patients portaient à leur médecin traitant. Lorsque les patients voyaient en leur médecin un interlocuteur unique et privilégié, et que leur attention était davantage centrée sur la relation elle-même que sur le motif de consultation, il était difficile voire inconcevable pour eux de créer une nouvelle relation avec un médecin remplaçant. A l'inverse, quand le patient envisageait la relation avec son médecin comme utilitaire, répondant à un problème de santé spécifique, le remplaçant était perçu comme un interlocuteur parmi d'autres, apte et compétent au même titre que n'importe quel autre médecin généraliste.(44)

Simon Juste étudiait en 2015 l'évolution de ces représentations sur 20 ans et retrouvait globalement une bonne acceptation des médecins remplaçants par les patients, même s'ils préféraient s'adresser à leur médecin habituel. Les motifs d'acceptation du remplaçant n'avaient pas évolués : un problème de santé urgent, la confiance dans son médecin traitant pour le choix du remplaçant, la disponibilité du dossier médical et le regard neuf. Les attentes, toutefois, avaient tendance à se modifier : les qualités relationnelles et la capacité à communiquer étaient de plus en plus appréciés, au détriment de la disponibilité.(45)

Il n'a pas été retrouvé d'études comparant les représentations vis-à-vis des remplaçants en fonction de l'âge des patients mais l'étude d'Audrey D'Amore en 2017 sur l'image actuelle des médecins généralistes retrouvait un lien statistiquement significatif entre l'âge des participants et la considération du médecin comme « **médecin de famille** ».(46)

Nous pouvons donc supposer que le sentiment de difficulté des remplaçants de notre étude à modifier un traitement habituel soit en lien avec le fait que les patients douloureux chroniques sont statistiquement plus âgés et que leurs représentations du médecin traitant pourraient être un frein à la relation médecin-patient avec un remplaçant.

## 1.3 Les solutions envisageables pour améliorer l'évaluation du risque de dépendance ou de mésusage à l'instauration d'un traitement antalgique par opioïde

### 1.3.1 Le rôle majeur de l'information

Les médecins généralistes de notre étude étaient unanimes pour dire que l'**information** à la fois des patients et des médecins sur le risque addictologique des opioïde était une mesure indispensable pour améliorer sa prise en compte et ainsi limiter sa survenue.

Ils plébiscitaient notamment le fait d'informer les patients de manière **systématique** du risque de mésusage et de dépendance à la prescription d'un opioïde.

Edwige Ortega a étudié en 2018 le vécu et les pratiques des médecins généralistes concernant l'information médicale délivrée au patient. En effet, délivrer une information médicale n'est pas toujours chose aisée. Elle peut être **orale ou écrite** via des supports papier ou des sites internet. Plusieurs freins ont été relevés dans son étude : en lien avec la logistique (le manque de temps), le patient (sa compréhension, sa culture), les supports d'information (parfois trop formatés) ou le médecin lui-même (ses expériences passées, sa formation). Les médecins généralistes étaient en demande d'avoir davantage de temps et de formation en matière de communication pour pouvoir améliorer leurs pratiques.(47)

Dans le contexte de notre étude, M8 soulevait un frein supplémentaire lié à l'opiophobie : « *Mais si tu leur dis ça...déjà qu'ils ont peur quand tu leur parles de passer à de la morphine, si en plus on parle de ça, je pense que ça va les effrayer encore plus.* »

Une **campagne nationale d'information** a également été proposée par certains médecins. L'information sur le sujet est actuellement davantage relayée par les médias français que par les autorités de santé, en insistant sur l'exemple de la situation aux Etats-Unis, au risque d'engendrer une désinformation. Il est nécessaire que la prise en charge médicale s'appuie sur l'exemple des Etats-Unis pour limiter les risques d'en arriver à des conséquences similaires, mais il est évident que la situation en France aujourd'hui est incomparable. Une désinformation par les médias risquerait d'accroître l'opiophobie de la population et de faire reculer la prise en charge de la douleur.

Plusieurs études ont évalué l'impact positif des campagnes d'information nationale sur différents sujets, tels que la vaccination anti-grippale ou les signes d'un AVC.(48) (49)

Concernant les médecins, le renforcement de la diffusion des dernières recommandations relatives à l'utilisation des opioïdes forts pour des DCNC et des alertes sur la situation actuelle aux Etats-Unis pourrait permettre d'accroître leur vigilance lorsqu'ils en prescrivent dans ce contexte.

Par ailleurs, il faudrait mettre en avant les **addictologues** comme partenaires à solliciter en cas de difficultés avec un trouble de l'usage, même si la substance impliquée concerne un traitement antalgique.

Enfin, le développement de **recommandations françaises spécifiques pour les opioïdes faibles** dans la prise en charge des DCNC paraît indispensable pour améliorer les pratiques.

### 1.3.2 L'utilisation d'outils pour systématiser et améliorer les évaluations

Les avis des médecins concernant l'utilisation d'outils (questionnaires ou échelles) divergeaient lors des entretiens, certains les trouvant utiles pour être systématiques et d'autres estimant qu'ils étaient trop chronophages et qu'ils entravaient la communication.

Une multitude de questionnaires ou d'échelles d'évaluation et d'aide au diagnostic ou aux décisions thérapeutiques sont à la disponibilité des médecins. Les entretiens laissent penser que les médecins généralistes utilisent finalement peu ce type d'outils, en partie à cause de cette multiplicité.

M8 confirmait : *« Il en existe tellement, on ne peut pas toutes les connaître. »*

Plusieurs études se sont intéressées à l'utilisation de certaines de ces échelles, à titre individuel, mais aucune étude évaluant l'opinion et l'utilisation de ces différents outils de manière générale n'a été retrouvée. Les champs de la médecine générale étant vastes, et certaines consultations regroupant plusieurs motifs différents, nous pouvons en effet nous interroger sur la faisabilité d'utiliser toutes ces échelles au quotidien.

Aucun médecin interrogé ne connaissait l'ORT ou le POMI et si les échelles d'évaluation de la douleur leur étaient familières, très peu d'entre eux les utilisaient dans leur pratique quotidienne. M12 disait même ne pas les utiliser volontairement car ils les trouvaient inadaptées et qu'elles ne l'aidaient pas de manière concrète dans la prise en charge de la douleur.

Une étude de 2002 concluait en effet que l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur en ambulatoire n'apportait pas de bénéfice aux patients en termes de soulagement de la douleur et ne modifiait pas les prescriptions d'antalgiques. Cela laissait supposer que l'utilisation des échelles dans l'évaluation et la surveillance des patients douloureux chroniques ambulatoires n'étaient pas adaptées aux situations cliniques rencontrées par les médecins de soins primaires.(50)

L'ORT serait assez rapide à utiliser en pratique clinique à l'instauration d'un traitement par opiacés mais il nécessite une bonne connaissance du profil de consommation de SPA des patients, d'où l'importance de renforcer le RPIB en pratique courante. Les médecins interrogés déploraient toutefois la question sur les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, jugée trop délicate à poser. Cette question ne cote cependant des points que pour les femmes et les autres critères peuvent être suffisamment discriminants pour détecter un risque de mésusage, même sans connaître la situation d'une patiente sur ce point. Le seul risque serait de minimiser le score total.

Le POMI a davantage séduit les médecins interrogés car ils trouvaient intéressant de pouvoir le proposer en salle d'attente.

Une revue de la littérature datant de 2016 montrait l'intérêt d'intégrer des auto-questionnaires à la pratique clinique (51), en particulier s'ils sont suivis d'une discussion sur le sujet avec le médecin au cours d'une consultation.(52)

### 1.3.3 Le recours à une tierce personne

Dans ce but d'améliorer l'interrogatoire et l'évaluation de la douleur et des risques, un médecin (M9) se demandait si l'intervention d'une tierce personne, un IDE par exemple, pourrait être intéressante : *« Est-ce que sur ces consults-là il faut pas une évaluation...après par euh- c'est peut-être difficile à mettre en place- mais par quelqu'un- par exemple, une infirmière ? Je sais pas. »*

Il serait intéressant d'étudier la faisabilité d'élargir le champ de travail des assistants médicaux ou des « IDE ASALEE » (Action de santé libérale en équipe) au repérage des conduites addictives ou à l'évaluation de la douleur chronique.

Les **assistants médicaux** peuvent se voir attribuer un rôle en lien avec la mise à jour du dossier médical, notamment concernant le mode de vie.(53) Nous pouvons donc imaginer qu'ils pourraient participer au repérage précoce de la consommation de certaines SPA.

Les **IDE ASALEE**, quant à eux, participent à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques avec des missions de dépistage et de suivi.(54) L'évaluation de la douleur dans le cadre de DCNC avec recherche de développement du mésusage ou de la dépendance aux opioïdes pourrait ainsi être envisagée.

#### 1.3.4 L'action directe sur les prescriptions

Les médecins interrogés proposaient diverses actions, en lien avec les prescriptions, pour limiter les risques addictologiques liés aux opiacés : le raccourcissement des durées de prescription, la diminution des prescriptions en recentrant les indications et en majorant les méthodes non médicamenteuses, et l'élargissement de l'obligation des prescriptions sécurisées aux opioïdes de palier 2.

- Raccourcissement des durées de prescription

Certains médecins remettaient en cause les durées de prescription jugées parfois trop longues pour les opioïdes de palier 2 et se disaient qu'à l'avenir ils réévalueraient davantage l'intérêt de les poursuivre au long cours et réduiraient les durées lors des renouvellements.

Dans cet objectif de limiter le mésusage et les risques de dépendance liés aux opioïdes faibles, l'ANSM a annoncé que la durée maximale de prescription des médicaments antalgiques contenant du tramadol serait **réduite de 12 mois à 3 mois**, à compter du 15 avril 2020.(55)

- Diminution des prescriptions en recentrant les indications

Des médecins de notre étude ont émis l'idée de limiter les instaurations d'opioïdes dans certaines pathologies, en particulier celles déconseillées par la HAS, comme la fibromyalgie.

*M5 : « Et...ouais, bah après j'avais déjà vu que pour la fibromyalgie, l'intérêt des paliers 2....y'en a pas. Et le palier 3 n'apporte pas plus de choses. »*



Reste la difficulté d'avoir pu poser le diagnostic avant d'instaurer un opioïde, ce qui pourrait en partie expliquer l'importance du taux de patients traités par opioïdes pour une fibromyalgie dans les différentes études quantitatives décrivant les pratiques des médecins généralistes.

*M8 : « Je sais pas si ça marche dans la fibromyalgie la morphine ? Le problème c'est que des fois on a déjà débuté le traitement avant que le diagnostic soit posé donc euh... (rire) »*

Les dernières recommandations de bonne pratique mériteraient malgré tout davantage de visibilité, éventuellement par l'intermédiaire de la formation médicale continue, car certains praticiens interrogés ne voyaient aucune objection à instaurer des opiacés à un patient pour une fibromyalgie.

*M7 : « Oui...oh bah il faut essayer toute la gamme avec les fibromyalgiques (rire). Faut...faut voir ce qui marche euh... ce qui a déjà été...surtout ce qu'ils ont déjà pris. Parce qu'en plus alors euh...les fibromyalgiques, le... Le truc typique du fibromyalgique c'est qu'il a déjà tout eu et il a rien supporté et il a toujours mal. »*

- Place des traitements non médicamenteux

Plusieurs médecins ont insisté sur l'importance de s'appuyer sur les **traitements non médicamenteux** pour prendre en charge les DCNC.

Certains déploraient que la **neurostimulation électrique transcutanée** (TENS) ne soit pas accessible en médecine ambulatoire et que la prescription nécessite une consultation dans un CETD, pourtant difficilement accessibles.

Dans l'ensemble, les **kinésithérapeutes** étaient les alliés de choix des médecins dans la prise en charge non médicamenteuse de la DCNC. Plusieurs études valident l'importance des traitements physiques dans le programme thérapeutique, par leurs vertus antalgiques, mais surtout par leur pouvoir de reconditionnement du mouvement.(56)

Enfin, un médecin (M11) utilisait l'**hypnose** dans sa pratique pour la prise en charge des DCNC et disait avoir grâce à cela diminué certains traitements médicamenteux. Une revue de la littérature sur le sujet réalisée en 2006 confirmait l'effet antalgique de l'hypnose.(57) Longtemps décriée, l'hypnothérapie est de plus en plus utilisée en médecine, pour diverses raisons (douleur aigue aux urgences, technique de préparation à l'accouchement, sevrage tabagique...). Elle est actuellement reconnue comme une alternative thérapeutique intéressante. Elle permet également d'améliorer la communication et d'impliquer le patient dans la prise en charge de sa douleur de manière active.(58)

- Sécurisation des ordonnances pour les opioïdes faibles

Certains praticiens s'appuyaient sur l'exemple d'obligation de prescription sécurisée du Zolpidem et proposaient d'étendre cette mesure aux opioïdes de palier 2 avec le même objectif. Cette suggestion ne faisait pas l'unanimité auprès des médecins interrogés, certains la considérant comme trop contraignante et chronophage, et d'autres comme inutile.

Une étude récente a évalué l'évolution des prescriptions de BZD et apparentés dans une EHPAD. Elle retrouvait des prescriptions de BZD et apparentés stable dans le temps, indiquant une probable insuffisance de réévaluation. Les nouvelles règles de prescription du Zolpidem avaient entraîné un arrêt de sa prescription, mais il avait systématiquement été substitué par d'autres BZD ou hypnotiques qui n'avaient pas cette contrainte administrative.

Le témoignage de M8 allait également en ce sens : *« Parce que là pour le coup, les somnifères, on en fait, des ordonnances à la demande, hein. C'est un autre sujet mais c'est un peu la même chose. Y'a peut-être même encore plus de dépendance que les opioïdes. Enfin je dis 'plus', peut-être pas, si ça se trouve c'est pareil, mais pour le coup ils sont vraiment dépendants. »*

On peut ainsi supposer que la sécurisation des prescriptions pour les opioïdes faibles aurait également un impact limité sur le risque de dépendance et de mésusage au prix de contraintes administratives chronophages qui pourraient entraîner une augmentation du nombre d'ordonnances réalisées par téléphone, comme cela semble déjà être le cas pour le Zolpidem.

## 2. Discussion de la méthode

### 2.1 Points forts de l'étude

#### 2.1.1 Méthodologie adaptée aux objectifs

La **méthodologie qualitative** par entretiens semi-directifs nous a semblé être la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche, de façon à recueillir l'opinion et le ressenti des médecins généralistes sur leur pratique quotidienne.

L'association des entretiens **individuels et de groupes** a permis à la fois de favoriser la spontanéité et la liberté des réponses lors des entrevues individuelles, et de faire émerger davantage de nouvelles

idées grâce à la dynamique de groupe lorsqu'ils étaient interrogés en même temps que leurs confrères.

Une double analyse a été réalisée, permettant une **triangulation partielle des données** sur plus de la moitié du corpus.

### 2.1.2 Sujet pertinent

Le risque de mésusage et de dépendance aux opiacés de prescription est un **sujet d'actualité** en lien avec la médiatisation des conséquences en terme de morbi-mortalité dans les pays nord-américains. Son application à la prise en charge des DCNC semblait la plus intéressante car la problématique est différente en cas de diagnostic de cancer, et les risques sont moindres en cas de prescription courte pour une douleur aigue.

Plusieurs études quantitatives ont déjà été réalisées concernant la prise en charge de la DCNC par les médecins généralistes et le suivi des dernières recommandations concernant l'utilisation des opioïdes forts dans cette indication. L'originalité de notre travail repose donc sur la **méthodologie qualitative**, l'accent mis sur **les risques addictologiques** inhérents à ces traitements et **l'inclusion des opioïdes de paliers 2** dans notre évaluation.

### 2.1.3 Saturation des données

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention de la **saturation théorique des données**, c'est-à-dire, jusqu'à ce que les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus de thème nouveau en lien avec l'objectif de recherche. Ce phénomène a été observé à partir du neuvième entretien. Les deux focus-group ont permis de le confirmer.

## 2.2 Limites et biais de l'étude

### 2.2.1 Chercheur novice

Il s'agissait d'un premier travail qualitatif. Le manque d'expérience a pu constituer un biais dans le recueil des informations, et la richesse des entretiens a pu être parfois limitée par un défaut de relances appropriées. Un chercheur plus expérimenté dans ce domaine aurait pu mettre en évidence d'autres résultats pertinents.

Toutefois, pour limiter ce risque, plusieurs écrits ont été étudiés pour se familiariser et se former à cette technique de recherche. Notre méthodologie s'est particulièrement appuyée sur l'ouvrage de Pierre Paillé et Alex Mucchielli « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ».(59)

### 2.2.2 Biais de sélection

La méthode de sélection des médecins généralistes n'a pas pu s'établir sur un mode aléatoire et a dû s'organiser grâce au « bouche à oreille ». Cela a pu entraîner un biais de sélection dans la constitution d'un échantillon aussi diversifié que possible.

En effet, la technique de proche en proche ne nous a pas permis d'interroger des médecins exerçant dans les zones les plus reculées de Basse-Normandie. Nous pouvons supposer que l'accroissement de la distance géographique entre le lieu d'un cabinet et un CETD aurait pu faire émerger des habitudes différentes de prescription et de prise en compte du risque de mésusage ou de dépendance.

### 2.2.3 Biais de mémorisation

Le dernier focus-group n'a pas pu être enregistré, et son analyse s'est basée principalement sur la prise de note réalisée pendant l'entrevue, ainsi que sur des annotations ajoutées au discours, ce qui a pu entraîner un biais potentiel de mémorisation. Elles ont toutefois été écrites dans les heures qui ont suivi l'entretien pour le limiter.

### 2.2.4 Biais d'interprétation

L'ensemble des transcriptions n'a pu bénéficier d'une double analyse. Une triangulation des données sur l'intégralité des verbatims aurait pu limiter le biais d'interprétation et renforcer la validité interne de notre travail.

## Conclusion

---

Notre étude a souhaité étudier la manière dont les médecins généralistes bas-normands évaluent le risque de mésusage et de dépendance lorsqu'ils prescrivent des antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses.

Il ressort de notre analyse que les praticiens se disent peu sensibilisés à ce risque qu'ils estiment peu fréquent et moins prioritaire que pour d'autres médicaments, comme les benzodiazépines et apparentés. Par ailleurs, ils considèrent manquer d'alternatives thérapeutiques, et leur objectif premier reste le soulagement de la douleur.

Les médecins connaissent les facteurs de risque de développer un trouble de l'usage mais ils ne les évaluent pas de manière systématique à l'instauration, s'appuyant davantage sur leur connaissance du patient et de ses antécédents addictologiques.

Les médecins remplaçants, eux, font le double constat de l'intérêt de leur regard neuf sur une situation clinique et thérapeutique pour mettre en lumière des situations de mésusage ou de dépendance, mais du handicap que représente leur statut pour pouvoir agir en conséquence.

Enfin, les médecins généralistes décrivent plusieurs facteurs de réassurance en lien avec les prescriptions : une durée courte, l'efficacité du traitement, la justification par rapport à l'intensité de la douleur, le caractère temporaire en attente d'une chirurgie, la sécurisation des ordonnances pour les paliers 3 et le rôle des pharmaciens dans la surveillance du mésusage. Ils étaient également rassurés et satisfaits de l'arrêt de la vente libre en 2017 pour les opioïdes de paliers 2.

Différentes solutions pour améliorer l'évaluation du risque addictologique des opioïdes de prescription ont été proposées. Certaines étaient plébiscitées, notamment le renforcement de la sensibilisation des médecins et des patients sur le sujet, ce qui nécessite également de développer le RPIB concernant les conduites addictives en médecine ambulatoire. D'autres propositions recevaient un accueil plus mitigé, comme l'utilisation d'échelles telles que l'ORT pour systématiser l'évaluation des facteurs de risque ou l'instauration de la sécurisation des ordonnances pour les paliers 2. Enfin, les médecins généralistes saluaient les prises en charge non médicamenteuses, comme la kinésithérapie ou l'hypnothérapie, pour limiter le recours aux opioïdes et leurs effets secondaires.



# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Prescrire. Antalgiques opioïdes « forts » en France. 2017;(406):629.
2. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf)
3. Chevalier C, Nguyen A. Approche globale du traitement de substitution aux opioïdes. Actual Pharm. 2017;56(569):23-30.
4. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. Rev Médecine Interne. 2017;38(8):539-46.
5. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 2002;15(1):71-9.
6. Letrilliart L. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 2014;Exercer;114:148-57.
7. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale: résultats issus de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. 2015.
8. OFMA. Prévalence de la douleur chronique avec ou sans caractéristiques neuropathiques en France. [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/publi/prevalence-de-la-douleur-chronique-avec-ou-sans-caracteristiques-neuropathiques-en-france/>
9. Dubois E. Morphine et médecins généralistes : résultats d'une enquête dans le Calvados. [Internet] [Thèse d'exercice]. 2013 [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/483095/>
10. Adam F. Mauvais usage des morphiniques en analgésie [Internet]. 2017 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.normandie-univ.fr/science/article/pii/S1279796017300025>
11. SFETD. Livre blanc de la douleur [Internet]. 2017 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre\\_blanc-2017-10-24.pdf](https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf)
12. Prescrire. Dépendance aux médicaments opioïdes aux Etats-Unis : une énorme épidémie mortelle par surdose. 2017;(406):622-9.
13. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality. Eur J Pain. 2019;23(1):124-34.
14. ANSM. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. 2019 [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Antalgiques-opioides-l-ANSM-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-France-Point-d-Information/\(langue\)/fre-FR](https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Antalgiques-opioides-l-ANSM-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-France-Point-d-Information/(langue)/fre-FR)

15. Roussin A, Bouyssi A, Pouché L, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Misuse and Dependence on Non-Prescription Codeine Analgesics or Sedative H1 Antihistamines by Adults: A Cross-Sectional Investigation in France. PLOS ONE. 2013;8(10):e76499.
16. Prescrire. Codéine et autres opioïdes : dispensation uniquement sur prescription en France. 2017;(407):663.
17. Eiden C, Ginies P, Nogue E, Damdjy Y, Picot M-C, Donnadieu-Rigole H, et al. Évaluation de l'addiction aux antalgiques opioïdes dans une population de patients douloureux chroniques non cancéreux et pris en charge dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), via le questionnaire sur les troubles liés à l'usage de substances du DSM-V. *Thérapie*. 2017;72(1):169-70.
18. ANSM. Résultats de l'enquête DRAMES 2017 [Internet]. 2019 [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/6d3b20150fdf3c980805abf5a27e2f02.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d3b20150fdf3c980805abf5a27e2f02.pdf)
19. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte [Internet]. 2016 [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos\\_opioides\\_forts\\_sfetd\\_version\\_longue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf)
20. Tournebize J, Gibaja V, Muszczak A. Are physicians safely prescribing opioids for chronic non cancer pain? A systematic review of current evidence. *Pain Pract*. 2014;
21. Serra É, Marchand F, Mimassi N, Ganry H. Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2014;172(4):323-9.
22. Muszczak A. Enquête sur les pratiques de prescription d'opiacés des médecins généralistes, dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses : à propos d'une étude de faisabilité dans le Grand-Est [Thèse d'exercice]. 2015 [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_T\\_2015\\_MUSZCZAK\\_AMANDINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2015_MUSZCZAK_AMANDINE.pdf)
23. Chane Woon Ming K. La morphine, le médecin généraliste et les douleurs chroniques non cancéreuses : à propos d'une étude auprès des Maîtres de stage de la Gironde [Thèse d'exercice]. 2011.
24. Martiné-Fabre G. Les morphiniques dans la douleur chronique non cancéreuse : évaluation de la prescription par les médecins généralistes du Limousin [Thèse d'exercice]. 2015.
25. Cornu P. Evaluation de l'utilisation des morphiniques par les médecins généralistes en libéral [Thèse d'exercice]. 2013.
26. Puel Saleh C. La relation médecin généraliste-patient douloureux chronique: les difficultés ressenties par les médecins et leurs stratégies pour continuer à avancer [Thèse d'exercice]. 2012.
27. Verfaillie F. Le médecin généraliste, le patient, la fibromyalgie: caractéristiques de la relation médecin-patient : à partir d'une enquête d'opinion auprès de 68 patients atteints de fibromyalgie et de 51 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. 2007.
28. Stein V, Dorner T, Ilias W, Rieder A. Chronic pain patients and their expectations towards physician care. Results from the Austrian Patient Report. *Schmerz Berl Ger*. 2010;24:468-73.



29. DGOS. Normandie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/normandie>
30. Mimassi N, Marchand F, Ganry H. Représentations mentales et comportements précédant la prescription d’opioïdes forts. Une enquête réalisée dans le département du Finistère auprès de 114 médecins généralistes et spécialistes. *Douleur Analgésie*. 2012;25.
31. Barres C. Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts : vision croisée des patients et des infirmiers. Les patients [Internet] [Thèse d’exercice]. 2018 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01993104>
32. Collignon M. Repérage des conduites addictives en médecine générale: ce qu’en pensent les patients [Thèse d’exercice]. 2013.
33. Sabatier L. Formation de médecins généralistes au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) en Languedoc-Roussillon: impact sur leurs perceptions et attitudes [Thèse d’exercice]. 2015.
34. Naimi Y. Représentations et vécu du médecin généraliste face à un patient dépendant aux opiacés : enquête qualitative dans le bassin chaunois [Thèse d’exercice]. 2014.
35. Collège National de Pharmacologie. Benzodiazépines [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines>
36. Althabegoïty A, Shadili G. Pharmacodépendance induite par une prescription de traitement opiacé au long cours : réflexion autour de deux cas. *Inf Psychiatr*. 2018;Volume 94(10):841-9.
37. ANSM. Résultats de l’enquête OPEMA 2015 [Internet]. 2017 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/35a014582bde6b6180a222dd1cbc3571.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/35a014582bde6b6180a222dd1cbc3571.pdf)
38. OFDT. Décès par surdose en France [Internet]. 2016 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2016/deces-par-surdose-en-france/>
39. CPAM. Rosp médecin traitant de l’adulte [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
40. Bouhamidi L. Analyse rétrospective du sevrage hospitalier en opioïdes forts chez les patients atteints de douleurs chroniques [Thèse d’exercice]. 2018.
41. Demouveau A. Sevrage en benzodiazépines des patients âgés en médecine générale : utopie ou réalité ? [Thèse d’exercice]. 2017.
42. Peluffe-Valminos H. Le rôle du pharmacien d’officine dans le mésusage et la dépendance aux médicaments codéinés [Thèse d’exercice]. 2017.
43. ANSM. Outils de surveillance et d’évaluation - Résultats d’enquêtes [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/5#paragraphe\\_54417](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5#paragraphe_54417)

44. Konzelmann C. Perceptions et représentations du médecin généraliste remplaçant par le patient : étude qualitative [Thèse d'exercice]. 2017.
45. Juste S. Perception du médecin remplaçant en médecine générale par le patient et son évolution au cours des vingt dernières années [Thèse d'exercice]. 2015.
46. D'Amore A. L'image actuelle du médecin généraliste: étude quantitative auprès des patients du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. 2017.
47. Ortega E. Vécu et pratiques des médecins généralistes concernant l'information médicale délivrée au patient lors du colloque singulier [Thèse d'exercice]. 2018.
48. Drain M. Impact d'une campagne d'information sur la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les parents des enfants nés prématurés au CHRU de Lille [Thèse d'exercice]. 2017.
49. Laude C. Evaluation de l'impact d'une campagne d'information sur l'AVC dans le Rhône sur le nombre d'appels au 15 entre septembre 2014 et octobre 2015 : étude ReACT [Thèse d'exercice]. 2016.
50. Pouchain D, Gay B, Bouvenot G, Huas D. Echelle d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? 2002;
51. Audran F. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale : revue de littérature [Thèse d'exercice]. 2016.
52. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted Melanoma Prevention Intervention: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 20 janv 2014;12:21-8.
53. CPAM. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. 2019 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
54. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Quest D'économie Santé* [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>
55. ANSM. TRAMADOL : une mesure pour limiter le mésusage en France [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/afssaps/S-informer/Actualite/TRAMADOL-une-mesure-pour-limiter-le-mesusage-en-France-Point-d-information>
56. Haller P-H. Douleurs chroniques et kinésithérapie : D'une douleur l'autre. *Kinésithérapie Rev*. 2009;9(85):27-9.
57. Jensen M, Patterson DR. Hypnotic Treatment of Chronic Pain. *J Behav Med*. 2006;29(1):95-124.
58. Michard G. La prise en charge de la douleur chronique par l'hypnose [Thèse d'exercice]. 2016.
59. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Cairn. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

# ANNEXE 1

Les 11 critères du trouble de l'usage des substances du DSM-V

<b>L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative, se manifestant par au moins 2 des signes suivants :</b>	Non	Oui
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue.		
2. Il existe un désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.		
3. Beaucoup de temps est passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.		
4. Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5. L'usage répété de la substance aboutit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.		
6. L'usage de la substance est poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.		
7. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.		
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9. L'usage de la substance est poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.		
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés. - Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance.		
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance. - La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage		

Chaque réponse « oui » cote 1 point. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : Absence de trouble de l'usage

Score de 2 à 3 : Trouble de l'usage léger

Score de 4 à 5 : Trouble de l'usage modéré

Score ≥ 6 : Trouble de l'usage sévère

## ANNEXE 2

---

### Guide d'entretien

Mon sujet porte sur la prescription des antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses en médecine générale. Je m'intéresse à la gestion du risque de mésusage et de dépendance inhérent à ces traitements.

#### CONTEXTE ACTUEL

- [Résumé de la crise des opioïdes aux Etats-Unis]. Que pensez-vous de ce problème en France ?
- Que pensez-vous de l'arrêt de la vente libre de la codéine en 2017 en France ?

#### PRESCRIPTION DES OPIOIDES

- Quelle est votre expérience personnelle concernant la prescription des opioïdes ?  
*(Aborder types d'indication, molécules, fréquence de prescription opioïdes faibles/forts)*
- Quelles hésitations ou craintes pourriez-vous avoir à prescrire des opioïdes ?
- Comment se passent les renouvellements en pratique ?  
*(Aborder recherche de mésusage, signes de sevrage, tolérance médicamenteuse, efficacité, étiologie précise de la douleur...)*
- Avez-vous déjà adressé un patient à un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ? Dans quelles situations faites-vous appel à eux ?

#### RISQUE DE MESUSAGE ET/OU DE DEPENDANCE

- Dans quelles situations évaluez-vous le risque de mésusage des antalgiques opioïdes ?  
*(Avant chaque prescription ? Pour certains patients ? Pour certains opioïdes ?)*
- Comment évaluez-vous ce risque de mésusage ou de dépendance ?
- Avez-vous déjà été confronté à une situation de mésusage ou de dépendance à un antalgique opioïde chez un de vos patients ? Comment l'avez-vous abordée ?
- Avez-vous déjà adressé un de vos patients en addictologie pour un mésusage ou une dépendance à un de ses antalgiques opioïdes ?

### PERSPECTIVE D'AMELIORATION

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en compte du risque de mésusage et de dépendance lors de la prescription des antalgiques opioïdes ?

[Explications ORT] Pensez-vous que l'ORT pourrait vous être utile en pratique au quotidien ?

### DEMOGRAPHIE

Homme ou femme

Classe d'âge : < 40 ans, 40-50 ans, > 50 ans

Localisation : rurale, semi-rurale, urbaine

Formation en addictologie ou prise en charge de la douleur

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : DAULNE Anaële

**TITRE DE LA THÈSE : EVALUATION DU RISQUE DE MESUSAGE ET DE DEPENDANCE LORS DE LA PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES OPIOIDES POUR DES DOULEURS CHRONIQUES NON CANCEREUSES : Etude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE** :

**Introduction** : La dépendance aux opioïdes de prescription est un problème majeur de santé publique aux Etats-Unis aujourd'hui. En France, ce phénomène est plus discret mais l'augmentation des prescriptions ces dernières années incite à la vigilance. L'objectif de notre étude est d'évaluer la façon dont les médecins généralistes (MG), premiers prescripteurs d'opiacés, prennent en compte le risque de mésusage et de dépendance lorsqu'ils prescrivent ces antalgiques pour des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC).

**Méthode** : Une étude qualitative auprès de MG a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs, individuels et de groupes, suivis d'une analyse thématique.

**Résultats** : Le témoignage des 12 MG bas-normands a révélé l'absence d'évaluation systématisée du risque addictologique lors de la prescription d'un antalgique opioïde, malgré la bonne connaissance des facteurs de risque. La dépendance ne figurait pas dans l'information donnée aux patients sur les effets secondaires potentiels. Les MG étaient rassurés par des prescriptions courtes, temporaires, justifiées, efficaces et sécurisées. Les pistes d'amélioration proposées étaient l'information systématique du patient du risque de dépendance, l'utilisation des outils de dépistage existants et la diminution des prescriptions en recentrant les indications et en majorant les alternatives thérapeutiques non médicamenteuses comme la kinésithérapie ou l'hypnose.

**Discussion** : La formation des MG au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève est souhaitable pour améliorer l'évaluation du risque addictologique lors de la prescription d'un opioïde pour des DCNC.

**MOTS-CLÉS** : Opioïde de prescription, Mésusage, Dépendance, Douleur chronique non cancéreuse, Médecine générale, Etude qualitative

**TITLE : PRESCRIPTION OPIOID MISUSE AND ABUSE IN CHRONIC NON-CANCER PAIN : Qualitative study of general practitioners' perception of risk assessment**

**ABSTRACT** :

**Introduction** : Opioid addiction is a growing crisis in the United States, making it a leading cause of injury-related deaths. Although there are safeguards in place in the French healthcare system that have prevented a similar opioid crisis, France has seen an increase in the use of prescription opioids over the last few years that raises concerns and calls for vigilance. The objective of this study was to explore the way general practitioners (GP) assess the risk of opioid abuse when opioids are prescribed for treatment of chronic non-cancer pain.

**Methods** : Semi-structured interviews and focus-groups were conducted and then analysed by thematic analysis.

**Results** : GPs do know the risk factors leading to opioid abuse but don't use standardized tools to assess them and don't mention dependence as a potential side effect. Limited, controlled and legitimate prescriptions tended to reassure GPs. They thought that opioid risk assessment tools should be used more often and that patients would benefit from education on opioid abuse. Furthermore, a decrease in opioid prescriptions thanks to non-drug pain treatments could be a good strategy to prevent opioid misuse.

**Discussion** : GPs' perception of opioid risk assessment could be improved with training in early detection and intervention for addiction issues.

**KEY WORDS** : Prescription opioids, Misuse, Dependence, Chronic non-cancer pain, General practice, Qualitative study