Perceptions et difficultés de prescription des opioïdes par les médecins généralistes dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Étude qualitative en Loire-Atlantique et Vendée

Erika Bertrand Martin, Céline Pasquier

▶ **To cite this version:**

Erika Bertrand Martin, Céline Pasquier. Perceptions et difficultés de prescription des opioïdes par les médecins généralistes dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Étude qualitative en Loire-Atlantique et Vendée. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03658498

HAL Id: dumas-03658498

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03658498

Submitted on 4 May 2022

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.

Nantes Université

→ **Bibliothèques universitaires**

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

Service Commun de la Documentation
Chemin la censive du Tertre - BP 32211
44322 Nantes cedex 3

www.bu.univ-nantes.fr

UNIVERSITÉ DE NANTES

——

FACULTÉ DE MÉDECINE

——

Année 2022 N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

BERTRAND MARTIN Erika

PASQUIER Céline

——

Présentée et soutenue publiquement le 1er mars 2022

——

PERCEPTIONS ET DIFFICULTÉS DE PRESCRIPTION DES OPIOÏDES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES DOULEURS CHRONIQUES NON CANCÉREUSES.

ÉTUDE QUALITATIVE EN LOIRE ATLANTIQUE ET VENDÉE

——

Président : Monsieur le Professeur NIZARD Julien

Directeur de thèse : Madame le Docteur MOSSER Élisabeth

Remerciements communs

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Nous sommes très honorées que vous ayez accepté de présider ce jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

À notre directrice de thèse :

Madame le Docteur Elisabeth MOSSER

Merci d'avoir travaillé sur ce projet avec nous. Merci pour tes conseils pertinents, ton soutien. Nous te sommes très reconnaissantes d'avoir dirigé notre travail.

Aux membres du jury :

Monsieur le Docteur Jean Pascal FOURNIER

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger parmi les membres de ce jury ainsi que de votre engagement dans la formation auprès des internes de médecine générale de l'université de Nantes.

Madame la Professeure Caroline VIGNEAU VICTORRI

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu lui porter.

Merci à *l'ensemble des médecins* qui ont participé à notre étude. Merci pour le temps que vous nous avez consacré et votre partage d'expérience.

Merci *à tous nos proches* pour leurs conseils et leurs relectures de notre travail. Une dédicace toute particulière à Camille.

Remerciements Céline

À ma co-thésarde **Erika**, quelle aventure nous avons vécue ensemble ! Merci pour ton dynamisme et ta joie de vivre qui nous a permis de travailler cette thèse toujours avec le sourire. La Team Capricorne ! 😊

À **Axel**, merci d'être la personne extraordinaire qui partage ma vie. Merci de ton soutien, ton sourire freedent et ta bonne humeur depuis tant d'années. Merci pour tous les merveilleux moments passés et à venir avec toi.

À mes parents **Véronique et Emmanuel**, sans qui je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir accompagnée et soutenue dans ma vie et dans ce long parcours que sont les études de médecine.

À ma sœur **Charlotte** et à mon frère **Thomas**, ainsi qu'à mon beau-frère **Julien** : merci pour les moments partagés en famille. Du bon vin et des sujets polémiques, on adore !

À ma belle-famille : **Catherine, Christophe et Ulysse**, merci pour ces bons moments passés en votre compagnie, et pour ceux à venir.

À **mes amis de cœur** : Laure, Caro, Clo, Léna, Ninis, Cécile, Agathe, PB, Côme, Breti, Coto, Lolo, Timo, Marco, Jarny, Pierrot, Bapt. Mes fidèles compagnons de vie, de fêtes et de vacances. Merci pour les fous rires, les bons vins, les bons repas et tous les autres moments qui nous sont si précieux. Merci de votre joie de vivre qui nous met à tous, des tournesols dans les yeux et dans le cœur.

À **mes amis d'externat** : Alisson, Flavien, Jean, Harbor, Saf... parce que malgré la distance on arrive toujours à se voir avec autant de plaisir. Je suis heureuse d'avoir partagé mes études avec vous, entre les tables de la BU et les terrasses des bars on a bien rigolé ! Je suis plus heureuse encore de vous avoir toujours, de près ou de loin, à mes côtés.

À **mes amis d'internat** : Louise, Ulysse, Sarah, Jade, Camille, Anne Sophie, Quentin... je suis heureuse de vous avoir rencontrés durant les différents stages. On a bien ri entre les pauses café au travail et les verres le soir, et on va encore rire ensemble j'en suis sûre.

À **tous les professionnels de santé** rencontrés tout au long de ma formation, merci pour votre apprentissage, qui m'a permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui.

À **Barnhus** : mon beau chat qui nous a laissées travailler tranquillement notre thèse avec Erika.

Remerciements Erika

À **Céline**, ma co-thésarde, pour ta motivation et ton enthousiasme, ce fut un plaisir de travailler avec toi. La Team Capricorne ! 😊

À **Kévin**, mon mari qui partage ma vie. Tu es à mes côtés depuis le tout début, tu as cru en moi, ton appui m'est indispensable. Merci pour tous ces moments de joie, ces projets réalisés et les futurs à venir. À **Marceau**, tu nous combles de bonheur, je suis fière d'être ta maman. Je te souhaite une vie épanouie.

À mes parents **Cécile** et **Thierry** qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue dans ma vie et tout au long de mes années d'études.

À mes frères **Camille** et **Fabien**, merci pour tous ces beaux moments passés ensemble et pour tous les prochains à venir. Merci pour votre soutien, je suis fière de vous et de ce que vous êtes devenus. Je remercie également Tiphaine (future grande écrivaine) pour ta joie de vivre et l'aide pour la relecture de notre thèse.

Aux Martins, **Véronique, Patrice, Marie et Charly**, ma deuxième famille, merci pour leur soutien et tous les moments passés ensemble.

À **mes amis de la Tour :** Camille, Élodie, Lucie, Marjo, Mélanie merci pour ces belles soirées à danser, rire, chanter, ces moments de confidences. Brice, Romain, Simon, Valentin merci pour ces fous rires, ces soirées jusqu'au petit matin à déguster du bon vin.

À Violaine, une belle amitié qui est née il y a quelques années, merci pour tous les moments partagés ensemble, nos vacances aux soleils, nos soirées à discuter, nos séances de sport.

À **mes amis de « Chem » :** Léa, Mel, Momo, Mathilde, Bibi, Chavi, Flav, Seb, Touz : des amis de longue date avec qui j'ai grandi. Merci pour tous ces instants de bonheur partagés, et ceux à venir.

À **mes amis de l'externat** : Louise Juliette Charline Marina et Olivier merci pour toutes ces soirées de folie jusqu'au bout de la nuit qui m'ont aidé à surmonter les heures de révisions, les pauses café et les délicieux repas à la BU.

À mes amis d'internat : Louise, Quentin, la team des urgences, de Saint-Nazaire et tous ceux que j'ai connus pendant mon internat, merci pour le soutien, les pauses café en stage, les debriefs autour d'un ou plusieurs verres, et évidemment tous les bons moments en dehors des hôpitaux et cabinets.

Aux **« baby doctors »**, merci pour l'aide et la réassurance apportées lors des remplacements ainsi que pour ces repas pas toujours très studieux.

Merci à tous les médecins qui ont participé à ma formation. Depuis ma faculté angevine à mon internat nantais, j'ai multiplié les rencontres riches en apprentissages. Merci de m'avoir transmis votre intérêt et votre expérience de la médecine.

Glossaire

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CEIP-A : Centres d'Évaluation et d'Information sur le Pharmacodépendance-Addictovigilance

CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DCNC : Douleurs Chroniques Non Cancéreuses

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OFMA : Observatoire Français des Médicaments Antalgiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSIAP : Ordonnances Suspectes — Indicateurs d'Abus Possible

RESPADD : Réseau de Prévention des Addictions

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SDC : Structures de lutte contre la Douleur Chronique

SFETD : Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

Sommaire

Glossaire **5**
I. Introduction **8**
II. Matériel et Méthode **10**
A. Objectifs de l'étude 10
B. Le choix de la méthodologie et sa justification 10
1. Type de l'étude : la recherche qualitative 10
2. L'entretien individuel semi-dirigé 10
3. La saturation des données 10
4. L'analyse 10
C. La méthode en pratique 11
1. La recherche documentaire : 11
2. L'élaboration du guide d'entretien 11
3. L'échantillon 11
4. Le déroulement des entretiens 11
5. La retranscription et l'analyse des données 12
III. Résultats **13**
A. Approche quantitative de l'échantillon 13
B. Usages et perceptions des traitements opioïdes par les médecins généralistes dans la douleur chronique non cancéreuse 13
1. Les situations cliniques évoquées 13
2. Habitudes de prescription 13
3. Évaluation de la douleur : 16
4. Relation médecin/malade 17
5. Éducation thérapeutique/Information du patient 18
6. Ressenti/Avis du médecin vis-à-vis de la prescription d'opioïdes 19
C. Perception de la douleur chronique par le médecin 21
1. Ressenti du médecin vis-à-vis de la douleur chronique : 21
2. Ressenti du médecin vis-à-vis du retentissement de la douleur chronique sur les patients 21
D. Les difficultés et freins rencontrés par les médecins généralistes 24
1. Liés à la maladie 24
2. Liés au traitement 26
3. Liés à la relation médecin malade 29
E. Mésusage : perceptions et recours en cas de difficultés 32

1. Avis du médecin sur le mésusage : 32
2. Situations cliniques évoquées 34
3. Évaluation du risque de mésusage 35
4. Outils pour évaluer et limiter le risque de mésusage : 36
F. Prise en charge globale de la douleur chronique 37
1. Approche pluriprofessionnelle 37
2. Approches médicamenteuses hors opioïdes 42
3. Approches non médicamenteuses 43
4. Ressources utilisées 44
5. Outils proposés par les médecins pour une meilleure prise en charge : 45
IV. Discussion 46
A. Validité de l'étude : forces et limites 46
1. Les forces de l'étude: 46
2. Les limites de l'étude : 46
B. Résultats 47
V. Conclusion 54
VI. Références bibliographiques 55
Annexe 1 : Guide d'entretien 60
Annexe 2 : Codage de l'analyse 62
Annexe 3 : Échantillon de la population 64
Annexe 4 : Échelle HADs 65
Annexe 5 : Echelle Opioïd Risk Tool 66
Annexe 6 : Echelle Prescription Opioïd Misuse Index 67

I. Introduction

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». On parle de douleur chronique lorsque celle-ci dure plus de trois mois malgré un traitement initial bien conduit. On peut considérer le syndrome douloureux chronique comme une maladie en soi. Il s'agit en effet d'un « syndrome multidimensionnel » qui intègre alors des composantes sensorielles, mais aussi psychologiques, comportementales et socioculturelles, et altère la qualité de vie des patients. Une évaluation multidimensionnelle et une prise en charge multidisciplinaire sont essentielles et basées sur le modèle « biopsychosocial » (1,2).

En France**,** la douleur chronique concerne 20 à 30 % de la population. Elle est le premier motif de consultation en médecine générale et représente 43 % des consultations, dont un quart pour une douleur chronique non-cancéreuse (DCNC) (2,3). Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental en France, depuis la loi du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le Code de la santé publique**,** article L1110-5 que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (4).

Il existe différentes molécules pour prendre en charge la douleur, dont les opioïdes. On appelle opioïde toute substance d'origine naturelle (MORPHINE, CODEINE), semi-synthétique (HEROIDE, OXYCODONE) ou synthétique (METHADONE, BUPRENORPHINE, TRAMADOL, FENTANYL) activant les récepteurs opioïdes dans le système nerveux central (5). On distingue deux types d'opioïdes : les antalgiques opioïdes faibles qui entrent dans la catégorie des antalgiques de palier 2 de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les antalgiques opioïdes forts qui correspondent au palier 3. Les principaux antalgiques consommés en France sont la CODEINE et le TRAMADOL (opioïdes faibles) ainsi que la MORPHINE, l'OXYCODONE et le FENTANYL (opioïdes forts).

Trois plans nationaux successifs ont permis l'amélioration de la prise en charge de la douleur entre 1998 et 2010, avec notamment l'ouverture de nombreuses Structures de lutte contre la Douleur Chronique (SDC). En 1994, un rapport a mis en évidence une sous-utilisation des opioïdes dans le cadre de la douleur chronique (6). Les indications de prescription des opioïdes forts se sont depuis élargies aux DCNC en rhumatologie, grâce aux recommandations de Limoges publiées en 1999 et réévaluées en 2010. En 2016, la Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD) publie des recommandations de pratique, plus vastes, sur l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses (7).

Les prescriptions d'antalgiques opioïdes sont majoritairement réalisées par les médecins généralistes, à plus de 85 % (86 % des opioïdes faibles et 88 % des opioïdes forts). En 2015, 17,1 % des Français ont bénéficié du remboursement d'antalgiques opioïdes. Chez 9 patients sur 10, un traitement antalgique opioïde est prescrit pour une douleur non cancéreuse (8). Pourtant les praticiens se retrouvent face à des difficultés de prescription mises en évidence par différents travaux de thèses. Plusieurs freins ont été décrits, comme l'indication des opioïdes, leurs maniements, leurs effets secondaires, le risque de dépendance... La relation médecin-patient dans la douleur chronique est également décrite comme complexe (9,10).

Entre 2006 et 2017, la consommation d'opioïdes forts a augmenté de 150 % tandis que celle des opioïdes faibles est restée stable. Cette stabilisation s'explique par l'arrêt de la commercialisation en 2011 de l'association Dextropropoxyphène/Paracétamol, aussi connu sous le nom de DI ANTALVIC. En parallèle, la consommation de TRAMADOL a augmenté de

68 % en ville entre 2006 et 2017 et celle de la CODEINE de 84 % entre 2006 et 2014 avant de chuter de 30 % entre 2016 et 2017 suite à sa prescription rendue obligatoire. L'utilisation des antalgiques « opioïdes faibles » reste nettement supérieure à celle des antalgiques « opioïdes forts » (8,11).

Les réseaux de surveillance internationaux, et notamment en Amérique du Nord, font état d'une explosion des mésusages, des addictions aux antalgiques opioïdes et des décès liés aux mésusages des opioïdes. On parle de « crise des opioïdes ».

En France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a observé une augmentation du mésusage des opioïdes. D'après le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux 5 (DSM 5), le mésusage est défini comme une conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance. Au sein des mésusages, la Classification Internationale des Maladies (CIM) distingue : l'usage à risque, l'usage nocif, et l'usage avec dépendance (12).

D'après l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA), les hospitalisations pour overdoses d'opioïdes ont augmenté de 167 % entre 2000 et 2017 et les décès liés aux overdoses ont significativement augmenté de 146 % entre 2000 et 2015, avec un minimum de 4 décès par semaine (13,14). Certes, il y a une augmentation, mais les chiffres sont beaucoup moins alarmants qu'aux États-Unis.

Face à cette situation, la SFETD en 2019 demande aux prescripteurs une certaine vigilance et une éducation des patients. Les opiacés doivent être utilisés à bon escient pour les douleurs de modérées à sévères. Il faut tracer les prescriptions et identifier les situations à risque de mésusage (2).

Durant nos différents remplacements en tant que médecins généralistes en libéral, nous avons été confrontées à des difficultés de prescriptions d'opioïdes lors de consultations en lien avec des douleurs chroniques. La prise en charge des douleurs chroniques secondaires liées à des cancers est bien codifiée et le but est de soulager avec un souci moindre des effets au long terme et une composante nociceptive ou neuropathique bien identifiée répondant volontiers à une prise en charge médicamenteuse adaptée. C'est pourquoi nous les avons écartées de notre étude pour nous concentrer sur les DCNC. Nous avons voulu faire un état des lieux sur les pratiques de prescription des opioïdes et les difficultés rencontrées par nos confrères. De plus, face à l'augmentation de la consommation de ces médicaments et du nombre croissant de mésusages en France, nous avons voulu connaître le point de vue des médecins sur ce sujet.

L'objectif principal de cette thèse est donc d'explorer les perceptions et difficultés de prescription des opioïdes rencontrées par des médecins généralistes en Loire Atlantique et Vendée dans le cadre de douleurs chroniques non-cancéreuses. L'objectif secondaire de cette thèse est d'explorer le point de vue du médecin généraliste vis-à-vis du mésusage des opioïdes.

II. Matériel et Méthode

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'explorer les perceptions et difficultés de prescription des opioïdes dans le cadre de douleurs chroniques non-cancéreuses chez l'adulte, par les médecins généralistes en Loire Atlantique et Vendée.

L'objectif secondaire est d'explorer le point de vue du médecin généraliste vis-à-vis du mésusage des opioïdes.

B. Le choix de la méthodologie et sa justification

1. Type de l'étude : la recherche qualitative

Pour la réalisation de notre étude, nous avons choisi la méthode qualitative qui permet d'étudier les comportements, les vécus et les ressentis des sujets interrogés, contrairement à l'étude quantitative qui permet surtout de chiffrer et de déduire des statistiques. Cette méthode a pour but de décrire et d'interpréter pour mieux comprendre. Notre objectif étant d'étudier les perceptions et difficultés des médecins généralistes, dans le traitement de la douleur chronique non-cancéreuse, cette méthode nous a paru la plus adaptée, car elle permet d'explorer au mieux les opinions, les expériences et les représentations personnelles de chaque médecin (15,16).

2. L'entretien individuel semi-dirigé

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels et semi-dirigés. Ce type d'entretien est le plus approprié, car il permet de structurer les échanges à travers des questions générales et ouvertes, tout en laissant une grande liberté de réponse aux participants. Il permet également d'obtenir des pistes de compréhension et d'exploration auxquelles l'investigateur n'aurait pas pensé et permet également à l'investigateur de relancer la personne qui est questionnée si besoin (17).

3. La saturation des données

L'étude a été réalisée jusqu'à la saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce que les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau (17).

4. L'analyse

L'analyse a été réalisée à partir des retranscriptions des entretiens. L'analyse des verbatims a été faite selon le principe de la théorie ancrée, c'est à dire sans hypothèse a priori, qui est la méthode de référence de la recherche qualitative. C'est une méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir de données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de comparaison constante des données recueillies (18).

C. La méthode en pratique

1. La recherche documentaire :

La recherche bibliographique a été réalisée grâce à plusieurs moteurs de recherche (Pubmed, Google scholar, le SUDOC, Cismef, Google, Doocteurs, EM premium, Cairn). Les mots-clés utilisés étaient les suivants : « antalgiques opioïdes » ; « opioïdes » ; « douleur chronique » ; « douleur chronique non-cancéreuse » ; « médecine générale » ; « effets secondaires opioïdes » ; « mésusage » ; « dépendance » ; « retentissement douleur chronique ». Nous nous sommes aidées des recommandations de la SFETD. Nous avons été également particulièrement attentives, à la bibliographie des articles sélectionnés. Une première analyse bibliographique a été réalisée au début de l'étude, puis une seconde après l'analyse des entretiens.

2. L'élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été réalisé par nos soins avec l'aide de notre directrice de thèse. Il nous a permis d'aborder les différents thèmes souhaités à l'aide de questions ouvertes. Cinq grands thèmes ont été définis :

- Thème 1 : Indications, contexte de prescription des opioïdes
- Thème 2 : Freins et difficultés
- Thème 3 : Mésusage
- Thème 4 : Compétences et ressources
- Thème 5 : Prise en charge globale et contexte biopsychosocial du patient présentant une douleur chronique.

Pour chaque thème, deux ou trois questions étaient posées. Des questions de relance ont été prévues afin d'approfondir les thèmes. Toutes les questions n'étaient pas forcement posées.

Nous avons réalisé chacune de notre côté, deux entretiens « test » avec le guide d'entretien initial, pour nous assurer de la bonne compréhension des questions. Suite à ces quatre entretiens, nous avons effectué des reformulations ainsi que des ajouts afin de le rendre plus complet. Ces entretiens n'ont pas été utilisés dans notre étude. Nous avons réalisé nos entretiens individuellement avec chaque participant.

3. L'échantillon

Les médecins ont été recrutés par relation de proximité puis selon la méthode indirecte de proche en proche ou « échantillonnage selon la technique de la boule-de-neige ». (19) Tout en restant attentives à l'âge, au sexe, au lieu d'exercice et au mode d'exercice, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible des médecins généralistes en Loire-Atlantique et Vendée (20).

4. Le déroulement des entretiens

Quinze entretiens ont été réalisés entre février 2021 et juillet 2021. Initialement les entretiens devaient être réalisés en présentiel, sur le lieu de travail des médecins interviewés. Néanmoins, avec le contexte sanitaire en lien avec la COVID 19, certains entretiens ont dû être réalisés en visio.

Avant chaque entretien, le sujet de notre étude a été expliqué au participant et un recueil de consentement oral a été fait. Nous leur avons également demandé de remplir un court questionnaire afin de recueillir une approche quantitative de l'échantillon. L'entretien a été enregistré à l'aide d'une application dictaphone sur smartphone. La durée des entretiens n'était pas prédéfinie, ils ont duré entre 22 minutes pour le plus court et 53 minutes pour le plus long. Le guide d'entretien nous a servi de support, mais les thèmes n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre prédéfini. Certains sujets ont été évoqués par des médecins et nous avons décidé de les développer avec eux, au vu de leur pertinence pour l'étude. L'utilisation de reformulations a permis de faire valider la bonne compréhension des idées énoncées, mais également d'apporter des explications complémentaires.

Après obtention de la saturation des données, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer cette saturation et donc arrêter le recrutement.

5. La retranscription et l'analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit, par nos soins, de façon anonyme, sur un logiciel de traitement de texte. La retranscription a été la plus fidèle possible, en respectant le « langage parlé », afin d'être au plus proche du ressenti de la personne interviewée.

Le codage des verbatims a été effectué séparément par chacune de nous, avant une mise en commun via un tableau EXCEL. Nous avons choisi d'utiliser EXCEL, car les logiciels dédiés au codage pour l'analyse qualitative sont onéreux et décrits comme complexes.

Les verbatims ont été regroupés en thèmes puis en sous-thèmes afin de répondre à la question de recherche de notre étude. Après avoir codé plusieurs entretiens, de nouveaux concepts sont apparus au fur et à mesure des lectures. Nous avons donc effectué une seconde lecture de tous les entretiens. L'analyse a été réalisée par nous deux, de façon verticale, entretien par entretien, puis de façon horizontale par thèmes et sous thèmes (Annexe 2).

III. Résultats

A. Approche quantitative de l'échantillon

L'échantillon était composé de sept femmes et huit hommes, âgés de 30 ans à 68 ans. Trois étaient remplaçants, six étaient installés en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), quatre en cabinet de groupe et deux étaient installés seuls. Sur les douze médecins installés, quatre travaillaient en milieu urbain, trois en milieu semi-rural et cinq en milieu rural avec une répartition équitable entre la Loire Atlantique et la Vendée. Sur les quinze médecins interrogés, quatre ont évoqué une formation sur la douleur durant leur internat, deux avaient assisté à une formation continue il y a plus de dix ans, et neuf médecins n'avaient reçu aucune formation spécifique au cours de leur pratique. Sur cet échantillon, quatre médecins n'ont jamais consommé d'opioïdes, huit ont déclaré avoir déjà pris des opioïdes faibles et trois des opioïdes forts. Aucun des médecins interrogés n'avait de NALOXONE dans leur trousse d'urgence (Annexe 3).

B. Usages et perceptions des traitements opioïdes par les médecins généralistes dans la douleur chronique non cancéreuse

1. Les situations cliniques évoquées

Nous avons commencé chaque entretien en demandant au médecin de décrire une des dernières consultations où il avait introduit ou renouvelé des opioïdes dans le cadre de DCNC. Les pathologies ostéo-articulaires ont été le plus évoquées : quatre nous ont parlé de lombalgie ou sciatique chroniques et trois de douleur articulaire en lien avec l'arthrose. Quatre situations de fibromyalgies ont été citées ainsi que deux cas de douleur neuropathique (névralgies cervico-brachiales et névralgie pudendale). Un médecin a évoqué une situation de douleur chronique cancéreuse et un autre de douleur chronique non étiquetée.

2. Habitudes de prescription

Comme le disait si bien un des médecins interrogés « l'utilisation doit être à la posologie minimale efficace et la durée la plus courte possible » (E5)

a) Pour les opioïdes faibles

Les habitudes de prescription concernant les opioïdes faibles variaient selon les médecins. Certains préféraient la CODÉINE.

« Je privilégie les plus anciens, c'est la CODÉINE » (E6)
« C'est vrai que je mets beaucoup plus de CODÉINE qui est pour moi beaucoup plus supportée que le TRAMADOL » (E7)

D'autres préféraient le TRAMADOL.

« Je pense sur le type de douleur euh articulaire, ostéo articulaire, je suis plutôt TRAMADOL» (E5)

Néanmoins tous s'accordaient pour dire que si l'un est inefficace ou mal toléré, ils tentaient volontairement l'autre.

« Je commence par CODÉINE, puis si CODÉINE ça ne marche pas ou si pas bien tolérée j'essaie du TRAMADOL » (E1)
« Je fais toujours la CODÉINE en premier sauf si on me dit que la CODÉINE n'est pas tolérée, je mets de l'IXPRIM ou du TRAMADOL » (E7)
« Si le TRAMADOL n'est pas très bien supporté donc je passe à la CODÉINE » (E12)

Leur utilisation n'était pas systématique. Des médecins nous disaient éviter les opioïdes faibles dans les DCNC.

« Je les prescris que rarement en chronique » ; « Je suis peu TRAMADOL et la CODÉINE j'évite au long cours » (E14)

b) Pour les opioïdes forts

Lors de nos entretiens, il est ressorti que les molécules utilisées différent d'un médecin à l'autre, en fonction de leurs expériences et de leurs connaissances.

« Je me limite à certaines spécialités... beaucoup de SKENAN et l'ACTISKENAN… le SKENAN et l'ACTISKENAN ont été les premiers » (E6)
« Sur le non cancéreux c'est SKENAN je le connais bien c'est celui que je préfère » (E10)
« Je n'ai pas connaissance d'une supériorité de l'OXYCONTIN vis-à-vis du SKENAN et donc moi je reste avec ce que je connais bien » (E11)
« J'utilise assez facilement OXYCONTIN et OXYNORMORO, notamment concernant les effets indésirables je trouve ça préférable » (E4)

La plupart des médecins ont insisté sur la nécessité d'une titration lors de l'introduction des opioïdes forts afin de trouver la dose minimale efficace et d'évaluer la tolérance immédiate.

« En fait je commence souvent par une libération immédiate pour évaluer la tolérance, mais après si la tolérance va bien et que ce n'est pas suffisant en termes d'effet antalgique, j'introduis effectivement des libérations prolongées » (E6)
« On ne monte pas avec les doses LP on monte avec les doses LI, je titre pendant 48 h et ensuite j'introduis le LP si besoin » (E8)
« Quand j'instaure le traitement je suis plutôt en libération immédiate et je titre, après si ça se prolonge un peu c'est là que je vais passer à la libération prolongée par diminuer le nombre de prises et puis euh je me dis aussi pour améliorer un peu le confort du patient. » (E11)

Certains médecins nous ont informé peu utiliser les opioïdes forts dans les DCNC.

« Les morphiniques, j'emploie plus rarement en dehors des douleurs cancéreuses » (E6)
« Passer sur des paliers 3 morphiniques c'est quand même assez rare enfin pour moi » (E10)
« J'utilise pas la morphine dans les douleurs chroniques quasiment, plutôt du palier 2 » (E12)

Plusieurs médecins nous ont dit ne pas en mettre particulièrement dans les douleurs ostéo-articulaires comme les lombalgies.

« Je ne mets pas de palier 3 dans mes lombalgies, je ne mets pas de palier 3 sur les épaules » (E1)
« Moi je ne prescris pratiquement jamais de morphine dans les lombosciatiques » (E2)

Alors que d'autres médecins au contraire ont évoqué ne pas hésiter à faire une escalade des paliers si besoin.

« Quand quelqu'un va mal qu'il a essayé le palier 1 et 2, les deux ensemble que ça ne fonctionne pas il ne faut pas hésiter à passer au palier 3 » (E4)
« On passe à euh un EFFERALGAN CODEINE ou un IXPRIM… et ensuite dès qu'on arrive au bout on passe aux opioïdes forts » (E8)

Deux médecins nous ont même dit utiliser plus facilement les opioïdes forts que les opioïdes faibles dans les DCNC.

« Quand je pense palier 2 je suis plutôt à me dire que je vais prescrire du palier 3 » (E11)
« Donc je suis plus à l'aise sur l'usage finalement de palier 3 à dose modérée » (E14)

Concernant les co-prescriptions, c'est-à-dire les médicaments prescrits en complément, pour prévenir les effets indésirables du traitement, les médecins s'accordaient à dire que les prescriptions de laxatifs sont indispensables.

« La co-prescription en tout cas de laxatifs elle est vraiment indispensable » (E4)
« En général je fais une co-prescription de laxatifs » (E5)
« Je m'occupe quand même systématiquement du transit et sur quelqu'un qui a un transit difficile je vais volontiers lui co-prescrire un laxatif » (E11)

Un médecin nous a également parlé des mesures hygiéno-diététiques afin de favoriser le transit.

« Augmenter l'apport hydrique plutôt favoriser les légumes, mais euh avoir une prescription de laxatifs en si besoin aussi » (E8)

Par contre, il a été mis en évidence que la prescription d'antiémétique était moins répandue en pratique.

« Pas d'antiémétique systématique » (E8)
« Après antiémétique pour ainsi je n'en prescris quasiment plus du tout » (E11)

L'un des médecins estimait que les co-prescriptions dépendaient de l'âge du patient.

« Les gens âgés il va y avoir une prescription associée avec euh PRIMPERAN et laxatifs type MACROGOL. Après pour des euh des adultes enfin voilà je prescris je mets rarement du METOCLOPRAMINE, je mets éventuellement un laxatif en prévenant les gens qu'il faut qu'ils mangent ce qu'il faut et qu'ils me recontactent si besoin » (E13)

Un médecin a insisté sur la co-prescription de PARACÉTAMOL.

« Je vais à la co-prescription systématique à la fois, car j'ai cette impression peut-être de synergie d'action » (E11)

c) Différences de prescription selon le profil du patient :

Il a été mis en évidence que l'âge du patient est un déterminant majeur dans le choix des molécules prescrites. Les médecins nous ont rapporté avoir une vigilance plus importante chez les sujets âgés, chez qui les médicaments sont souvent moins bien tolérés. Les médecins nous ont semblé prescrire plus facilement des opioïdes faibles chez les jeunes, et des opioïdes forts à petites doses chez les personnes âgées.

« J'essaie de commencer plutôt par du palier 2 chez les jeunes, je commence souvent d'emblée par du palier 3 chez mes patients âgés » (E1)
« J'ai le palier 3 plus facile chez les personnes âgées à petite dose » (E3)
« Le SKENAN c'est pour les adultes pas trop âgés et puis sinon effectivement les personnes âgées ça va plutôt être OXYCODONE » ; « C'est très très mal toléré enfin à partir d'un certain âge moi je ne donne plus, même de l'IXPRIM au-delà de 60-65 ans » (E13)

d) Différences de prescription selon le profil du médecin

Les médecins plus âgés ont dû adapter leurs prescriptions au cours de leurs années de pratique car certaines molécules, comme le DI ANTALVIC, n'était plus commercialisées de nos jours.

« Après le TRAMADOL a supplanté au DI ANTALVIC » (E6)
« Le DI ANTALVIC à l'époque c'était Dieu » (E12)
« Je fais partie de la génération où euh quand j'étais jeune médecin et remplaçant il y avait le DI ANTALVIC, et en pratique le DI ANTALVIC était beaucoup prescrit euh notamment aux personnes âgées » (E13)

Ils ont décrit une prescription d'opioïdes forts qui s'est simplifiée avec le temps, ainsi qu'un élargissement de sa galénique.

« À vrai dire, la morphine alors c'est peut-être lié moi à mon histoire de vieux médecin. Quand j'ai commencé à travailler on la prescrivait sur les carnets de souches c'était très compliqué » ; « Puis après ça s'est beaucoup simplifié le carnet à souches a disparu ça a été les prescriptions sur les les feuilles sécurisées donc... Et puis il y a eu un élargissement aussi de la morphine donc avec plein plein plein de possibilités des patchs des machins des trucs » (E12)

3. Évaluation de la douleur :

Pour évaluer la douleur, les médecins nous ont beaucoup parlé de l'utilisation de l'échelle numérique (EN) qui demande au patient de coter leur douleur sur une échelle de 0 à 10. Cette échelle est souvent confondue dans le langage médical avec l'échelle visuelle analogique (EVA) qui permet de coter la douleur en demandant au patient de placer sa douleur sur un curseur, puis le médecin retourne la réglette et peut voir à quel chiffre entre 0 et 10 le curseur correspond. Ces deux échelles permettent de quantifier l'intensité de la douleur.

Certains médecins ont également évoqué questionner les patients sur l'impact de leurs douleurs dans la vie de tous les jours ainsi que leur vécu face à celles-ci.

« Je pose la question entre 0 et 10, 0 pas de douleur et 10 maximum de douleur » ; « est ce qu'il y a des moments où vous n'avez pas mal » (E10)

« Je lui avais demandé d'évaluer sa douleur qui mettait en EVA à 6/10 » (E14)
« Je me penche un petit peu sur leur mode de vie sur le... sur effectivement le le ressenti réel de la douleur son impact et effectivement sur le caractère psychologique de la douleur » (E4)
« Je leur demande par exemple la fameuse échelle EVA euh, mais ça pour moi ce n'est pas très objectif. Je leur demande de comparer leur douleur à des douleurs aiguës par rapport à des douleurs antérieures ; on peut évaluer en fonction des capacités motrices, en fonction de l'effet psychogène de la douleur et de l'effet psychopathologique de la douleur » (E8)
« Au début oui j'ai fait l'évaluation de la douleur juste avec une échelle de la douleur, mais après j'ai tout tout décortiqué son histoire » (E12)

Ils disaient également être attentifs à l'environnement du patient. Par exemple les soignants ou les proches qui l'entourent.

« Je m'appuie sur l'avis des équipes » (E1)
« J'essaie de voir aussi s'ils sont soutenus par famille et amis » (E7)
« Je m'entoure de plus de précautions s'ils sont seuls chez eux, que s'ils sont en EHPAD ; je suis très attentif à leur environnement psychosocial » (E8)

La douleur chronicisée entraine des consultations médicales plus régulières, d'autant plus dans le cas de prescription d'opioïdes forts. Certains des médecins nous ont confié que la réévaluation de la douleur par le médecin généraliste était moins systématique lorsqu'il était amené à voir le patient de façon régulière et prolongée.

« Je ne sais pas si je l'ai réinterrogé la dernière fois sur le niveau de sa douleur puisque je la vois toutes les 4 semaines puisque je la connais tellement honnêtement » (E10)
« Quand ils me disent c'est stable ça va mieux, je le je ne le fais pas à chaque fois » (E14)

4. Relation médecin/malade

Lors de nos entretiens, la relation médecin malade était ressortie comme primordiale dans le soin.

« C'est un partenariat et je pense que c'est vraiment quelque chose qui s'inscrit dans le temps » (E11)

Les médecins nous ont paru attentifs à l'image qu'ils pouvaient renvoyer. Ils étaient bien conscients que leur parole et leur posture pouvaient avoir une répercussion sur les patients. Il est ressorti que pour avoir une bonne relation thérapeutique, le médecin doit rester neutre, tout en ayant un regard bienveillant afin que le patient se sente écouté sans être jugé, qu'il se sente accompagné et encouragé dans son parcours de soin.

« Je pense que ce que l'on renvoie à la personne c'est important aussi, on progresse sous le regard positif des autres et ses affects » (E6)
« Si on a une crainte, on ne peut pas emmener l'autre, on induit chez l'autre un biais qui n'est pas bon dans le cadre d'une prise en charge médicale. Sinon je vais transmettre ma crainte et donc le traitement vous savez très bien que le médecin se prescrit » « Une relation neutre : j'ai mon opinion, mais ici je n'ai pas à la dire, ici je travaille avec les gens sur eux » (E8)
« Tu vois c'est ça aussi il faut encourager les gens » (E10)

« Je m'inscris dans une guidance, tu vois un accompagnement, j'essaie de me caler sur le rythme de la patiente » (E11)

Il a été mis en évidence que les médecins cherchaient l'adhésion du patient pour une prise en charge optimale. En effet ils ont rapporté qu'un traitement pouvait être prescrit par le médecin, mais si le patient ne voulait pas le prendre, on ne pouvait pas le forcer. Ainsi il est ressorti qu'il était primordial d'intégrer le patient dans son parcours de soin afin qu'il soit acteur dans sa prise en charge.

« En général je demande aux gens s'ils souhaitent le traitement ou pas » (E2)
« Maintenant je suis depuis de nombreuses années, je suis beaucoup plus dans la dans le compromis » « Je cherche l'adhésion, car sans adhésion de la personne il n'y a pas de soins » (E8)
« J'essaie tu vois euh enfin je prends en compte sa perception du traitement, comment il perçoit le traitement enfin la morphine en particulier » ; « Impliquer la personne dans sa prise en charge aussi, ça me parait fondamental » (E11)

Cependant un des médecins a évoqué qu'il doit rester maître de ses prescriptions.

« Si j'ai pas envie de mettre en place les morphines euh je le fais pas » (E2)

Il est ressorti que la relation médecin-malade s'inscrivait dans le temps et que les médecins étaient plus à l'aise avec les patients qu'ils connaissaient.

« Je me sentirais plus à l'aise si je sens que la personne est dans une bonne relation thérapeutique, tu vois la dernière à qui j'ai renouvelé ça, j'ai parfaitement confiance en elle, je pense qu'elle a confiance en moi » (E2)
« Alors en général donc là le premier cas que je t'ai dit je connais bien son histoire puisqu'elle me parle tout le temps de tout puisque je la connais très bien donc c'est plus facile qu'un médecin » ; « Ça fait 22 ans que je suis installée je connais leur histoire de vie » (E12)

5. Éducation thérapeutique/Information du patient

Les médecins, dans l'ensemble, expliquaient leurs prescriptions aux patients.

« Les molécules associées comme la CODÉINE c'est là où je reprends de façon régulière la notion qu'il y a du paracétamol comme certaines associées au TRAMADOL » ; « C'est une rigueur d'information de redire à chaque fois qu'on a une prescription de plusieurs antalgiques » ; « Même chez un individu jeune et cortiqué je répète les mêmes messages » (E6)
« J'essaie d'avancer avec la personne sur ce qu'elle veut je lui montre les capacités que j'ai au niveau des médicaments, j'explique les paliers progressifs » (E8)

Beaucoup ont insisté sur les possibles effets secondaires des traitements.

« En disant au patient qu'il est possible qu'il ait un effet sédatif de nausées, euh voilà que ça peut arriver » ; « La constipation oui je dis ça aux patients » (E5)
« J'avertis toujours qu'il y a une possibilité de constipation, de sédation, de nausées » (E6)
« De faire attention avec la voiture » (E7)

« Informer de la constipation, des troubles de la vigilance, informer des nausées » ; « Euh de leur dire que euh ils peuvent s'attendre à çà, mais ils ne l'auront peut-être pas, et s'ils l'ont ça peut être quantifié gênant ou pas gênant » ; « Le tout c'est que les gens ne soient pas surpris par quelque chose, qu'ils l'intègrent comme faisant partie d'un soin » (E8)

Certains ont évoqué qu'ils informaient également les patients du risque de dépendance aux opioïdes au long cours.

« Je dis à la personne attention c'est un médicament qui peut donner de l'appétence et une tolérance » (E8)
« La notion de dépendance c'est quelque chose que j'aborde très rapidement » (E11)
« Je pense à la rigueur c'est peut-être quelque chose qu'il faudrait signaler dès le départ, vous voyez je vous en parle, mais je me dis qu'il faudrait plus euh cadrer les choses sur le fait que euh voilà dès que ça va mieux, vous continuez encore un petit peu et on se revoit rapidement pour diminuer, pour que vous ne soyez pas, que ne deveniez pas dépendant, parce qu'en fait les gens quand on leur dit ça ils sont OK » (E13)
« Je les informe que s'ils en prennent longtemps, ils seront dépendants » (E15)

6. Ressenti/Avis du médecin vis-à-vis de la prescription d'opioïdes

À la question « Êtes-vous à l'aise face à la prescription des opioïdes ? », la plupart des médecins ont répondu de façon positive. En effet le maniement des opioïdes et leur prescription semblaient maitrisés.

« Les renouvellements oui je me sens à l'aise » (E2)
« Oui j'ai pas trop de souci par rapport à ça » (E4)
« Avec la prescription des paliers 2 et 3 oui, je me sens à l'aise » ; « après j'ai jamais eu d'expérience franchement négative avec aucun des antalgiques » (E5)
« Je pense que je manie depuis suffisamment longtemps les opioïdes pour euh non j'ai pas de soucis » (E8)
« Je suis assez à l'aise » (E10)
« Oui plutôt à l'aise » (E11)

Deux médecins nous ont dit ne pas être à l'aise avec les opioïdes faibles dans les douleurs chroniques et préférer prescrire des opioïdes forts.

« Quand je pense palier 2 je suis plutôt à me dire que je vais prescrire du palier 3 » (E11)
« Je ne suis pas à l'aise dans les paliers 2, je ne suis pas à l'aise parce que j'ai du mal à cerner leur place en fait en tout cas en chronique, je suis peut-être un peu plus à l'aise avec le palier 3 finalement » ; « Si on prend le TRAMADOL, j'ai le souvenir quand même que nos prescriptions sont parfois moins maitrisées, que des patients ne viennent que tous les 3 mois là où le niveau de la douleur pourrait justifier une réévaluation plus régulière. » (E14)

En revanche plusieurs médecins nous ont dit que la prescription des opioïdes forts n'avait pas sa place dans la prise en charge des DCNC.

« Pour moi dans mes connaissances la morphine n'est pas bien indiquée dans les douleurs chroniques » (E2)

« J'aime pas la morphine dans les douleurs chroniques » ; « La morphine c'est pas le bon traitement de la douleur chronique » (E5)
« Les lombalgies et tout ça normalement on doit pas trop prescrire de morphine » (E6)
« Effectivement sur les lombalgies chroniques on se dit que si commence à prescrire de la morphine bah en fait euh… on va pas trop s'en sortir » (E7)
« Alors moi j'avais au centre anti douleur on m'avait dit surtout pas de de morphine chez les fibromyalgiques » ; « Dans les douleurs chroniques elle (la morphine) peut ne pas être bien supportée moi j'en suis restée là parce que ce n'est pas la bonne douleur, c'est-à-dire ça n'agit pas au niveau du bon circuit de la douleur » (E12)
« Qu'on sait bien que normalement des dans les douleurs neuropathiques les opioïdes ne sont pas indiqués » (E14)
« Morphinique évidement, car on sait bien que ce n'est pas un traitement pour les lombalgies chroniques. » (E15)

Le risque de dépendance nous a paru particulièrement présent dans l'esprit des médecins, notamment pour les opioïdes faibles. En effet durant nos entretiens, l'idée d'une dépendance forte aux opioïdes faibles est ressortie.

« J'avais lu un truc sur le TRAMADOL comme quoi même pris une dizaine de jours tu as quand même un peu de mal à l'arrêter, je sais plus sur quel score il se fixait, mais en gros ouais il y avait un gros pourcentage de gens dépendants après 10 jours, je crois » (E9)
« Le TRAMADOL c'est hyper addictogène quoi donc on sait bien que quand on commence quelque chose dans un domaine où on pense que ça va se chroniciser bon c'est très problématique » ; « Alors c'est le problème des paliers 2 c'est-à-dire qu'en France le palier 2 ça parait, c'est moins, c'est moins grave de mettre du palier 2 que du palier 3 alors qu'en fait c'est pareil c'est qu'une histoire pharmacologique il n'y a pas tellement de différence en fait » ;
« Là on sait déjà qu'au bout de 200 jours la dépendance elle est là » (E13)

Il persistait chez les médecins des représentations anciennes parfois ancrées comme l'idée que la morphine était prescrite que pour les douleurs cancéreuses.

« Tu vois dans les années 2000 la morphine c'était cancer, vraiment la morphine égale douleur de cancer » (E11)

Quelques médecins nous ont dit rester attentifs à ne pas banaliser la prise d'opioïdes faibles, pour qui les effets secondaires sont proches des opioïdes forts.

« Enfin moi dans ce que j'en sais le palier 2 il est en termes d'efficacité, se rapproche plus du palier 1, alors que les effets secondaires ils sont partagés avec ceux du palier 3 » (E11)
« Alors c'est le problème des paliers 2 c'est-à-dire qu'en France le palier 2 ça parait, c'est moins, c'est moins grave de mettre du palier 2 que du palier 3 alors qu'en fait c'est pareil c'est qu'une histoire pharmacologique il n'y a pas tellement de différence en fait » (E13)

C. Perception de la douleur chronique par le médecin

1. Ressenti du médecin vis-à-vis de la douleur chronique :

Il est ressorti que la douleur chronique faisait partie intégrante de la pratique du médecin. Effectivement ils y sont confrontés tous les jours, avec des profils de patients différents.

« La douleur chronique est permanente dans le quotidien du médecin » (E5)

Les médecins ont décrit la douleur chronique comme une expérience désagréable pour le patient. Certains médecins ont utilisé des termes forts pour la décrire comme « enfer », « affreux », « très désagréable », « dévalorisation » ou encore « montagne ». À travers les entretiens nous avons retrouvé une forte empathie des médecins, qui étaient conscients de l'impact sur la vie quotidienne de la douleur chronique. Cet impact a été décrit comme « un cercle vicieux » par plusieurs médecins.

« Je ne suis pas sûre de me rendre compte de l'énorme impact que ça a... et c'est aussi pour ça qu'on a envie de les soulager c'est pour qu'il n'y ait pas seulement la douleur, mais aussi tout ce qui tourne autour de cette douleur qui aille mieux » (E1)
« La douleur chronique, ça doit être affreux ça doit être un enfer » (E2)
« C'est aussi un cercle vicieux entre le retentissement physique et psychique de la douleur, la douleur retentit sur le moral et la déprime, ça majore la douleur » (E3)
« C'est souvent un "cercle vicieux" » (E5)
« La douleur chronique c'est acte de dévalorisation psychosociale » (E8)
« Ça rend tout pénible » ; « Cercle infernal de la douleur » (E9)
« Une espèce de montagne qui est face à toi dont tu vois pas le sommet, dont tu vois pas les bouts sur les côtés, enfin tu vois pas les contours et tu te dis, mais je peux rien faire, je peux absolument rien faire » (E11)
« Quand on a mal on est tout seul et on voilà c'est une expérience très désagréable » ; « Le problème de la douleur, c'est que c'est quelque chose qui est ensuite imprimé au niveau cérébral » (E13)

Un médecin nous a rapporté son expérience personnelle de la douleur, qui semble le rendre plus attentif à la souffrance des patients et peut-être prescrire plus rapidement des antalgiques forts.

« Quand on n'a jamais eu mal, on ne sait pas ce que c'est d'avoir mal et quand on a vraiment eu mal on sait que ce n'est pas confortable donc on a besoin d'être soulagé » ; « Il [le médecin] acceptera peut-être plus facilement la douleur et sa définition au sens large et il perdra peut-être un peu moins de temps à basculer sur des formes antalgiques peut-être plus fortes » (E4)

2. Ressenti du médecin vis-à-vis du retentissement de la douleur chronique sur les patients

Au vu de l'attention portée par les médecins sur le retentissement de la douleur chronique, nous leur avons demandé de nous décrire comment la douleur chronique pouvait impacter la vie des patients.

D'une façon générale, les médecins s'accordaient à dire que la douleur chronique retentissait sur tous les aspects de la vie.

« Pénibilité du quotidien » (E5)
« Le retentissement c'est relationnel, social, professionnel, familial, sur leur capacité à se projeter » (E6)
« Oui la douleur chronique altère de façon majeure la qualité de vie des patients » (E10)
« L'approche humaine est importante, car c'est des personnes en souffrance, souvent en souffrance physique, mais aussi psychologique » ; « Ces différentes composantes de notre quotidien et clairement la douleur chronique elle entrave tout quoi » (E11)
« Le problème de la douleur chronique c'est si elle envahit tous les aspects de la vie » (E13)

Les médecins ont constaté que les patients douloureux chroniques devaient limiter leurs activités que ce soit leurs obligations de la vie quotidienne ou leurs loisirs et notamment le sport.

« Ils réduisent leurs activités » (E1)
« Je pense que toutes les idées sont autour de la douleur, ton planning est autour de la douleur » ; « Je pense que quand tu as une douleur chronique tout est autour de la douleur : si je fais telle activité "oui, mais je serai à combien de temps des antalgiques" » ; « Euh oui, mais si je fais telle activité le lendemain je vais payer cher ma douleur enfin tu vois je pense que tout tourne autour de çà » (E2)
« Diminution de leur mobilité » (E3)
« Il ne faut pas oublier que quand on a mal on est très limité dans les accomplissements de la vie quotidienne ; se déplacer quand on a mal et qu'on n'a pas d'autre solution que de rester au lit bah déjà il y a impact important » ; « Une limitation en tout cas dans les activités quotidiennes, une restriction de participation » ; « Sur le plan fonctionnel, on se retrouve finalement dans le cadre d'un handicap réel » (E4)
« T'empêche de faire du sport » (E7)
« Chaque geste coûte en motivation » (E9)
« Parce qu'ils ne peuvent plus aller faire de sport » (E12)
« Je pense qu'ils ne font plus de sport » ; « Tu peux même à peine emmener tes enfants à l'école » (E15)

Les médecins nous ont parlé de l'impact de la douleur chronique sur la sphère professionnelle. En effet certains patients ne pouvaient plus travailler comme avant, ils multipliaient souvent les arrêts de travail pouvant aller jusqu'à l'inaptitude à leur poste de travail.

« Un retentissement d'un point de vue pro souvent ils ne peuvent plus travailler » (E3)
« Le retentissement sur le travail qui souvent est compliqué » (E7)

« Le travail avec des arrêts de travail prolongés » ; « Les gens qui sont en arrêt de travail depuis longtemps sont dévalorisés » (E10)
« Arrêt de travail prolongé jusqu'à théoriquement une rupture » (E15)

Il a été mis en évidence que l'impact psychologique de la douleur chronique est considéré comme important. En effet il se manifeste par une baisse du moral, une irritabilité,

des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, des consommations à risques, pouvant aller jusqu'à des syndromes dépressifs.

« Retentissement psycho avec trouble du sommeil associés et manque d'appétit » (E3)
« Sur le plan moral ça affecte énormément puisqu'il y a une perte d'espoir, il y a une lassitude qui s'installe et on arrive réellement dans des histoires de dépression en fait liée à la douleur » (E4)
« Sinon avec des troubles du sommeil associés quand souvent quand il y a des douleurs la nuit ça les épuise et puis ça l'entretient » ; « Ça peut altérer l'état psychique en les déprimant… avec un envahissement de la symptomatologie douloureuse sur leur vie » (E5)
« Ça peut entrainer euh des consommations de produits autres, qui sont altérants pour sa vie, autre ça peut être l'alcool, ça peut être le tabac, ça peut être plein d'autres choses. » (E8)
« Ça rend irritable et on aime pas se voir irritable, donc ça coûte au moral » (E9)
« Ça altère le sommeil, sur l'humeur, de l'anxiété, car ils n'arrivent plus à faire ce qu'ils veulent ça les rend irritables » (E10)
« Il y a des syndromes dépressifs qui s'associent » (E15)

Les médecins ont souligné une limitation des interactions sociales du patient à cause de ses douleurs.

« Il y a un retentissement sur la famille les gens qui l'entourent » (E3)
« Évidemment va avec ça le retentissement social, puisque quand on se retrouve avec d'autres personnes quand on n'est pas bien, quand on a mal on est moins ancré dans le présent on a toujours dans la pensée cette douleur » (E4)
« La maladie douloureuse chronique va affecter les liens psycho, enfin les liens affectifs d'une personne vis-à-vis de son environnement familial » ; « Elle peut altérer dans une vision sociale soit par une réclusion » (E8)
« Ça peut entrainer des problèmes dans le couple, dans la famille » (E10)
« Limite de participation aux activités proposées par l'entourage » (E14)
« Sur leur vie sociale, leur vie conjugale, toute leur vie » ; « Des problèmes sociaux de ne plus pouvoir vivre normalement » (E15)

Cette limitation d'interaction avec les proches pouvait également venir de l'entourage, qui pouvait être fatigué, lassé des plaintes du malade.

« L'entourage en a marre, et que l'entourage plutôt se dit "il devrait faire différemment" » (E2)
« Avec des répercussions générales sur leur vie professionnelle, familiale, sociale qui sont souvent négatives parce qu'aussi entendre quelqu'un qui a une douleur en permanence c'est épuisant » (E5)
« Des tensions des gens en souffrance dans un sentiment d'incompréhension par l'entourage » (E14)

Tous les retentissements cités étaient négatifs, mais certains médecins ont tout de même évoqué des bénéfices secondaires à cette douleur, d'un point de vue social ou professionnel.

« Le contexte social et psychologique est super important dans la douleur puis les bénéfices secondaires d'une douleur » ; « Elle a eu des bénéfices secondaires à cette douleur, cette

opération, cette invalidité, des bénéfices secondaires financiers parce qu'elle est très bien payée » (E12)
« Être malade tout le temps il y a un bénéfice secondaire à ça, c'est d'être la malade pour qu'on s'occupe de soi c'est une façon de montrer que ça ne va pas bien dans sa tête » ; « Surement des bénéfices secondaires à être en arrêt de travail » (E15)

D. Les difficultés et freins rencontrés par les médecins généralistes

1. Liés à la maladie

a) Déterminer l'indication initiale

Les médecins nous ont confié se sentir en difficulté lorsqu'ils ne disposaient pas de toutes les informations dans le dossier, concernant la prescription initiale d'opioïde. Les informations manquantes étaient principalement la pathologie qui a motivé la mise sous opioïdes, mais également la durée du traitement**.** Les médecins nous ont dit ne pas aimer renouveler ce type de traitement quand l'étiologie n'était pas clairement identifiée ou si les patients n'étaient pas connus du cabinet.

« J'en ai aucune idée c'est un peu dur de retrouver les informations quand on reprend une patientèle » ; « Je me pose la question des traitements, pourquoi ils sont mis et est-ce qu'il faut que je les continue, quel est l'intérêt de ce traitement là et il y a plein de fois où je ne sais pas trop » (E1)
« Prescrire de la morphine quand je ne sais pas de quoi il s'agit ou ça ça m'embête » ; « Concernant les paliers 3, c'est toujours le problème de l'indication » (E2)
« Ça a été introduit il y a maintenant pas mal d'années, moi je ne sais pas exactement depuis quand des fois on a du mal à définir le cadre initial de la prescription » (E4)
« C'est plus les patients que je ne connais pas, qui ont des, qui arrivent avec des ordonnances longues » (E7)
« Typiquement dans les renouvellements où je n'ai pas suivi l'histoire » (E9)
« J'ai un patient qui est arrivé d'un autre médecin traitant... il avait des douleurs je ne sais pas comment elles avaient été étiquetées. Il est arrivé avec du TRAMADOL, 200 2 matin et soir » ; « Je suis en difficulté plus sur des patients qui me sont rapportés, que sur mes prescriptions à moi » (E10)

Des médecins ont souligné également la difficulté d'obtenir des informations auprès de certains patients, qui ne savaient pas pourquoi ils prenaient tel traitement.

« Elle [la patiente] n'arrive même plus trop à me dire pourquoi, elle me dit que ça fait super longtemps qu'elle a ça et voilà » (E7)
« Je lui dis pourquoi vous en prenez elle me répond parce que j'ai mal, quelle douleur, elle n'a même pas pu me dire » (E10)

Dans certaines situations, il est ressorti que le diagnostic n'était pas toujours évident et que l'incertitude diagnostique pouvait amener une réticence du médecin à prescrire des opioïdes.

« Des douleurs qui sont mixtes où on ne va pas être hyper efficace où tu as des doutes sur l'étiologie, où du coup tu ne sais pas quel traitement va être le plus efficace ou pas » (E3)
« La crainte de l'erreur de diagnostic et de l'erreur de classification de la douleur nociceptive ou neuropathique parce que je pense qu'elles sont parfois mixtes effectivement » (E14)

b) Évaluation de la douleur :

L'échelle numérique (EN) d'évaluation de la douleur, habituellement utilisée par les médecins, est ressortie comme n'étant pas adaptée à toutes les situations. Le caractère subjectif de la douleur rendrait son évaluation plus compliquée.

« Elle a souvent le faciès un peu froncé, mais on ne sait pas si c'est juste parce qu'elle est un peu crispée » (E1)
« Une douleur c'est subjectif » (E12)
« Elle pouvait à peine bouger, elle grimaçait, alors je ne lui fais pas coter. Elle était… on pouvait à peine la toucher » ; « Elle n'est que douleur et souffrance, non vraiment elle montre qu'elle a mal en permanence... sous morphinique à forte dose. Ce qui est bien problématique » (E15)

c) Caractère chronophage de la douleur chronique

La durée classique d'une consultation chez un médecin généraliste est de 15 à 30 minutes, ce qui est ressorti ne pas être suffisant pour une prise en charge optimale du patient douloureux chronique. En effet les médecins interrogés ont évoqué qu'il était difficile d'écouter la plainte du patient, de le réexaminer, et de réévaluer le traitement durant une consultation. De plus les plannings étant souvent chargés ne permettant pas de les voir aussi souvent qu'il le faudrait.

« Après les voir tous les 2 jours c'est un peu compliqué » ; « Pas forcément facile de faire un état des lieux sur une consultation de 15 minutes » (E1)
« C'est des patients qui prennent pas mal de temps » (E7)
« On ne peut pas l'avoir bien cerné en 15 minutes de consultation » (E9)
« Je vais pas les revoir toutes les 48 h parce que d'abord je pense que le patient douloureux chronique, ça va pas forcément être pratique et je ne veux pas non plus les embêter et puis moi j'ai pas non plus le temps, mais moi je reste disponible par téléphone s'il y a besoin » ;
« La limite de la MG telle qu'on l'exerce actuellement c'est qu'il faut leur accorder du temps, faut savoir leur accorder du temps et tu vois le temps et tu vois tu es toujours contraint, on court souvent et là c'est compliqué » (E11)
« On n'a pas le temps si on faisait bien les choses on verrait trois patients par jour » (E12)

L'un des médecins nous a confié que la complexité des dossiers demandait plus de travail personnel, pour s'assurer d'une bonne prise en charge.

« J'ai pas forcément trop le temps de me pencher sur son dossier en ce moment » ; « Ça, ça dépend vachement du temps, car il faut se replonger dans le dossier » (E1)

d) Prise en charge de la douleur aiguë sur une douleur chronique

Certains médecins nous ont évoqué avoir des difficultés dans le cas des patients douloureux chroniques qui avaient déjà un traitement antalgique de fond. En effet lorsqu'une douleur aiguë se rajoutait, sa prise en charge était plus compliquée pour le médecin qui n'avait pas toujours les connaissances et ressources thérapeutiques nécessaires.

« Puis du coup, quand il y a une autre douleur qui se rajoute bah la du coup t'es coincée tu sais plus quoi faire » (E7)
« Régulièrement il se rajoute autre chose… donc il y a une grosse difficulté pour la prise en charge de la douleur » (E10)

2. Liés au traitement

a) Liés à la tolérance

Les effets secondaires des traitements par opioïdes sont rapportés comme étant un frein à leur prescription. Les médecins nous ont paru particulièrement attentifs à la tolérance du traitement. Ils nous ont dit qu'ils recherchaient à l'interrogatoire des prises antérieures et identifiaient d'éventuels effets secondaires. Face à une mauvaise tolérance des opioïdes faibles, certains médecins nous ont confié être obligés de faire une escalade des paliers, même si l'indication ne suivait pas les recommandations officielles.

« C'est plutôt le risque de mésusage et… les effets secondaires, les intolérances, les signes digestifs comme les nausées vomissements. Des choses plus rares comme la somnolence, la détresse respiratoire » (E3)
« Je trouve que franchement on a quand même beaucoup beaucoup de retour de mauvaise tolérance de TRAMADOL quoi » (E7)
« On passe aux opioïdes forts… en fonction des effets secondaires induits par la prescription antérieure… car ça m'est arrivé d'avoir des effets qui dépassaient mes prévisions » (E8)
« Il y en a beaucoup qui ne supportent pas les paliers 2… ça, c'est une difficulté que je rencontre assez régulièrement » ; « Il y a des gens qui ressentent beaucoup la sédation donc c'est un frein à l'utilisation de ces molécules » ; « Mes craintes... je me dis est-ce que ça va être bien supporté. Parce que s'il ne supporte pas qu'est-ce que je vais pouvoir lui prescrire. J'essaie d'être vigilant, mon inquiétude c'est est-ce qu'il va tolérer. A la limite la question c'est est-ce que je vais être efficace » (E10)
« Je vais la mettre sous morphine ça été une catastrophe elle a vomi tripes et boyaux elle était très très mal donc du coup je suis revenue en arrière » (E12)
« Je donne plus parce que très vite j'ai constaté que quand on mettait du TRAMADOL ça donnait euh souvent des confusions ou bien des risques de chute enfin voilà c'était… ou des nausées vomissements » ; « Une névralgie cervico-brachiale en fait, une dame d'une cinquantaine d'années et qui a très mal toléré en fait elle prend du SKENAN 20mg enfin voilà vraiment très peu, et j'avais dû mettre 30 au départ un truc comme ça et en fait elle avait euh des euh des idées noires, enfin voilà c'était plutôt psychique, voilà donc ça l'avait un peu impressionnée » ; « Ma crainte initiale c'est la tolérance, donc euh parce que je sais que là si on surdose les gens tout de suite on va se retrouver en situation impossible » (E13)
« La crainte oui d'intolérance et d'effets secondaires digestifs respiratoires neurologiques

neuropsychiques essentiellement » (E14)

Les médecins nous ont évoqué être d'autant plus en difficulté avec les personnes âgées, chez qui les effets secondaires étaient souvent plus importants, plus fréquents et plus imprévisibles. Le fait qu'ils toléraient souvent très mal les opioïdes faibles rendait les choix de molécules plus restreints.

« Chez les personnes âgées je sais que les paliers 2 ont pas mal d'effets secondaires notamment de confusion, de constipation, des choses qu'ils ont déjà de base donc l'idée c'est quand même de ne pas les aggraver par le traitement » (E1)
« La constipation... la confusion chez le sujet âgé, et puis bah la confusion et les troubles de vigilance qui peuvent amener à une chute chez le sujet âgé » (E5)
« Ça m'est arrivé d'avoir des effets qui dépassaient mes prévisions et avoir notamment chez les personnes âgées des effets délétères sur le plan psychoactif avec des délires » ; « Mon dogme de sédation de la douleur ne tenait pas, par rapport à la capacité de la personne âgée, à supporter un traitement qui peut avoir un effet délétère sur sa vie tout simplement » (E8)
« J'ai vu que les personnes âgées qui prenaient du TRAMADOL euh étaient mal systématiquement enfin c'était rarissime qu'ils ne disent pas "euh je tiens plus debout" donc euh voilà moi j'ai tendance à être un peu prudent sur euh sur les doses » (E13)
« Une dame âgée qui a une insuffisance rénale terminale (…) je lui ai prescrit des morphinique très prudemment... la prescription de morphine avait entrainé une confusion chez cette dame » (E14)

Un autre médecin était inquiet du risque d'association des opioïdes avec la conduite automobile.

« Qu'ils aient un accident de la route enfin bon ils ne sont pas censés conduire, la somnolence, la dépendance » (E15)

b) La dépendance

Les médecins interrogés nous ont dit prendre conscience que la prescription d'opioïdes n'était pas anodine et que la dépendance était l'un des freins à leurs prescriptions.

« La grosse crainte c'est la dépendance… » (E1)
« Les morphiniques j'y vais toujours un peu à contrecœur euh parce que c'est la peur de la dépendance » (E10)
« C'est compliqué quand tu as des habitudes de prises et que tu as cette double dépendance, physique et psychique c'est chaud » ; « Moi ma préoccupation c'est la dépendance oui c'est l'usage prolongé, c'est l'usage qui va être inapproprié » (E11)

Il a été mis en évidence que la dépendance compliquait la diminution des traitements.

« C'est difficile avec le recul, c'est surtout de diminuer sur certaines prescriptions » (E6)
« C'est surtout la prise en charge de certains patients qui sont sous morphine au long cours et à qui tu n'arrives pas du tout à descendre » (E7)

Les médecins ont aussi évoqué qu'elle compliquait leur arrêt et qu'ils pouvaient se retrouver face à des échecs de sevrage.

« Je pense qu'il y a une vraie dépendance, est-ce qu'elle est toujours pertinente médicalement cette prescription je sais pas, mais c'est hyper dur d'arrêter » ; « Il y en a certains que j'ai récupéré qui étaient déjà sous TRAMADOL notamment, TRAMADOL LP pour des douleurs enfin voilà des douleurs chroniques de je ne sais pas trop où et qui le gardent et là on a du mal à les arrêter parce que voilà ils ont besoin de leur TRAMADOL LP. Je pense qu'il y a une vraie dépendance » (E1)
« Depuis très longtemps on essaie de diminuer, mais bon c'est difficile, quand on baisse trop elle va pas bien » (E2)
« Ce n'est pas satisfaisant pour elle et puis moi en tant que thérapeute je suis embêtée, car je vois bien que la morphine je n'arrive pas à l'enlever et puis en même temps je trouve que l'efficacité est vraiment très médiocre » ; « Là tu vois elle n'est pas bien soulagée et je me dis quand il va falloir arrêter ça va être la galère... » ; « J'étais vraiment en difficulté avec lui j'ai tenté quelque chose, le sevrage, il a fallu qu'il y ait une alliance thérapeutique. Au final c'est quelqu'un qui est vraiment dépendant qu'on n'arrive pas à sevrer. » (E10)

c) Impasse thérapeutique

Les médecins nous ont confié qu'ils ne savaient plus quoi prescrire dans certaines situations parce que le traitement n'était pas efficace malgré des doses importantes.

« Les situations où j'ai essayé quelque chose et ça ne marche pas, où j'ai zéro efficacité » ; « C'est plutôt en cas d'échec de traitement que je suis emmerdée » (E1)
« Elle n'était jamais soulagée, elle revenait au bout de 15 jours à la charge sur une prescription de 1 mois. Avec une prescription qui était déjà maximale... » (E6)
« On le voit bien justement sur la douleur on est quand même assez souvent en échec thérapeutique et si on n'intègre pas autre chose on n'arrive pas à soulager le patient » (E10)
« Alors après cette personne à qui j'ai mis de la morphine, là j'ai été en difficulté sur son cas parce qu'elle est hyper douloureuse et que je n'ai pas de solution » (E12)

Face à un manque d'efficacité, il était difficile pour eux d'envisager une escalade des traitements, car celle-ci n'était pas forcément indiquée.

« Quand les paliers 2 ne marchent pas où je me dis purée tu vas mettre du palier 3 enfin ce n'est pas une indication » (E1)
« La difficulté c'est quand je me dis "tiens, le palier 2 ne suffit pas il faudrait bien du palier 3" » (E2)

d) Maniement des opioïdes

Certains médecins nous ont parlé de difficultés en lien avec la galénique des opioïdes ou lorsqu'ils étaient face à des prescriptions d'opioïdes à forte dose.

« D'accepter de certains patients nécessitent des fois des doses très importantes qu'on ne manipule pas tous les jours en médecine de ville » ; « Je ne vois pas de situation en soit qui m'a

mis réellement en difficulté... ah si une fois sur la prescription d'HYDROMORPH par rapport au dosage et le nombre de gouttes » (E4)
« Je préfère prescrire de façon dissociée, mais avec la CODEINE c'est pas facile » (E6)

3. Liés à la relation médecin malade

a) Relation de soin :

Les médecins nous ont rapporté qu'en cas de problème de communication avec leurs patients, ils se trouvaient en difficulté dans la prise en charge. Ce problème de communication pouvait être en lien avec des patients atteints de troubles cognitifs ou ayant des troubles de l'élocution, des patients ne parlant pas couramment français ou encore des patients difficiles à canaliser.

« Patiente qui ne communique pas enfin voilà, qui baragouine, mais on ne comprend pas ce qu'elle dit » (E1)
« Pour simplifier aussi un peu les choses parce qu'il parle pas bien français donc tu vois je trouvais que c'était plus simple aussi de mettre une prise matin et soir plutôt que de lui expliquer toutes les 6 heures tout ça et tout » (E7)
« Je pense aux gens où tu ne parles plus du tout de la douleur… où tu as la consultation qui s'articule que sur la morphine… comme le fait que le patient dise c'est pour mon renouvellement de morphine plutôt que de dire "j'ai toujours mal au dos" tout simplement. Et ensuite de dérouler chaque chose comme avec le produit au centre plutôt que la douleur ou la maladie au centre de la consultation. » ; « J'essaie de recentrer les éléments de langage sur la pathologie plutôt que sur le médicament et donc de décentrer le discours du produit et puis euh ensuite arriver au produit plutôt en conclusion » (E9)

Il est ressorti qu'il était parfois difficile de trouver un terrain d'entente avec le patient, l'alliance thérapeutique était alors mise à mal. Le médecin a un rôle de conseil, d'accompagnement, mais ne peut pas faire les choses à la place des patients.

« Je crois que la difficulté c'est l'inadéquation entre finalement ce que demande la personne, ce que je lui propose et ce qu'il ressent, comment il l'accueille et comment il l'accepte » (E8)
« S'ils ne veulent pas ils ne veulent pas tu ne peux pas faire à leur place » ; « Tu tournes en rond parce qu'il faudrait aller plus loin et qu'ils ne veulent pas » (E10)

Un des médecins nous a dit se retrouver parfois face à des difficultés d'éducation thérapeutique.

« Il faut expliquer aux gens qu'est-ce que c'est la titration c'est pas évident » ; « C'est pas du tout implicite pour les gens on s'aperçoit que la différence entre le SKENAN et l'ACTISKENAN ils ont du mal » (E13)

b) Liés au patient :

La douleur chronique peut entrainer une souffrance psychologique, mais l'inverse est vrai aussi. Les médecins nous ont confié qu'il leur était difficile de ne pas prendre en charge ces deux composantes, car elles étaient liées et intriquées.

« Des fois le psychique s'exprime par le physique, et le corps parle parce que le cerveau ne va pas bien » (E1)
« Elle avait un syndrome dépressif aussi à côté voilà c'était un peu complexe » (E3)
« Cette douleur est tout le temps-là, mais à certains moments elle prend plus de place dans leur vie. Peut-être parce qu'elle est plus intense ou simplement parce qu'ils vont moins bien psychologiquement » (E6)
« C'était difficile physiquement et psychologiquement, mais il y avait une grosse part de psycho, je pense, pour lui » ; « J'essaie d'amener ça en disant "bah écoutez-vous avez des douleurs qui sont compliquées à gérer, ça doit être compliqué moralement » ; « J'essaie de le dire comme ça que c'est plutôt secondaire que cause, mais c'est pas toujours simple » (E7)
« Je ne sais pas si c'est la douleur qui a donné le syndrome dépressif ou le syndrome dépressif qui a aggravé les douleurs » (E15)

Ils nous ont rapporté que certains patients refusaient d'admettre la composante psychologique, ce qui compliquait la prise en charge.

« C'est pas toujours facile de leur faire accepter cette idée-là, car quand ils ont mal quelque part ils se disent bah non ça vient forcément de là où j'ai mal » (E1)
« Il y a beaucoup de personnes qui restent ciblées sur le corps et qui ne font pas le lien avec l'émotionnel » (E10)
« Elle a vu toutes les spécialités qu'elle a voulu sauf le psychiatre parce qu'elle refuse et je pense que c'est là le nœud » ; « Quand j'aborde ce sujet hop elle ripe sur un autre sujet » ; « C'est une dame qui est obèse voilà qui a une surcharge fonctionnelle aussi parce qu'elle a quitté son mari elle a des problèmes financiers donc on ne savait plus si sa douleur elle était réelle ou pas réelle. » (E12)

D'autres la reconnaissaient volontiers, mais ne pouvaient malheureusement pas consulter un(e) psychologue, car les consultations étaient relativement chères et non remboursées.

« Je pense que les gens dans le cadre de la douleur quand c'est, surtout avec les moyens réduits c'est difficile d'amener un patient à voir un psychologue pour apprendre à gérer sa douleur » (E5)
« Le coté psycho, mais c'est compliqué parce que souvent financièrement c'est compliqué pour les gens et puis reconnaître que ce serait bien d'être vu par un psycho c'est compliqué aussi » (E7)
« Le coté psy moi je pense que c'est important même si c'est parfois compliqué parce qu'à part les psychologues qui restent relativement disponibles, mais enfin c'est cher les psychologues... et puis c'est pas pris en charge » (E11)

Les douleurs chroniques s'inscrivent dans une histoire de vie parfois complexe. Face à des échecs de thérapeutique, les médecins nous ont dit qu'ils se posaient plus de questions, et pouvaient décider de creuser le contexte d'apparition des douleurs. Ils ont également évoqué que le contexte biopsychosocial de la douleur chronique n'était pas facile à explorer, qu'il s'inscrivait dans le temps et empêchait une prise en charge classique « diagnostic - traitement ».

« J'ai une patiente qui se plaint de douleur pelvienne en fait qui ont déjà été un peu multi explorée, qui est arrivée avec finalement 60 milligrammes d'OXYCONTIN en dose de fond et

des interdoses à 20 milligrammes jusqu'aux 4 fois par jour, on a pensé avec ma collègue, il y a eu certainement voilà des histoires de peut-être de violence de chose comme ça mais qui a été très difficile finalement à mettre en évidence » (E4)
« À mon avis, il n'y avait pas que la douleur qu'elle pouvait ressentir au niveau du dos… en fait sa douleur était surement plus une matérialisation d'autres soucis en même temps. Il y avait certainement une prise en charge psychologique à laquelle j'étais passée à côté » (E6)
« J'ai commencé à aborder progressivement, voilà à lui demander les douleurs dans quel contexte elles sont apparues, elle a commencé à me parler de son histoire et un moment elle a compris, elle a dit oui oui j'ai trop de choses il faut que j'en parle et donc elle est allée voir la psychologue. Mais le problème c'est qu'il y a peu de patients qui sont accessibles à cette dimension » (E10)
« La dame dont je vous parlais qui avait des douleurs de névralgies pudendales en fait ça lui est arrivé dans les jours qui ont suivi le décès d'un de ses fils en accident de moto et en fait elle a commencé à avoir mal à ce moment-là donc vous ne pouvez pas vous empêcher de penser à ça. J'ai essayé de faire comprendre ça un petit peu et puis à un moment effectivement on est en impasse » (E13)
« Elle avait un terrain… d'avoir besoin de quelque chose sans doute, surement une histoire de vie pas facile, mais c'est vrai qu'elle parle peu de ses difficultés » (E15)

Il a été évoqué que le point de vue du patient pouvait compliquer la prise en charge. En effet, certains patients banalisaient leur traitement et donc refusaient la décroissance.

« On a souvent du mal à l'arrêter, car c'est un peu le médicament miracle » ; « Les craintes du patient d'arrêter le traitement qui lui a fait du bien au début » (E1)
« On ne le remet plus en question ,sa prise est ritualisée, on le kiff, on le veut sans trop savoir trop ce qu'on lui demande où ce qu'on attend » ; « Le renouvellement est fait de façon anecdotique, comme si ça se faisait sur un coin de table » (E9)
« Elle n'est pas en situation de dire "voilà je vais arrêter" elle est entre guillemets satisfaite de la prescription » ; « Après les gens c'est très humain en fait se disent "je vais bien, car je prends mon traitement" » ; « C'est-à-dire qu'il y a beaucoup de gens qui n'osent pas euh arrêter leur traitement, car ils vont mieux et en fait donc en fait il faut essayer d'arrêter » (E13)

A contrario, certains patients avaient peur des traitements par opioïdes par croyance et donc rendaient la prise en charge plus limitée en termes de thérapeutique.

« Des fois on a l'impression que certains ont peur en tout cas des prescriptions d'antalgiques plus forts » (E4)
« Beaucoup ont des interprétations ou des représentations qui sont complètement erronées » (E6)
« Parce que quand les gens ils entendent morphine ils y en a quelques-uns qui ont peur quoi» (E12)

Les médecins nous ont dit se retrouver en difficulté face à certains patients qui ont des demandes abusives notamment en essayant de pousser le médecin à prescrire des traitements.

« Après prescrire de la morphine quand c'est le patient qui le demande dans les douleurs chroniques ça m'embête aussi » (E1)

« Malgré tout dans l'imaginaire des gens, le paracétamol ça marche pas et il faut forcement quelque chose de plus fort, et donc euh voilà ils sont très vite, enfin moi j'ai l'impression qu'ils sont très vite demandeurs quand ils ont mal » (E6)
« C'est monsieur XXX pas coopérant et qui presse pour avoir des ampoules plus fortes » (E7)

« On se retrouve avec des gens qui euh qui euh peuvent même devenir soit très demandeurs, voire même un peu agressifs » (E13)
« Je me suis retrouvé parfois devant des refus difficiles à gérer. » (E14)

c) Liés au médecin : souffrance du médecin

L'épuisement du soignant dans ces prises en charge complexes est également ressorti dans nos entretiens. En effet les médecins sont présents de façon importante auprès de ses patients, mais ils nous ont rappelé qu'ils restaient humains avec leurs propres limites. Un médecin nous parlait même d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis d'une de ses prescriptions.

« Même pour un médecin c'est difficile d'accueillir ça [la plainte du patient] en permanence » (E5)
« Celle [une patiente] qui m'agace le plus en ce moment » (E10)
« Ça a été compliqué pour moi, parce que je me sentais un peu coupable de l'avoir mise sous morphiniques » (E15)

E. Mésusage : perceptions et recours en cas de difficultés

Le mésusage est une conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives, caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages voire même de dépendance. Cette dernière, comme énoncée plus haut est ressortie comme l'une des principales craintes des médecins lors de la prescription d'opioïdes.

1. Avis du médecin sur le mésusage :

Les médecins ont évoqué être conscients du risque réel de mésusage.

« Je pense qu'il y en a trop on en utilise trop » (E1)
« Je sais que ça existe et coup j'ai toujours peur qu'il y ait un risque addictogène » (E3)
« Ce qui m'a alerté c'est vraiment ce reportage que j'avais sur les États-Unis et leur gros problème d'addiction induit par l'industrie pharmaceutique. C'est quelque chose qui m'a vraiment interpellé il y a 10 ans on en parlait déjà » (E5)
« Je pars de la notion, après ça dépend des âges, qu'il y a au moins 40 % d'erreurs dans les prises médicamenteuses » (E6)
« Je pense qu'il est réel » (E10)
« Bah je pense que c'est une réalité. Après je ne perçois pas vraiment dans ma pratique » (E11)
« Le mésusage bah c'est que les gens en prennent trop » (E12)
« On voit bien que c'est que euh voilà il y a quand même une montée, on voit arriver, une crise des opioïdes en France » ; « Donc c'est un peu le danger, c'est à dire, la prévalence est relativement faible en médecine générale moi c'est l'impression que j'ai, mais évidemment

quand on multiplie ça fait du monde » (E13)
« Je pense qu'avec le palier 2 il est réel. Avec le palier 3… je pense qu'on a beaucoup plus d'outils de prévention » (E14)

Plusieurs médecins nous ont parlé d'un profil type de patients à risque de mésusage. Sont apparus comme facteurs favorisants : les personnes fragiles psychologiquement ou en situation de précarité, les antécédents de dépendance à d'autres produits et la douleur chronique. En effet les patients douloureux chroniques consommeraient plus régulièrement des opioïdes et seraient plus à risque de développer une dépendance.

« Le risque il est présent chez des gens qui vont en avoir régulièrement » (E4)
« Qui dit mésusage, dit euh on est à la frontière avec l'addiction, donc d'une rencontre d'une personnalité, d'une molécule et d'un moment. C'est un risque, c'est un risque que je préviens » ; « C'est un risque pour certains groupes à psychologie fragile… le deuxième risque c'est quand les pathologies chroniques durent la durée du traitement induit immanquablement une dépendance… le troisième c'est le risque d'association, par exemple d'un opioïde avec du shit, ou du risque d'un opioïde avec de l'alcool... qui sont en vente libre, je parle pas des consommations autres » (E8)
« Pour moi le risque c'est d'être addict en général ça vient assez vite, ça devient assez quotidien et les risques sont multiples » ; « Les gens en précarité sociale pour moi c'est un gros facteur de risque » ; « La douleur chronique doit être un facteur de risque de mésusage en fait » ; « Je vois plus une addiction qui se fonde dans un contexte de douleurs chroniques qui sont déjà là, enfin en tout cas on se met à prescrire ça et vu que la douleur disparaît on continue d'en boulotter et au bout d'un moment on sait plus trop ce qui est la "la douleur" ou "le médicament" » ; « Tu es isolé tu as pas beaucoup de distraction, pas beaucoup d'entourage, du coup ça peut plus facilement, une substance peut plus facilement devenir un refuge » (E9)
« Le mésusage il est il est lié avec il peut être dû, soit des antécédents déjà de toxicomanie et et d'usage détourné » (E14)

Un médecin a évoqué des prescriptions non raisonnées à moindre échelle.

« Je lis je vois bien la crise des opioïdes aux Etats Unis, voilà donc ça, j'ai lu aussi des romans des choses comme ça sur l'implication de laboratoires, de médecins véreux, de cliniques véreuses aux Etats Unis, après chez nous il a toujours des situations, de gens qui dysfonctionnent par ailleurs il y a forcément sur un département 2-3 médecins qui font n'importe quoi » (E13)

Ce risque entrainerait des préoccupations chez les médecins, qui sont de plus en plus attentifs lors de la prescription des opioïdes.

« Comme je te disais quand il y a des risques... de mésusage des choses comme ça je vais être un peu plus frileuse » ; « Je me dis si on n'est pas vraiment efficace avec notre opioïde peut-être que pour le coup les gens vont en prendre plus parce que ce n'est pas suffisamment efficace » (E3)
« Tu sais limite parfois c'est là [chez les personnes âgées], ça peut vite s'installer, car on est peut-être moins vigilant que chez quelqu'un de jeune » ; « C'est vrai que des fois je suis un peu embêtée par exemple un jeune qui a eu un passé de consommation de cannabis ou quelqu'un qui a une consommation d'alcool que je vais trouver excessive euh ça m'embête un peu de

mettre de la CODÉINE ou même du TRAMADOL. » (E10)
« Le mésusage pour moi l'alerte va plutôt être dans la sur prescription… des gens qui viennent plus tôt que ce qu'il faudrait pour avoir un renouvellement » (E13)

Plusieurs médecins pensaient que ce risque de mésusage est plus important avec les opioïdes faibles que les opioïdes forts.

« Je pense plus au palier 2 qu'au palier 3… car meilleure accessibilité » (E9)
« Tout en sachant que ce qui m'inquiète un peu en ce moment c'est euh quand même l'explosion des gens qui sont sous TRAMADOL » (E13)

2. Situations cliniques évoquées

Le mésusage existe sous différentes formes ce qui rend son dépistage et sa prise en charge compliqués. Les situations cliniques évoquées étaient très variées.

Plusieurs médecins ont parlé de situations d'automédication qui posent problème, car les conséquences peuvent être dramatiques. Dans automédication il y a les mélanges de différentes molécules, mais aussi l'usage détourné du médicament.

« La crainte c'est que effectivement ça vienne amplifier une pharmacie et être pioché parce que c'est des mésusages qui... des restes de boîtes que les gens trouvent et mélangent» (E5)
« Les fonds de boîtes de CODÉINE ou de TRAMADOL qu'on associe dans la même journée, des mélanges » (E6)
« Quelque part on est un peu dans du mésusage, de la dépendance, ses 3 EFFERALGAN CODEINE par jour et elle ne sait même plus pourquoi oui c'est du mésusage » (E10)
« Un patient qui à l'époque était sous DI ANTALVIC et puis il prenait ceux du voisin il avait une insuffisance rénale et il est mort » ; « Les gens je regarde des fois ils mettent sur leurs boîtes pour les douleurs » (E12)
« Je pense qu'il le prenait aussi pour dormir, pour se détendre » ; « Elle utilisait déjà des NEOCODION et compagnie pour faire dodo, elle c'est du mésusage » ; « Du coup elle était sous OXYCONTIN 60 matin et soir OXYNORM 10 ou 20. Un jour ils étaient chez elle, elle avait des périodes dépressives et elle en a boulotté » (E15)

La délivrance des opioïdes se fait grâce à des ordonnances prescrites par le médecin. Ce moyen n'est pas sans faille. Effectivement plusieurs médecins ont relaté des fraudes d'ordonnances pouvant aller jusqu'au trafic d'opioïdes.

« Elle faisait toutes les pharmacies du coin pour avoir de la morphine, elle c'était vraiment étiqueté on mettait bien sur l'ordonnance à délivrer dans quelle pharmacie » ; « C'est la pharmacie qui m'a appelé puis la CPAM enfin bref tout le monde le savait » (E2)
« La patiente avait copié son ordonnance et la pharmacienne nous avait appelés » ; « Tu vois je pense qu'ils essaient et quand ils voient que c'est pas possible ils doivent changer d'interlocuteurs » (E7)
« C'était une époque en plus ou la codéine était en vente libre enfin sans ordonnance sans prescription où il y avait à l'évidence une situation de de grande dépendance de je dirais pas de trafic d'ordonnances, mais on n'en était pas loin quand même. » ; « C'était même pire à l'époque c'était une pharmacie à l'autre. » (E14)

« Vendre de la morphine » (E15)

Des médecins se sont parfois sentis en difficulté face à des demandes pressantes, voir abusives de la part des patients.

« C'est un patient qui est toxicomane, il a des conduites addictives à tout ce qui est possible... il a été vu par SOS médecins qui lui a prescrit de la morphine sur une douleur donc après ça été la bérézina pendant quelques semaines il a tenté de m'en demander en consultation et je lui ai dit que ce n'était pas possible. » (E5)
« Je sais que mon associé s'est parfois fait piéger quoi avec des demandes pressantes de doses importantes » ; « Je me souviens pas d'avoir été marquée par d'autres situations que ces consommations abusives chroniques un peu manipulatrices parfois même et de vagabondage » (E14)

3. Évaluation du risque de mésusage

Spontanément, à la question, « Comment recherchez-vous le risque de mésusage en consultation ? », plusieurs médecins nous ont dit ne pas évaluer ce risque.

« Non pas systématiquement » (E2)
« Je le recherche pas forcément » (E5)
« Bah écoute je vais te réponde pas forcément en fait » ; « J'ai pas comme ça d'outils, me permettant de, j'ai pas en tête d'outils me permettant de l'évaluer ouais. Je suis preneur par contre » (E11)
« J'explique ma prescription, mais je ne le cherche pas » (E12)
« Est-ce qu'il y a des trucs pour le chercher bof je ne sais pas. » (E15)

Mais en approfondissant le sujet, tous les médecins nous ont semblé interroger leurs patients à la recherche de facteurs favorisants. Ils demandent aux patients comment ils prennent leurs médicaments ainsi que leurs représentations du médicament. Ils demandent également s'ils consomment des substances à risque telles que l'alcool ou les drogues.

« Je leur demande s'ils ont déjà pris des choses, s'il y a des risques addictogènes de base et un petit peu sur la relation qu'ils ont avec les traitements » (E3)
« Faire un peu le point sur, pourquoi le patient prend ce médicament-là ? Depuis quand ? Comment il le tolère ? Est-ce qu'elle a été obligée d'augmenter les doses au fur et à mesure ou au contraire est-ce qu'on arrive à diminuer les opioïdes » ; « Je pense qu'il faut poser les questions aux patients surtout comment il prend son médicament » (E4)
« "Est ce que vous utilisez des substances ?" en général c'est la phrase que je demande. Et puis si je vois que la réponse n'est pas claire ou immédiate, bah je demande par exemple euh cannabis, alcool, et compagnie... autres drogues... » (E5)
« Les interroger sur leur façon de voir le médicament, de voir les doses qu'ils prennent » (E6)
« Je leur demande systématiquement leur consommation d'alcool et leur consommation de produits psychoactif dont le shit » (E8)
« Je cherche s'il y a d'autres substances genre je demande juste aux gens s'ils fument, tu vois ce genre de truc, ou s'ils l'ont été, ou l'alcool » (E9)

Certains médecins nous ont dit rester vigilants à ne pas être trop intrusifs dans leur interrogatoire par peur de compromettre la relation médecin malade.

« Non et puis je trouve que des fois tu es déjà sur un truc de méfiance, si tu commences à leur poser ces questions-là tu peux aussi les perdre quoi. Ça peut être à double tranchant » (E7)
« Si je commence à dire je sais que vous mésusez ou je pense que vous mésusez alors là c'est même pas la peine je ferme la porte. Je pense qu'il faut laisser venir à soi les petits agneaux comme on dit » (E8)

Le ressenti subjectif du médecin a une place importante dans l'évaluation du risque de mésusage. Effectivement plusieurs médecins nous ont parlé du feeling avec le patient, de l'intuition qu'ils pouvaient avoir et qui pouvait créer des réticences à prescrire le traitement.

« Je le fais quand je renouvelle trop souvent en fait ou alors quand c'est du déni de sa gueule, oui je le sais ce n'est absolument pas objectif » ; « Il y a des patients tu les sens sincères quand ils parlent de leur douleur et d'autres tu sens que c'est surajouté » (E2)
« Jamais je ne lui aurais prescrit d'antalgique, ça sentait le truc à plein nez… » ; « Après on sent quand même, on sent dans la consultation, enfin on a tendance à se méfier rapidement » (E7)
« Il y a des patients dont on sait très bien qu'il faut qu'on, qu'ils ont une proportion à devenir dépendant donc il faut faire attention évidemment avec ceux-là » (E13)

Les médecins nous ont confié être moins inquiets lorsqu'il s'agit de leurs propres patients.

« Sinon j'ai pas vraiment d'inquiétude face à l'accoutumance, euh problématique, risque d'addiction prolongée chez d'autres patients que je connais bien » (E5)
« Bah l'historique oui les antécédents, je serais sans doute beaucoup plus, beaucoup plus, sur mes gardes pour un patient que je ne connaîtrais pas » (E14)
« C'est des gens qu'on connaît la plupart du temps donc c'est un peu au feeling, mais parfois on se trompe » (E15)

4. Outils pour évaluer et limiter le risque de mésusage :

L'utilisation d'outils ou de questionnaires concernant le dépistage du mésusage n'a pas été décrite par les médecins dans notre étude. L'éducation au risque de mésusage passe par l'information et l'éducation du patient.

« Je cadre beaucoup aussi l'instauration et la prescription surtout la morphine je dis bien que ça va être temporaire et qu'il va falloir s'en débarrasser le plus vite possible » (E5)
« C'est un risque que je préviens, c'est-à-dire que je dis à la personne attention c'est un médicament qui peut donner de l'appétence et une tolérance » (E8)
« C'est à dire de dire dès que ça va mieux ou je sais pas par exemple 15 jours plus tard, on essaie de diminuer tout de juste et on laisse pas la prescription se faire et puis après les gens, ils prennent leurs traitements, ils sont, c'est un conditionnement en fait euh ils sont conditionnés et puis après il y a une dépendance psychologique, mais aussi physique qui se met en place » (E13)

Les médecins ont relaté ne pas être les seuls acteurs pour limiter ce risque de mésusage. Effectivement les pharmacien(ne)s et les Infirmier(e)s Diplômés d'Etat (IDE) ont leur rôle ainsi que les organismes de santé publique tels que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui informent les médecins en cas de surconsommation des patients.

« On a eu une info de la sécu "pas de prescription" » ; « Ça m'est déjà arrivé de vérifier sur Ameli les historiques de remboursements » (E7)
« Des patients qui débarquent le samedi matin que tu connais d'Adam ni d'Ève et qui viennent et qui disent je prends 60 mg de SKENAN presque matin, midi et soir et 30 mg d'ACTISKENAN… on s'est tous fait avoir/piéger, après le suivant il vient tu as le réflexe d'appeler la pharmacie » (E11)
« Donc après les infirmiers… c'est pour ça que c'est eux qui ont la morphine, c'est eux qui lui délivrent la morphine » (E15)

Face à des patients qui mésusaient, plusieurs médecins nous ont dit écourter leurs prescriptions et parfois même limiter la délivrance des médicaments par la pharmacie.

« Quand on a vraiment un doute finalement on peut réellement la réguler par la distribution finalement hebdomadaire ou toutes les 2 semaines » ; « On avait des soucis de médicaments et de surdosage j'ai donc fait une ordonnance pour 1 mois avec délivrance hebdomadaire à la pharmacie » (E4)
« Quand tu t'en sors pas ça peut être faire une ordonnance assez courte et comme ça voilà tu as le temps d'en discuter avec tes collègues éventuellement » (E7)
« J'essaie d'en tenir compte et faire des prescriptions les plus courtes possible chez les gens qui sont surement plus à risque de développer une dépendance ou un mésusage » (E10)

F. Prise en charge globale de la douleur chronique

1. Approche pluriprofessionnelle

a) Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)

La plupart des médecins nous ont parlé spontanément du CETD comme ressource dans la prise en charge de la douleur chronique.

Les médecins généralistes adressent au CETD lorsqu'ils se retrouvent dans une impasse thérapeutique.

« Quand je suis en difficulté, j'adresse très vite au centre antidouleur » (E1)
« Tu l'envoies là-bas, car tu ne sais plus trop quoi faire » ; « Ça décharge des impasses et ça donne le sentiment et l'assise en tant que médecin généraliste de dire regardez on a tout fait vous avez été voir un spécialiste de la douleur on a bilanté » (E9)
« Si on est sur une douleur chronique et que je n'y arrive pas, je m'adresse au centre antidouleur » ; « Non je me débrouille jusqu'au moment où je vois qu'on est dans l'impasse thérapeutique. » (E10)
« Je me tourne vers les centres antidouleur quand je m'en sors pas » (E15)

Certains médecins nous ont dit s'aider du CETD afin de diminuer, voire sevrer les traitements par morphinique.

« Quand j'adresse au centre anti douleur en général il essaie de les supprimer » (E5)
« Le médecin de la douleur, après une cure de kétamine je pense, a réussi à lui arrêter ses morphiniques » ; « Moi ça m'a bien aidé qu'il y ait un algologue parce que moi je n'arrivais pas à lui vendre le sevrage » (E15)

Il s'agissait le plus souvent de situations complexes, difficiles à gérer seuls en cabinet, qui nécessitaient une approche pluri professionnelle.

« D'avoir une prise en charge pro ça c'est quand même bien je pense parce que souvent ils ne veulent pas trop entendre le coté psycho » ; « Je pense que ça nous soulage un peu qu'ils aillent en consultation douleur » (E7)
« Je leur fais appel dans les situations qui sont très complexes qui demandent beaucoup de temps, une prise en charge pluri pro » ; « J'ai ce réflexe là quand j'ai le sentiment que moi-même je ne suffis plus et qu'il y a vraiment besoin d'une prise en charge globale et je me dis que là-bas c'est pas mal, car c'est centralisé et c'est pluri pro » (E11)
« Qu'au centre antidouleur ils goûtent un peu à tout quand ils sont hospitalisés et c'est pas mal parce que du coup ils découvrent un petit peu » (E15)

Le CETD dispose également de thérapeutiques non disponibles en ville ou mal maitrisées par les médecins généralistes. Celles qui ont été les plus cités étaient les patchs de QUTENZA, les perfusions de KÉTAMINE et les TENS.

« Ils ont d'une part un autre regard et de l'autre ils ont d'autres thérapeutiques qu'ils maîtrisent beaucoup mieux que moi je ne maîtrise et donc voilà ça permet d'avoir d'autres prises en charge. » (E1)
« Elle allait faire ses perfs de kétamine régulièrement au centre de la douleur » (E3)
« J'adresse beaucoup au centre anti douleur dans ces situations là parce que euh je ne me sens pas compétente dans les autres traitements euh enfin les traitements spécifiques » (E6)
« Des fois ouais ils font des perfusions de KETAMINE qui les soulagent des fois temporairement et des fois pas du tout » ; « Les patchs de QUTENZA » (E7)
« Une fois sur 2 les patients sortent avec du QUTENZA » ; « Le TENS faudrait que j'apprenne à le prescrire, mais ça je ne sais pas faire, c'est pour ça, parfois que j'adresse les patients vers le Centre Anti Douleur » (E11)
« Des traitements comme des perfusions de KETAMINE » (E13)

Certains médecins interrogés nous ont dit adresser plus spécifiquement certaines pathologies, comme la fibromyalgie ou l'algoneurodystrophie.

« Les autres douleurs fibromyalgiques ou les douleurs neuropathiques parfois j'envoie au centre de la douleur » (E12)
« Dans certaines formes de de complications de type post traumatique algodystrophiques, mais là quand même en général on contacte, je contacte assez facilement le centre antidouleur » (E14)

Ils adressent leurs patients au CETD avec un courrier la plupart du temps.

« Je fais un courrier au patient » (E1)
« Je dis au patient d'appeler et je fais un courrier » (E5)
« Je demande aux gens de prendre rendez-vous, je fais un courrier pour expliquer » (E12)

Certains centres demandent aux médecins d'envoyer ce courrier par mail ou fax.

« Le secrétariat contacte le centre, on explique et on envoie le fax » (E8)
« Il faut envoyer un mail où tu racontes l'histoire clinique de la personne et après ils sont reconvoqués » (E10)
« Je fais un courrier, on le fax et ensuite les patients sont convoqués » (E13)

Les médecins nous ont rapporté prendre peu d'avis téléphoniques auprès des centres, du fait du caractère non urgent de la douleur chronique.

« Je ne les ai pas au téléphone directement, c'est rarement très urgent sur la douleur chronique » (E2)

Ce qui a été déploré par les médecins, c'était le délai pour obtenir un rendez-vous, qui restait relativement long. Néanmoins, ils étaient conscients d'un grand nombre de demandes qui entrainait une liste d'attente longue et donc une surcharge de travail dans ces centres spécialisés.

« Délai assez long » (E1)
« Ce type de démarche c'est très long » (E6)
« C'est très long les délais… c'est super long… » (E7)
« Le problème des rendez-vous c'est que ce sont des rendez-vous qui sont loin dans le temps » (E8)
« Ils sont débordés, ils ont une file active énorme et bon, les patients disent voilà je consulte et puis après c'est rdv X temps plus tard et entre-temps s'il y a quelque chose c'est difficile d'avoir accès au médecin » (E13)

Plusieurs autres points négatifs ont été rapportés de façon anecdotique. Par exemple, une déception ou une certaine incompréhension face à la prise en charge médicamenteuse. Un médecin a évoqué également une perte de vue de certains patients qui effectuaient leur suivi en CETD, avec ce sentiment de ne plus faire partie du parcours de soin du patient.

« Le centre anti douleur, mais je t'avoue que je suis toujours un peu perplexe vis-à-vis de la prise en charge parce que souvent je trouve qu'il y a de la part du patient et de la part sur le profil évaluation de leur douleur ça avance pas, enfin ça avance pas beaucoup les choses » ; « Souvent je ne vois pas le gain-bénéfice pour le patient » (E5)
« J'avoue que j'ai rarement orienté moi-même de ma propre initiative » ; « Je trouve que c'est un peu tout et n'importe quoi il y a certains médecins qui sont très rigoureux dans leur prise en charge, mais la plupart du temps j'ai pas cette sensation de rigueur enfin » ; « On a beaucoup de comptes rendus illisibles enfin pour un généraliste » (E6)
« Je suis parfois un peu déçu des prescriptions médicales » (E11)
« Après le souci qu'il y a souvent c'est des patients qui nous échappent un petit peu » ; « C'est

une fois qui sont dans la file ça continue quoi, et je suis pas complètement sûr que les gens sortent du circuit ensuite » (E13)
« Ça peut être un algologue, mais pas forcément, j'ai aujourd'hui une image peut-être un peu déformée de l'algologie avec des rendez-vous quand même tardifs avec certains d'entre eux privilégiant peut-être un aspect… les aspects techniques à la prise en charge tout à fait globale » (E14)

b) Confrères

Il est souvent ressorti dans nos entretiens que les médecins généralistes demandaient volontiers de l'aide ou un avis à leurs collègues du cabinet, mais aussi aux spécialistes d'organes concernés par la pathologie.

« Après il y a aussi des confrères une douleur d'épaule j'adresse au rhumato » ; « Une douleur localisée j'adresse au spécialiste d'organe » (E1)
« Les collègues oui, très important » (E3)
« RCP dans la maison de santé » ; « Pour des infiltrations, mais dans des cas particuliers peut-être des rhumatos… ou un spécialiste concerné par l'organe » (E5)
« Neurologue » (E6)
« Il y a des spécialistes, des rhumatos ou des algologues » (E8)
« Je peux être amené à solliciter l'avis d'un collègue » (E11)
« Je l'ai envoyé au rhumato parce que je ne comprenais rien c'est comme ça qu'ils ont fait le diagnostic » (E12)

Un médecin nous a également dit appeler les pharmaciens si besoin.

« D'appeler la pharmacie où ils vont » (E7)

Deux médecins ont cité les centres de rééducation comme outils dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, permettant dans certains cas de diminuer les traitements par opioïdes.

« Elle part en centre de rééducation pour un mois » (E10)
« Elle est allée en centre de rééducation, ça s'est amélioré donc là on a commencé un sevrage de la morphine » (E12)

c) Paramédicaux

(1) Kinésithérapeute

La quasi-totalité des médecins a précisé travailler avec les kinésithérapeutes. Sa prescription fait partie intégrante de la prise en charge de la douleur chronique pour certaines pathologies.

« J'adresse beaucoup vers le kiné » (E1)
« Les soins de kinésithérapie » (E8)
« Ça peut être du kiné si on est sur une pathologie rhumato » (E10)
« Il va y avoir la kiné » (E13)

« Le sentiment que ça fait partie de l'alliance thérapeutique de combiner la prescription médicamenteuse et la rééducation fonctionnelle. Moi j'ai quand même souvent le sentiment que c'est parce qu'un patient est suivi conjointement par le kiné et le médecin qu'on évite l'escalade des traitements » ; « Le binôme c'est plutôt médecin kiné » (E14)

(2) Psychothérapeute

La plupart des médecins nous ont parus attentifs à la souffrance psychologique chez leurs patients qu'ils prenaient en charge au cabinet et/ou qu'ils les adressaient vers le psychologue. Tous s'accordaient à dire que la prise en charge psychologique est primordiale afin de mieux gérer les douleurs chroniques.

« Ça passe par pas mal d'écoute en consultation, l'exploration du moral, du soutien et soutien psychologique » (E3)
« La prise en charge psychologique qui est intéressante » (E6)
« Une prise en charge psychologue parfois peut être utile » (E8)
« Je fais du soutien psychologique » ; « Le soutien psychologique sur une douleur chronique quand tu sens qu'il y a du vécu par-derrière » (E10)
« C'est important d'accorder du temps en fait au patient et que le patient puisse exprimer son ressenti ses douleurs son point de vue ses représentations et ça fait partie aussi du traitement » (E11)
« J'adresse au psychologue, psychothérapeute ou psychiatre parfois » (E12)
« Psychologue, psychothérapeute, je les envoie assez facilement parce qu'il y a souvent un vécu de la maladie, de la douleur chronique qui est toujours... Donc psychologue facilement » (E15)

Un problème majeur est ressorti de ces entretiens, à savoir, la non-prise en charge financière des consultations chez un psychologue. En effet, certains patients n'ont pas les ressources financières suffisantes pour accéder à ces consultations, ce qui peut dans certains cas, retarder une prise en charge optimale.

« Ce qui est compliqué avec les psychologues c'est que ce n'est pas pris en charge on a plein de patients qui n'ont pas forcément les moyens et ça du coup c'est un énorme frein à la prescription du psychologue » (E1)
« Aller voir un psy, mais je ne le prescris pas c'est pas remboursé, mais je le dis aux gens » (E9)
« Là, c'est quand même un frein souvent les gens te disent oui, mais ce n'est pas remboursé » ; « En même temps peut-être que ça les arrange, car ils ne sont pas très motivés. Justement si c'était remboursé, nous, on pourrait insister plus et je suis sûre qu'on débloquerait des situations » (E10)
« Le problème des psychologues on est toujours c'est l'histoire du remboursement » (E13)

(3) Ostéopathe

Les avis ont divergé concernant l'ostéopathie. Pour ceux qui ne le prescrivaient pas, ils mettaient en avant un manque de connaissances des indications ainsi qu'un manque de preuves scientifiques sur une réelle efficacité.

« Parfois je parle de l'ostéo, mais en même je ne sais pas trop comment prescrire de l'ostéo et quelle sont les vraies indications » ; « enfin du moins je ne pense pas que ça leur fasse de mal

dans la mesure où ça ne retarde pas une prise en charge autre » (E1)
« L'ostéo souvent je trouve que l'ostéopathie, ça fonctionne » (E10)
« Je ne prescris pas d'ostéo je ne dis pas aux gens d'aller chez l'ostéo » ; « C'est sûrement un phénomène de mode et que les gens payent cher et se faire papouiller forcément ça fait du bien, mais est-ce que ça a un intérêt objectif euh je ne suis pas convaincu, mais à partir du moment où on n'a pas de démonstration de l'absence d'efficacité on peut rien affirmer » (E11)
« Moi je leur conseille pas l'ostéopathe je leur déconseille même. L'ostéopathe d'abord je ne sais pas très bien définir son rôle et pour moi c'est plutôt une douleur aiguë » (E12)

(4) Autres paramédicaux :

Un médecin a précisé s'aider dans certains cas d'ergothérapeute et un autre de l'assistante sociale.

« On a plein de soins d'ergothérapie » (E8)
« Le contexte social des fois on ne peut pas trop le changer je les envoie vers les assistantes sociales » (E12)

2. Approches médicamenteuses hors opioïdes

a) Médicaments :

D'autres classes de médicaments existent dans la prise en charge des DCNC. Certaines ont été citées dans les différents entretiens. Il s'agissait d'anti-inflammatoires, d'antidépresseurs, d'anti-épileptiques et d'anxiolytiques.

« Elle avait beaucoup de palier 3 que la médecin que je remplaçais avait arrêté et passé sous palier 2 et en fait moi quand je l'avais j'avais introduit plutôt du LAROXYL parce que finalement il y avait quand même une part neuropathique » ; « Elle avait de l'ACUPAN, du LAROXYL » (E3)
« Je pensais aussi à ce type de molécules que j'emploie facilement aussi, des antidépresseurs ou des médicaments anti-épileptiques enfin pour les douleurs neuropathiques. J'introduis jamais du TEGRETOL moi-même, mais euh le LAROXYL, la PREGABALINE c'est des choses que je manipule » ; « Il y a aussi le CYMBALTA que j'emploie aussi » (E5)
« LAROXYL ou LYRICA on les utilise » (E6)
« Dans le cas de la fibromyalgie moi j'ai une patiente… elle est toujours sous anxiolytique au long cours » (E11)
« Enfin les antidépresseurs dans la douleur sont quand même assez intéressants » (E12)
« Une névralgie pudendale... avec une prescription de CYMBALTA et de PREGABALINE » ; « Toujours beaucoup les anti-inflammatoires chez les jeunes » (E13)

b) Phytothérapie :

Un médecin nous a dit prescrire de la phytothérapie en complément des traitements antalgiques classiques.

« Je prescris maintenant de la micronutrition c'est-à-dire de la phytothérapie, je vais leur

donner des plantes anti-inflammatoires, du curcuma et de l'HARPAGOPHYTUM » (E10)

3. Approches non médicamenteuses

« Ça passe pas uniquement par le médicament et au contraire je pense que si on reste dans une optique purement médicamenteuse on se trompe » (E4)

a) Mesures hygiénodiététiques

Il a été mis en évidence que les mesures hygiénodiététiques étaient importantes dans la prise en charge de la douleur chronique. L'idée la plus importante qui a été cité lors de nos entretiens était l'activité physique. Celle-ci permettait de garder une certaine autonomie qui est primordiale dans les douleurs chroniques.

« Hygiène de vie et là-dedans je mets le poids, les relations sociales, le sommeil, le sport » (E2)
« Je prescris de l'activité physique » ; « Je leur conseille comme activité la piscine » (E5)
« L'activité physique adaptée » (E6)
« Faut faire bouger les gens » ; « Pour moi c'est essentiel l'activité physique » (E7)
« On a les conseils d'hygiène de vie » ; « Je trouve que dans la douleur chronique la piscine… c'est très utile » (E8)
« Faire de l'activité physique ça pourrait leur être utile » (E9)
« Rééducation c'est aussi de l'auto rééducation » (E11)
« Il y a souvent quand même donc une remise en en mouvement ou une un encouragement à au mouvement » ; « Activités physiques douces la marche tout simplement » (E14)

b) Adaptation du poste de travail

Un médecin a évoqué une adaptation du poste et du temps de travail si nécessaire, voire une reconnaissance MDPH.

« D'insertion sociale pour ceux qui sont en âge de travailler en situation de travailler avec souvent quand même une reconnaissance de handicap. Donc oui, aller assez rapidement vers la reconnaissance de handicap pour pouvoir les intégrer ou le réintégrer vite dans le milieu du travail. Voilà j'en ai plusieurs comme ça qui voilà on navigue entre de temps en temps des arrêts de travail c'est souvent des gens qui travaillent qu'à mi-temps. » (E14)

c) Médecines alternatives

Les médecins ont cité différentes médecines alternatives mais ils avaient des avis différents sur la question. Par ordre de fréquence, nous avons retrouvé l'acupuncture, l'hypnose, la sophrologie, la relaxation/yoga, le magnétiseur puis le naturopathe.

« Il existe des méthodes de médecines alternatives et chez certains patients ça marche bien et euh chez vous vu que je comprends pas pourquoi vous avez mal et que j'arrive pas moi à vous soulager avec les thérapeutiques que j'ai "conventionnelles", je leur dis pourquoi pas » ; « Je leur dis que ça ne va pas être miraculeux, mais voilà ça peut-être complémentaire » (E1)
« Acupuncture, hypnose, bah quand je les vois c'est qu'en général ils sont partants donc ça se passe bien. S'ils ne sont pas partants forcément je leur propose pas » (E2)

« On peut très bien imaginer un magnétiseur qui en fait il n'y a pas de preuve démontrée, mais certains patients, ça leur fait du bien » (E4)
« On sait bien que dans une douleur chronique la prise en charge n'est pas que médicamenteuse » ; « Les gens qui je sens sont partants je leur propose des techniques alternatives » (E10)
« Je suis très scientifique dans ma pratique, très fondé sur les preuves après c'est pas parce que ce n'est pas fondé que ça sert rien, mais bon après les gens qui m'en parlent euh à partir du moment où les gens ne se font pas mal moi ça ne me dérange pas après je ne vais pas forcément en prescrire » (E11)
« Énergéticienne naturopathe tout ça je ne sais pas à quoi ça sert, mais les gens ils bifurquent comme ça pour dire j'ai fait quelque chose » (E12)
« Qu'est-ce qui a vraiment prouvé son efficacité en dehors de peut-être de l'acupuncture où il a quelques études, je crois » ; « Médecine manuelle dans ces contextes douloureux j'y crois assez peu » (E14)

4. Ressources utilisées

Lorsque les médecins sont en difficulté, ils nous ont confié utiliser des ressources littéraires sur internet ou un livre, comme par exemple avec le VIDAL ou le DOROSZ.

« Si j'ai besoin, internet » (E3)
« Je regarde en fait sur internet, en fait, sur les tableaux d'équianalgésie pour faire le point » (E4)
« Ressources littéraires » (E5)
« Je prends mon Vidal, mon Dorosz j'aime bien, car c'est assez synthétique ça permet de comparer les molécules » (E10)
« J'utilise beaucoup le Dorosz et évidemment le Vidal » (E13)

Trois médecins nous ont parlé du patient comme ressource. L'idée est d'intégrer au mieux le patient dans sa prise de charge et le rendre actif.

« J'utilise le patient comme ressource, parce que voilà... je ne suis pas le magicien qui peut sortir quelque chose de son chapeau, quand on a un peu écumé tout ça le principal c'est de voir ce qu'il attend ou propose… lui demander ce qu'il ferait peut-être qu'il y a des fois des propositions de sa part des choses non dites qui se mettent en place » (E6)
« Je pense qu'effectivement en tout cas c'est enfin moi c'est mon approche, tu as peut-être pu l'apprécier, mais voilà c'est la personne au centre et en particulier dans ces trucs qui trainent ou qui n'ont ni queue ni tête ou c'est des prescriptions qui se prolongent, des douleurs qui n'en finissent pas, je pense qu'il faut savoir s'extraire du bio médical et savoir se recentrer sur la personne et puis voir comme elle elle voit les choses et quel est son point de vue et comment on peut l'aider autrement que par les médicaments » (E11)
« Il faut que les gens se prennent en charge s'ils veulent guérir de leur douleur » (E12)

5. Outils proposés par les médecins pour une meilleure prise en charge :

De nombreux médecins ont appuyé sur le manque de formation sur la DCNC ainsi que sur les thérapeutiques à proposer.

« Des formations surtout, avoir des arbres décisionnels » (E3)
« Je pense que c'est important de réactualiser un petit peu les connaissances sur les prescriptions qui évoluent » (E4)
« Une fiche plastifiée en gros les molécules, un récap les équivalences » (E5)
« Dans ma pratique, c'est ce qui me manque, des formations pharmacologiques » (E6)
« Peut-être des référentiels qui sont plus proches de notre pratique clinique » ; « Je me souviens pas qu'on nous ait proposé franchement des formations sur l'usage des opioïdes enfin en tout cas des paliers 3 en dehors de la cancérologie » (E14)
« J'ai appris à le faire en MG sur le tas » (E15)

L'idée du remboursement des séances de psychologie semblait être partagée par de nombreux médecins interrogés. Elle permettrait de faciliter l'accès au psychologue pour les patients.

« Les séances de psycho remboursées ça serait pas mal quand même » (E7)
« Dans les douleurs chroniques, les gens pourraient bénéficier d'un accompagnement psychologique remboursé de 4 à 6 séances par an » (E10)
« Enfin c'est cher les psychologues... et puis c'est pas pris en charge » (E11)
« Donc psychologue facilement. Mais c'est les moyens qui manquent » (E15)

Un médecin nous a parlé des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), afin de mieux coordonner les soins entre les différents intervenants.

« J'espère que demain notamment avec les CPTS on pourra organiser ça en ville avec des prises en charge pluripro où on va pouvoir créer des énergies d'actions et de compétences avec les psychologues peut-être les kinés peut-être des médecins qui vont plus se spécialiser » (E11)

IV. Discussion

A. Validité de l'étude : forces et limites

1. Les forces de l'étude:

Nous avons choisi un modèle d'étude qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés afin de pouvoir recueillir au mieux les avis et les ressentis des médecins. Avec un thème aussi large et complexe que la prescription d'opioïdes dans le cadre de DCNC, ce type d'étude nous a permis d'avoir des réponses plus complètes et plus sincères que si nous leur avions donné un questionnaire à remplir. Nous avons également pu interroger les médecins sur le potentiel retentissement de la douleur chronique sur la vie des patients, ce qui n'a jamais été réalisé dans un travail de thèse. Or l'évaluation de ce retentissement est primordiale et permet une meilleure prise en charge du patient.

Notre axe secondaire sur le mésusage des traitements opioïdes en France s'inscrit dans l'actualité. En effet, la vigilance en France s'est accrue suite à la crise des opioïdes aux États-Unis et au Canada résultant de la surconsommation et des décès liés au mésusage de ces traitements.

Dans cette étude, l'échantillon des médecins était diversifié en termes de sexe, de mode d'exercice (MSP, cabinet de groupe ou cabinet seul) et de milieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain).

Les deux investigatrices étaient des jeunes médecins remplaçantes. La connaissance du sujet et de la pratique de la médecine générale nous ont permis de mieux comprendre et de mieux rebondir sur les réponses des médecins. Cela nous a aussi facilité l'approfondissement de certains thèmes lors des entretiens. Les médecins interviewés ont également pu se sentir plus à l'aise dans leurs réponses. Ils ont peut-être eu moins de réticences à parler de leurs difficultés en sachant que nous-mêmes pouvions être face aux mêmes problématiques. Les réponses des médecins durant les entretiens ont été spontanées, ils ont eu peu de réticence à s'exprimer.

Le fait d'être deux pour ce travail a favorisé une plus grande richesse dans les entretiens, car chacune avait une manière personnelle de conduire ses entretiens et de rebondir sur les sujets abordés par les médecins. Cela nous a également permis d'avoir un meilleur codage, car il a été effectué séparément avant une mise en commun, facilitant une double analyse.

Le sujet de notre étude a fortement intéressé les médecins, nous n'avons eu aucun refus de participation et plusieurs médecins nous ont demandé de leur envoyer les résultats.

2. Les limites de l'étude :

L'échantillon a été limité à une zone géographique précise, qui comprenait les départements de Loire Atlantique et de Vendée. Une extension régionale ou nationale aurait permis d'obtenir une population plus diversifiée et des réponses plus représentatives.

Il s'agissait pour nous deux de notre premier travail qualitatif. La réalisation des entretiens semi-dirigés requérant une méthodologie particulière, que nous n'avions pas, la mise en pratique ne fut pas évidence au début. Ce manque d'expérience a pu limiter l'approfondissement des entretiens et la saturation des données a pu arriver plus rapidement.

Plusieurs biais ont été identifiés dans notre étude.

- Un biais de sélection : en effet la sélection par effet "boule de neige" nous a conduites à interviewer des médecins qui se connaissaient et dont les pratiques pouvaient être similaires.
- Un biais relationnel : nous connaissions certains des médecins interrogés. Cette proximité a pu biaiser les réponses.
- Un biais de mesure : la richesse des entretiens était dépendante de l'expérience des investigateurs.
- Un biais d'interprétation : lors de l'analyse, nous avons mutualisé nos données recueillies. Certains entretiens ont donc été analysés par une investigatrice n'y ayant pas assisté, ce qui a potentiellement pu induire des interprétations erronées de certains propos par écrit.
- Un biais de désirabilité sociale : c'est-à-dire un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. Les médecins ont pu répondre de façon positive pour éviter d'avoir un sentiment d'infériorité face à l'investigatrice.

B. Résultats

Les praticiens ayant participé à notre étude sont globalement à l'aise avec la prescription d'opioïdes. Ils sont conscients que cette classe médicamenteuse est à manipuler avec précaution, qu'elle nécessite une vigilance lors de son introduction, une réévaluation régulière ainsi qu'une éducation des patients. En 2018, une étude qualitative réalisée par des entretiens semi-dirigés auprès de 18 médecins dans les Alpes Maritimes retrouve des résultats identiques concernant l'aisance des médecins vis-à-vis de la prescription d'opioïdes forts (9). Une autre étude réalisée en 2012 sur 114 médecins généralistes dans le Finistère confirme que ceux-ci possèdent une bonne connaissance des règles de prescription des opioïdes forts et des contraintes liées à la prescription de cette classe thérapeutique (21).

Les médecins généralistes nous ont interpellées sur l'indication des opioïdes forts dans la prise en charge des DCNC. Il existe des recommandations claires de la SFETD concernant l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses.

Leurs principales craintes à l'introduction des traitements opioïdes sont les effets secondaires à court et moyen terme ainsi que le risque de dépendance au long cours.

La crainte des effets secondaires se manifeste dans plusieurs études quantitatives (21,22). Dans notre étude, les principaux effets secondaires décrits sont les effets digestifs et neurologiques comme la somnolence, la confusion, les vertiges et les risques en lien avec la conduite automobile. Les médecins décrivent le plus souvent des situations de mauvaise tolérance en lien avec les opioïdes faibles, ce qui leur pose un réel problème pour la prise en charge de la douleur. Nous retrouvons aussi cette idée dans un travail de thèse qualitative, de 2014 réalisée par D. Charbonnier (23). Lors des entretiens, les médecins évoquent plus d'effets secondaires avec les opioïdes faibles qu'avec les opioïdes forts probablement liés au fait qu'ils prescrivent plus d'opioïdes faibles. Pendant de nombreuses années, les médecins étaient plus réticents à prescrire des opioïdes forts, mais cela évolue, d'autant plus qu'une étude récente publiée en 2019 démontre que les opioïdes faibles ne sont pas mieux tolérés que la morphine à faible posologie (24). Une attention plus particulière est portée aux sujets âgés vis-à-vis de leur tolérance aux opioïdes. On retrouve cette préoccupation concernant les opioïdes forts dans un travail de thèse réalisée par A. Pinabel en 2019 (27).

La dépendance apparaissait comme une préoccupation majeure des médecins lors de l'instauration et/ou le renouvellement des traitements opioïdes. Cette tendance est retrouvée par A. Kuntzmann en 2018 (9). Une étude menée en 2013 dans le Finistère mettait en évidence une préoccupation moindre de la dépendance, qui était évoquée par seulement 25 % des médecins interrogés (21). Dans une autre étude menée en 2013, 15 % des médecins déclaraient systématiquement rechercher la survenue d'une dépendance (25). Mais ces deux études ne concernaient que la prescription d'opioïdes forts.

Dans notre étude est ressortie une plus grande vigilance sur la dépendance aux opioïdes faibles qu'aux opioïdes forts. Le risque de dépendance aux opioïdes faibles est bien réel. À efficacité antalgique équivalente, il n'a pas été démontré que le risque addictif des opioïdes faibles est moins important que celui des opioïdes forts (24). Le risque de dépendance aux opioïdes faibles est bien présent et décrit dans un travail de Thèse de G. Roche. En effet, 86 % des médecins addictologues et algologues ont déjà été sollicités ou ont déjà proposé un sevrage d'opioïde faible (26).

Les médecins interrogés semblaient avoir bien conscience du caractère désagréable de la douleur chronique. Un « cercle infernal » a souvent été décrit. Pourtant dans un travail de thèse de S. Candusso, 60 % des patients douloureux chroniques considéraient que leur douleur était banalisée par le corps médical (28).

Les médecins sont sensibles à l'impact de la douleur chronique. En effet**,** tous s'accordent à dire que la douleur chronique a un impact sur la qualité de vie des patients. Elle altère leurs capacités motrices, leurs interactions avec leur environnement social, peut entrainer des troubles du sommeil et des syndromes dépressifs. Il existe aussi un retentissement sur le plan professionnel. En effet, les médecins sont amenés à faire des arrêts de travail parfois prolongés pour leurs patients douloureux chroniques. Une étude française**,** réalisée en 2013 sur 150 000 personnes**,** indique qu'il existe cinq fois plus d'arrêts maladie de longue durée chez des malades chroniques souffrant de douleur que chez ceux sans douleur (29). La douleur chronique envahit la vie des patients, mais également celle de leurs proches. La reconnaissance de ce principe relatif aux conséquences de la maladie sur l'environnement des patients douloureux chroniques est nécessaire dans le champ de la médecine pour une approche complexe du patient et de sa famille (30).

La relation médecin-malade était décrite comme complexe, nécessitant du temps, de l'empathie, et une formation basée sur l'humain et l'accompagnement psychologique, que les médecins n'ont pas toujours. Cela a également été retrouvé dans un travail de thèse par M. Binoist et M. Cochin en 2012 (10). La sensation d'impuissance pour le médecin est souvent mal vécue, peut nuire à la bonne relation avec le patient et engendrer des sentiments négatifs. Un travail de thèse qualitative, réalisée en 2013 par M. Cayla, a confirmé le rôle central conféré au médecin généraliste par les patients douloureux chroniques et l'importance d'une communication médecin-malade de qualité (31). Les patients attendent de leur médecin généraliste une relation de confiance qui passe par l'écoute et le soutien, mais également une coordination des soins dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique. La relation entre le médecin et le malade doit permettre un travail commun au sein d'une relation de confiance pour rendre possible une prise en charge « biopsychosociale » de la douleur chronique (32).

On retrouve également la notion du patient comme ressource, citée par quelques médecins dans notre étude. L'accès à l'information et aux connaissances grâce aux nouvelles technologies a favorisé l'implication du patient dans sa prise en charge. Le patient peut être considéré comme « patient expert » de sa propre maladie et devenir acteur dans la gestion de sa santé. La notion « d'empowerment », c'est à dire autonomisation du patient, est un concept qui

se développe notamment dans le cadre de pathologies chroniques (33).

Une des difficultés rapportées à la prise en charge de patients douloureux chroniques est le manque de temps auquel les médecins font face pour leurs consultations. Selon une étude du ministère des Solidarités et de la Santé, la durée moyenne de consultation en médecine générale en France, en 2019, est de 18 minutes**,** soit un temps bien trop court pour aborder certains sujets, et notamment celui de la douleur chronique et ses répercussions. Quand on sait que la durée moyenne d'une semaine de travail d'un médecin généraliste est de 54 heures, il semble difficile pour lui de dégager plus de temps (34).

Une autre difficulté fréquemment rencontrée par les médecins généralistes est la prise en charge de la composante psychique dans la douleur chronique. Ils ont évoqué leurs observations des influences réciproques entre le corps et l'esprit. Une étude réalisée aux États-Unis, sur 3243 patients, a mis en évidence que 49 % des patients rapportaient des douleurs chroniques et 6,3 % avaient un épisode dépressif majeur. Dans 57 % des cas, la douleur précédait l'épisode dépressif majeur. Les patients déprimés sont plus souvent exposés aux douleurs physiques chroniques et la dépression reste une complication fréquente en cas de douleurs chroniques (35).

L'échelle HADs Anxiété-Dépression (Annexe 4) peut aider le médecin à évaluer la composante anxieuse et/ou dépressive chez le patient douloureux chronique. Elle comprend deux groupes de sept questions, chaque réponse est cotée de 0 à 3 par le patient. Le score (de 0 à 21) de chacune des deux sous-échelles donne une idée sur la sévérité du retentissement de la douleur sur les composantes anxieuses et dépressives (2).

M. Vannotti et M. Gennart proposent une approche phénoménologique et clinique des patients souffrant de douleurs chroniques. Dans ce modèle phénoménologique, la maladie peut se définir comme ce processus par lequel le sujet subit une atteinte au départ de son propre corps. Parfois certains patients font l'expérience de douleurs chroniques qui ne sont pas rattachées à une pathologie somatique claire. La douleur chronique inexpliquée se classe dans les « troubles somatoformes douloureux ». Elle met en difficulté le praticien, qui n'est pas vraiment en mesure de comprendre ce dont souffre le patient douloureux ni de soulager sa douleur. Pour aider le médecin à les prendre en charge, les auteurs de l'article font trois propositions. La première est celle de la sincérité : le médecin reconnaît les plaintes du patient et s'abstient de les remettre en doute afin de garantir l'alliance thérapeutique. La deuxième est de mettre à jour les dimensions impliquées dans la souffrance du patient, car le patient ne souffre pas « que » de sensations douloureuses. Et la dernière est de restituer le symptôme dans l'histoire de vie des patients, histoire au cours de laquelle ce symptôme est apparu (30).

Les médecins nous ont parlé de la difficulté à amener le patient à voir la composante psychologique de la douleur, ou du moins de faire le lien entre le physique et le psychique. La prise en charge conjointe des volets somatiques et psychiques ne va pas de soi pour le patient qui vient vers un somaticien, convaincu de la seule explication organique de sa douleur. L'idéal est de faire intervenir dans la même période et parfois conjointement somaticien et psychiatre/psychologue en traitant et analysant les deux versants explicatifs de la douleur sans jamais remettre en doute sa réalité (36).

Les médecins font face également à une autre problématique qui est le non-remboursement des consultations chez les psychologues. Au vu du retentissement sur le plan professionnel, les patients douloureux chroniques sont souvent dans des situations précaires et ne sont pas en capacité de payer les consultations chez un psychologue. Ce manque d'accès au soin altère la prise en charge des patients douloureux chroniques. Lors de nos entretiens**,**

plusieurs praticiens évoquaient l'idée d'un remboursement des séances chez les psychologues. Cette problématique n'est pas nouvelle et le Ministère de la Solidarité et de la Santé a travaillé dessus récemment. En effet en octobre 2021, il propose un remboursement du psychologue à raison de 8 séances par an à partir de 2022 (37). Ce projet reste très décrié, car le remboursement est totalement sous-évalué par rapport aux pratiques actuelles des psychologues.

La prise en charge de cette composante psychologique a été décrite par les médecins comme difficile et épuisante par les médecins généralistes. Cette idée est retrouvée dans l'étude de Nice (9).

L'épuisement des soignants n'est pas nouveau et est d'autant plus vrai dans ce contexte actuel de pandémie lié à la COVID 19. De nombreux médecins nous ont parlé d'une fatigue face à ces prises en charge complexes. Ils sont quotidiennement confrontés à la souffrance physique ou psychique des patients. Ils réussissent généralement à supporter la souffrance et la douleur des patients ou mettent inconsciemment en place des mécanismes de défense pour se protéger. Mais lorsque le sentiment d'impuissance s'installe, la situation peut devenir compliquée à gérer pour le soignant (38). Dans une étude réalisée en 2004 dans la région Sud Loire sur 480 médecins, il est apparu que 5 % des praticiens avaient un niveau de burn-out élevé. Dans les causes évoquées, on retrouve des soucis organisationnels, administratifs (charge de travail excessive, poids de l'administration, conflit avec les organismes sociaux), mais aussi relationnels en rapport avec les exigences des patients (39). Une étude plus récente publiée en 2021, réalisée par Healthcare Information and Management Systems Society, dans 10 pays différents auprès de plus de 400 médecins et IDE, montre une nette augmentation d'épuisement des soignants. Sur les participants Français, 67 % ont déclaré que leur travail leur fait ressentir un épuisement professionnel, le plus haut chiffre parmi tous les pays composant le panel de l'étude (40).

La santé des médecins est un enjeu majeur de santé publique. Le Conseil de l'ordre national des médecins a émis en 2018 un rapport sur le diagnostic et les propositions afin de mieux prévenir et promouvoir la santé des médecins (41). Si les soignants étaient moins épuisés, ils seraient peut-être plus efficaces, plus rigoureux dans leur travail, moins exposés à des erreurs professionnelles et seraient peut-être plus à même d'écouter la plainte des patients. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes et IDE démontre l'existence de relations entre l'approche centrée patient et les variables personnelles qui caractérisent le soignant. En effet**,** les soignants plus empathiques utilisent davantage une approche centrée patiente et ils avaient des niveaux plus faibles d'épuisement professionnel (42).

Dans notre étude, les médecins interrogés citaient leurs collègues et leurs confrères comme une ressource importante. En effet, ils demandent facilement un avis auprès de leurs pairs s'ils sont dans une situation qu'ils ont du mal à gérer seuls. En 2016, le gouvernement a mis en place le projet « Ma Santé 2022 ». Le but est de créer des CPTS afin de garantir à tous l'accès à un médecin de proximité, mais également de lutter contre l'isolement des soignants en réorganisant le système de soins primaires. L'un des objectifs est de décloisonner l'organisation des soins afin de faciliter la coordination entre médecine de ville, hôpital et structures médico-sociales (43).

Les médecins adressent spontanément au CETD pour des raisons diverses, mais il existe des vraies indications bien définies, que l'on retrouve dans le guide de bonnes pratiques de la SFEDT. Un travail de thèse réalisé en 2012 à Tours a mis en évidence des pratiques qui ne sont pas toujours unifiées (44). La plupart des médecins travaillent avec ces centres et les sollicitent lorsqu'ils font face à des situations complexes qu'ils ne peuvent plus gérer seuls en cabinet. Une étude réalisée à Montréal en 2015 a montré que les médecins généralistes étaient favorables

aux consultations d'experts de la douleur. Ils estiment que ces consultations peuvent favoriser le transfert de connaissances des médecins spécialistes aux médecins traitants et favoriser le maintien de la prise en charge des douleurs chroniques par les médecins de famille (45). Néanmoins les médecins généralistes sont en difficulté face à l'augmentation des délais de rendez-vous en CETD. Ils sont bien conscients du manque d'effectif dans ces centres, mais cela engendre des retards de prise en charge qu'ils doivent essayer de compenser en médecine de ville.

Face à cette réalité, il semble nécessaire que des efforts d'organisation et de coordination des soins soient encore fournis afin d'améliorer les relations entre les CETD et la médecine de ville. La mise en place d'outils d'aide à la prise en charge ou le déploiement d'un quatrième plan de lutte contre la douleur pourraient répondre à ces besoins. Un projet article 51 portant sur l'élaboration d'un parcours de soins innovants du patient douloureux chronique (ou à risque de chronicisation) entre médecins traitants et structures spécialisées douleur chronique est en cours en Loire-Atlantique et Vendée. Ce projet est né suite à une enquête réalisée en 2019, auprès de 300 médecins généralistes, qui a mis en évidence un frein de coordination entre médecines de ville et l'hôpital. Les deux principaux objectifs du parcours sont d'une part de limiter les risques de chronicisation de la douleur et d'autre part d'améliorer la qualité de vie des patients douloureux chroniques. Le projet s'appuie sur un parcours de soins intégré et coordonné autour du médecin traitant avec l'intervention d'infirmières ressources douleurs de proximité ; des Réunions Concertation Pluridisciplinaire (RCP), des téléexpertises ; de nouveaux outils de coordination tels qu'un outil information parcours accessible à tous les acteurs de soins ainsi qu'un dispositif de coordination financier concernant les thérapies complémentaires et l'éducation thérapeutique. Cela pourrait permettre de diminuer la pénibilité de travail des médecins et essayer de pallier le manque croissant des généralistes.

La prise en charge de la douleur chronique n'est pas que médicamenteuse**.** La plupart des praticiens évoquent des médecines alternatives, mais leurs avis divergent. Certains les pratiquent au sein de leur cabinet, d'autres adressent leurs patients vers des thérapeutes, tandis que d'autres sont plutôt réfractaires **—** par manque de connaissances et/ou de preuves scientifiques. La SFETD propose plusieurs approches alternatives : les thérapies psychocorporelles (hypnose, sophrologie, relaxation, méditation), des thérapies énergétiques, l'acupuncture ou encore l'auriculothérapie. Les connaissances dans ce domaine restent malheureusement disparates. L'hypnose et l'acupuncture sont les techniques qui ont de sérieux bagages scientifiques (46,47).

Les médecins interrogés nous ont parlé du caractère essentiel de l'activité physique dans la prise en charge de la douleur chronique. Une revue de la littérature datant de 1998 confirmait déjà cette tendance. Il apparaît qu'une prise en charge de reconditionnement physique était bénéfique dans la prise en charge du patient douloureux chronique. Elle est indispensable pour le maintien de l'autonomie dans les activités quotidiennes (48). L'HAS a également émis des recommandations plus récentes sur l'activité physique adaptée et l'état fonctionnel du patient. En octobre 2019, elle a publié des recommandations de bonnes pratiques sur l'activité physique et sportive, afin de faciliter la prescription médicale (49). Un travail de thèse**,** réalisé en 2020 à Marseille**,** a analysé l'effet d'une d'activité physique adaptée via le programme « fibromyactiv » sur la qualité de vie des patients fibromyalgies. Ce programme a montré une efficacité autant immédiate qu'à distance sur la qualité de vie, la sensation d'amélioration du patient, la douleur, la santé mentale et l'activité physique quotidienne (50).

Le manque de formation initiale théorique dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse a été décrit par les médecins dans notre étude, indépendamment de leur âge. Les jeunes médecins ne se sentent pas mieux formés que leurs ainés. Une étude menée

en 2006 sur des internes de médecine générale a mis en évidence des lacunes sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte non communicant, l'adaptation d'un traitement morphinique, l'équianalgésie, la rotation des opioïdes et sur la douleur neuropathique dans son diagnostic et son traitement (51). Ce ressenti a également été retrouvé dans d'autres travaux de thèse (9,10). Pourtant, la France est une référence en termes de recherche et d'enseignement sur la douleur, qui a permis notamment de développer des recommandations de bonnes pratiques de qualité. C'est le seul pays d'Europe où la médecine de la douleur est reconnue comme une discipline universitaire (2).

Le risque de mésusage lié aux traitements opioïdes est bien présent dans l'esprit des médecins interrogés. Bien que la situation en France ne soit pas comparable à la crise des opioïdes aux États-Unis et au Canada, un certain nombre d'indicateurs, comme l'augmentation des prescriptions, incitent à une vigilance accrue de la part des autorités et des professionnels de santé.

Les antalgiques opioïdes font l'objet d'une surveillance par les Centres d'Évaluation et d'Information sur le Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A), réseau d'addictovigilance de l'ANSM. L'analyse des données recueillies a permis de mettre en évidence plusieurs usages problématiques de ces antalgiques, pouvant être différents d'une substance à l'autre (52). Une étude réalisée dans un CETD à Nantes en 2015 confirme cette tendance. Sur les 433 patients inclus dans l'étude, le CEIP-A a reçu 108 notifications, dont quasiment la moitié (45,7 %), pour des usages problématiques d'antalgiques.

Plusieurs médecins nous ont parlé d'un profil type de patients, à caractère subjectif, qui les invitent à être plus vigilants dans leurs prescriptions. Il existe de vrais facteurs de risques de mésusage identifiés, que l'on peut retrouver dans le guide de bonne pratique de la SFEDT (2). Bien que les médecins soient conscients de ce risque de mésusage, ils ne le recherchent pas systématiquement en consultation. Plusieurs études confirment cette observation. Une étude qualitative, réalisée à Caen en 2020 par A. Sommier, a révélé l'absence d'évaluation systématique du risque addictologique lors de la prescription d'un opioïde (53). En 2020, H. Mekrache a également mis en évidence un dépistage du mésusage des antalgiques d'opioïdes faibles non optimal (54).

Il existe des échelles d'évaluation du risque d'addiction et de mésusage. L'outil « Opioïd Risk Tool » (ROT) (Annexe 5) est un outil de dépistage simple et rapide qui permet de dépister le risque potentiel d'addiction (2). L'existence de facteurs de risque n'interdit pas la prescription, mais justifie une attention et un suivi renforcés. Sans connaître cet outil, les médecins de notre étude posaient des questions similaires sur l'utilisation de drogue ou d'alcool, ils étaient vigilants au contexte psychologique. La seule chose qui n'est pas recherchée c'est les antécédents familiaux d'abus de substance. Lors du suivi d'un patient sous traitement opioïde fort au long cours, il est recommandé de rechercher un mésusage lors de chaque renouvellement d'ordonnance, l'outil « Prescription Opioïd Misuse Index » (POMI) (Annexe 6) est préconisé dans cette indication (2). En pratique dans l'étude, aucune des questions ne semblait abordée en cabinet. Une étude récente effectuée en 2021 remet en cause l'utilisation de l'échelle POMI en soin primaire. Cet outil serait plus adapté en soins secondaires comme dans les CETD (55).

L'identification des patients douloureux chroniques non cancéreux présentant une consommation problématique d'antalgiques opioïdes devient une nécessité compte tenu de l'augmentation conséquente du mésusage de ces médicaments. Une étude réalisée en 2016, sur 52 patients dans un CETD, a mis en évidence que plus de la moitié des patients douleurs chroniques sous traitement opioïde (51,9 %) avait des critères d'addiction sévère d'après le questionnaire du DSM-V. Il existe donc une forte prévalence de trouble de l'usage aux antalgiques opioïdes dans cette population de patients douloureux chroniques (56).

Selon les recommandations de la SFETD, la suspicion d'une addiction ou d'un mésusage doit amener le praticien à orienter le patient vers un addictologue, CETD ou un psychiatre (7).

En 2018, le Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD) a publié un livret sur les opioïdes « ce qu'il faut savoir ; ce qu'il faut faire », proposant aux professionnels de santé les informations nécessaires pour un bon usage des médicaments antalgiques opioïdes (5).

Les praticiens ont évoqué le rôle du pharmacien dans le dépistage des ordonnances suspectes d'opioïdes. Le réseau Ordonnances suspectes – Indicateurs d'Abus Possible (OSIAP) permet de recueillir et d'analyser les ordonnances suspectes. Sur la période de 2010 à 2017, les antalgiques opioïdes pour lesquels une ordonnance suspecte a été déclarée étaient principalement des opioïdes faibles (TRAMADOL puis CODÉINE) (52). Le pharmacien a un rôle primordial. En effet, sa connaissance des médicaments, des patients et sa proximité font de lui un acteur important dans la prévention, le repérage et l'orientation des patients mésusant les antalgiques opioïdes.

La problématique de mésusage des opioïdes est un sujet préoccupant et d'actualité. Le gouvernement a émis une feuille de route pour 2019-2022 afin de mieux prévenir et agir face aux surdosages d'opioïdes. Cette feuille de route identifie cinq objectifs et dix-huit actions à mettre en place pour consolider les acquis et améliorer le parcours de soins des usagers en difficulté avec leur consommation d'opioïde et ainsi mieux prévenir le risque de surdose. Un des cinq objectifs est d'assurer la diffusion large de la NALOXONE (antidote des surdosages aux opioïdes), prête à l'emploi, aux consommateurs d'opioïdes (11). Dans notre étude, aucun des médecins interrogés n'avait de NALOXONE au cabinet.

V. Conclusion

L'usage des opioïdes s'est largement développé dans la prise en charge de la DCNC. Notre étude a montré que les médecins généralistes sont à l'aise avec leurs prescriptions, mais restent tout de même vigilants. Les principaux freins à la prescription sont les effets secondaires et le risque de dépendance. La prise en charge du patient douloureux chronique est parfois compliquée : en plus d'être chronophage, elle associe une part psychologique considérable. La relation médecin-malade a une place majeure dans la prise en charge des DCNC.

Enquêter sur l'utilisation des opioïdes dans les DCNC a amené les médecins généralistes à aborder de façon beaucoup plus générale la prise en charge de la douleur chronique. Ils sont conscients de l'impact de la douleur chronique sur les différentes sphères de la vie du patient. La DCNC, du fait de son caractère multidimensionnel, nécessite une prise en charge biopsychosociale. Les praticiens travaillent en collaboration avec différents professionnels de santé comme les kinésithérapeutes, les psychologues ainsi que les SDC. Ce travail a mis en évidence la nécessité de formations à l'utilisation stratégique des opioïdes au sein d'une prise en charge globale des patients présentant une DCNC, ainsi qu'une meilleure coordination des soins avec les SDC. Le projet article 51 en cours, visant à élaborer un parcours de soins innovant du patient douloureux chronique entre structures de soins primaires et structures spécialisées douleur, fait partie des pistes intéressantes allant en ce sens.

L'identification des patients douloureux chroniques non-cancéreux présentant une consommation problématique d'antalgiques opioïdes devient une nécessité compte tenu de l'augmentation conséquente du mésusage de ces médicaments. Dans notre étude, les médecins généralistes sont conscients de ce risque. Ils sont plus attentifs dans le cadre de la DCNC qui est, pour la plupart, un facteur de risque de mésusage. Une vigilance accrue semble nécessaire à chaque renouvellement d'ordonnance.

Pour une utilisation optimale des opioïdes par le médecin généraliste au sein d'une prise en charge globale de la DCNC, cette thèse a permis d'identifier des besoins : de vision algologique globale et complexe du patient, de pluridisciplinarité coordonnée, d'accès aux soins psychothérapiques et rééducatifs, d'éducation thérapeutique du patient et de coopération avec le milieu social et professionnel. Y répondre nécessitera de développer de nouvelles pratiques et de nouvelles organisations de soins, comme par exemple le développement d'accès aux soins psychologiques ou à l'activité physique adaptée, ou encore le développement des parcours de soins innovants comme dans le projet article 51, parcours de soins du patient douloureux chronique.

VI. Références bibliographiques

1. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandation de bonne pratique. [internet]. Haute Autorité de Santé. 2009 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

2. Aubrun F. Structures douleur chronique, SDC : guide des bonnes pratiques. Paris : Éditions Med-line ; 2019.

3. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bon D. Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. 2018 ; 7 h 16.

4. République Française. Article L1110-5 — Code de la santé publique — Légifrance [internet]. 2016 [cité 28 déc 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972245/

5. RESPADD. Médicaments antalgiques opioïdes. Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire. [internet]. 2018 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur : https://www.respadd.org/blog/2018/10/10/medicaments-antalgiques-opioides/

6. Neuwirth L. Rapport d'information sur les problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur [internet]. 2014 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/r94-138/r94-138.html

7. SFETD Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. 2016 janv.

8. ANSM. Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France [internet]. 2020 [cité 28 déc 2021]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france

9. Kuntzmann A. Prescription des opioïdes forts dans la douleur chronique : perceptions et difficultés en médecine générale [internet] [Thèse d'exercice]. [Nice UFR de médecine] : Université de Nice Sophia-Antipolis ; 2018 [cité 29 déc 2020]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956343

10. Binoist M, Cochin M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois. undefined [internet]. 2012 [cité 29 déc 2021]; Disponible sur : https://www.semanticscholar.org/paper/Difficult%C3%A9s-de-prise-en-charge-des-patients-en-dans-Binoist-Cochin/f5e0d9d6669873335adc6cd7bf86bc772e26584c

11. Santé M des S et de la. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022 [internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 déc 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/prevenir-et-agir-face-aux-surdoses-d-opioides-feuille-de-route-2019-2022

12. American Psychiatric Association. DSM-5 — Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [internet]. 5e éd. Elsevier Masson ; 2015 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur : https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html

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. Brisacier A-C, Palle C, Mallaret M. Décès directement liés aux drogues. OFDT [internet]. juill 2019 [cité 28 déc 2021] ; 133. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/deces-directement-lies-aux-drogues-tendances-133-juillet-2019/

15. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [internet]. 4e éd. Armand Colin ; 2016 [cité 4 janv 2022]. Disponible sur : https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm

16. Miles M, Huberman A. Analyse des données qualitatives. De Boeck 2ème édition.

17. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. 2007.

18. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie. 2009 ; 20 (88) : 6.

19. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie. 2009 ; 20 (87) : 6.

20. Observatoire régional de la Sante Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Situation 2018 et évolution [internet]. 2019 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/publications/demographie-des-medecins-en-pays-de-la-loire-situation-2018-et-evolution

21. 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. 1 juin 2012 ; 25 (2):93-100.

22. Société Française de Médecine Générale. Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. [internet]. 2010 juin [cité 29 déc 2021] ; Nice. Disponible sur : https://slideplayer.fr/slide/10228851/

23. Charbonnier D. Prescription des antalgiques de palier 2 en médecine générale : évaluation des difficultés rencontrées et de l'information délivrée aux patients, en particulier aux conducteurs [internet] [Thèse d'exercice]. [Nice UFR de Médecine] : Université de Nice Sophia-Antipolis ; 2013 [cité 29 déc 2021]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01022526

24. Delage N, Brillaxis P, Lowenstein W. Opioïdes forts, opioïdes faibles, quelle utilisation en 2019 ? EM-Consulte. :265-71.

25. Serra E, 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. EM-Consulte. 2014;172:245-330.

26. Roche G. Addiction aux antalgiques opioïdes : deux études pharmacoépidémiologiques sur les différences entre la perception et le diagnostic du médecin ainsi que sur les modalités de sevrage des antalgiques opioïdes faibles [internet] [exercice]. [Toulouse UFR de médecine] : Université Toulouse III — Paul Sabatier ; 2014 [cité 29 déc 2021]. Disponible sur : http://thesesante.ups-tlse.fr/337/

27. Pinabel J. Étude des pratiques de prescription des antalgiques de paliers 3, par les médecins généralistes en ambulatoire, chez les sujets âgés de plus de 65 ans dans les douleurs chroniques non cancéreuses [internet] [Thèse d'exercice]. [Aix Marseille UFR de médecine] : Aix-Marseille Université. ; 2019 [cité 29 déc 2021]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02117575

28. Candusso S. Les patients douloureux chroniques face à leur douleur : comment les patients douloureux chroniques vivent-ils au quotidien avec leur douleur en comparaison à des patients présentant une pathologie chronique non douloureuse. [Thèse d'exercice]. [Toulouse UFR de médecine] : Université Paul Sabatier ; 2010.

29. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. EM-Consulte. avr 2013;14:57-66.

30. Vannotti M, Gennart M. L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique. Janvier2006;(36):13-31.

31. Cayla M. Attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale : étude qualitative auprès de patients du Cher [Thèse d'exercice]. [Tours UFR de médecine] : Université de Tours. ; 2013.

32. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahiers de psychologie clinique. janv 2007;28:167-83.

33. Gentric B. Le défi de l'autonomisation des patients dans les maladies chroniques. Cairn [internet]. avr 2017 [cité 14 janv 2022];(42). Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2017-2-page-42.htm

34. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [internet]. DRESS. 2019 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler

35. Gaillard A. Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 mars 2014;172 (2):104-7.

36. Laurent B. Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. EM-Consulte [internet]. 2017 [cité 29 déc 2021];1. Disponible sur : https://www.academie-medecine.fr/douleur-chronique-son-retentissement-emotionnel-et-cognitif/

37. Ministère des Solidarités et de la Santé. Vers un remboursement des séances de psychologues dès le printemps 2022 — MonPsySanté [internet]. 2021 [cité 29 déc 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/vers-un-remboursement-des-seances-de-psychologues-en-2022

38. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. EM-Consulte. 2013;11:201-6.

39. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 1 déc 2004;33 (22):1569-74.

40. Nuance Communications. Burn-out dans la santé : 98 % des soignants reconnaissent avoir déjà ressenti les symptômes de l'épuisement professionnel [internet]. 2021 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur : https://www.caducee.net/actualite-medicale/15406/burn-out-dans-la-sante-98-des-soignants-reconnaissent-avoir-deja-ressenti-les-symptomes-de-l-epuisement-professionnel.html

41. Bouet P. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. France ; 2018 p. 140. (Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre).

42. Paul-Savoie E. Identification des caractéristiques des soignants liées à l'utilisation d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique. [Thèse d'exercice]. [Québec Canada] : Université de Sherbrooke UFR médecine ; 2015.

43. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

44. Bourdin B. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques par les médecins généralistes : étude qualitative auprès de médecins du Loir-et-Cher et de l'Indre-et-Loire. [internet] [Thèse d'exercice]. [Tours] : Université de Tours. UFR de médecine ; 2014 [cité 1 déc 2021]. Disponible sur : http://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=2/TTL=1/SHW?FRST=1

45. Deblois S, Lepanto L. Enquête auprès des premiers médecins de famille ayant fait appel au service avis d'experts en douleur chronique. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ; 2015.

46. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. [internet]. Inserm. 2015 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-lhypnose-2015/

47. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Aminata A, Falissard B. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. [internet]. Inserm. 2014 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-et-de-la-securite-de-lacupuncture-2014/

48. Calmels P. Douleur chronique, activité physique et qualité de vie. Sci Sports. 1 janv 1998;13 (1):10-6.

49. HAS. Activité physique et sportive. Faciliter la prescription médicale. [internet]. 2019 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur : file:///C:/Users/mkeke/AppData/Local/Temp/sport_sur_ordonnance_-_lessentiel_en_4_pages.pdf

50. Claude M. Fibromyactiv : Efficacité du programme d'activités physiques adaptées sur la qualité de vie de patients fibromyalgiques. Étude monocentrique, prospective et randomisée avec analyse du substrat biologique et imagerie cérébraletitre [internet] [Thèse d'exercice]. [Aix Marseille UFR de médecine] : Aix-Marseille Université. ; 2020 [cité 29 déc 2021]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03028398

51. Piffer I. Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte [Thèse d'exercice]. [Nancy UFR de médecine] : UFR Henry Pointcaré ; 2006.

52. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019.

53. Sommier A. 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 [internet] [Thèse d'exercice]. [Caen UFR de médecine] : Université de Caen Normandie ; 2020. Disponible sur : http://www.sudoc.abes.fr/cbs/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=253182506

54. Mekrache H. Le médecin généraliste face au mésusage des antalgiques opioïdes faibles prescrits dans le cadre de douleur chronique non cancéreuse : repérage et freins à la gestion dans la pratique courante en Bourgogne [Thèse d'exercice]. [Dijon UFR de médecine] : Université de Bourgogne ; 2020.

55. Laporte C, Delorme J, Dupouy J, Quirin A, Kerckhove N, Cabaillot A, et al. Validation d'une échelle de mésusage des antalgiques opioïdes en soins primaires. EM-Consulte. mars 2021;76 (2):166-7.

56. 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. Therapies. 1 févr 2017;72 (1):169-70.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour,

Tout d'abord merci de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Je me présente, Erika ou Céline, je suis médecin généraliste remplaçant et je souhaite réaliser avec Erika ou Céline, un travail de thèse sur la prescription des opioïdes par les médecins généralistes dans le cadre des douleurs chroniques non cancéreuses.

Pour faciliter la retranscription, les entretiens seront enregistrés, et bien entendu, ils seront analysés de façon anonyme.

Données quantitatives du médecin :

- Âge :
- Sexe :
- Durée d'exercice en tant que MG :
- Spécialité : addiction ? Douleur ? :
- Localisation :
- Propre cabinet ? Ou remplaçant ? :
- Libéral ? Salarié ? :
- Mode d'exercice : rural ? Semi-rural ? Urbain ?
- Cabinet : seul ? Groupe ? MSP ?
- Avez-vous déjà fait une formation douleur ? Si oui : comment ? De quand date la dernière ? :
- Avez-vous déjà pris un traitement à base d'opioïdes ?
- Avez-vous dans votre trousse d'urgence de la NALOXONE ?

<u>Thème 1 : Indication/Contexte de prescription de traitements opioïdes.</u>

- Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulé la dernière consultation ou vous avez introduit/renouvelé un opioïde (palier 2 ou 3) pour une douleur chronique non cancéreuse ?
- En général, vous sentez-vous à l'aise dans votre pratique à ce sujet ? Dans quelles situations ?
- Au cours de vos années de pratiques, vous avez dû rencontrer des situations variées. Pouvez-vous me raconter une situation qui vous a marqué et qui a changé votre façon de percevoir la prescription d'opioïdes ?

<u>Thème 2 : Freins et difficultés</u>

- Dans quelles situations vous êtes-vous senti en difficulté et pour quelle raison ?
- Quelles sont vos craintes/préoccupations lorsque vous instaurez un traitement par opioïdes ?

<u>Thème 3 : Mésusage</u>

- Quel est votre point de vue sur l'éventuel risque de mésusage lié aux opioïdes ?
- Pouvons-nous raconter une situation en lien avec un mésusage des opioïdes ?
- Comment recherchez-vous le risque de mésusage en consultation ?

Thème 4 : Compétences et ressources

- Lorsque vous êtes en difficulté face à une prescription d'opioïde, quelles ressources utilisez-vous ? Vers qui vous tournez-vous ?
- Si ne parle du centre anti douleur : Avez-vous déjà contacté un centre anti douloureux pour une situation DCNC ?
- Qu'est-ce qui vous permettrait de vous sentir plus à l'aise dans votre pratique concernant la prescription des opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses ?

Thème 5 : Prise en charge globale et contexte biopsychosocial du patient présentant une douleur chronique

- Lorsque vous suivez un patient pour des douleurs chroniques non cancéreuses que proposez-vous au patient en dehors de l'alternative médicamenteuse ?
- Comment les douleurs chroniques peuvent-elles altérer la qualité de vie des patients ?

- Avez-vous des remarques ?

Annexe 2 : Codage de l'analyse

A) Usages et Perceptions
   1. Les situations cliniques évoquées
   2. Habitudes de prescriptions
      - Selon les différents paliers
      - Selon l'âge
      - Co prescription pour les opioïdes forts
      - Selon l'environnement du patient
      - Selon la tolérance antérieure
      - Évolution au cours du temps
   3. Évaluation de la douleur
   4. Réévaluation du traitement
      - Opioïdes faibles
      - Opioïdes forts
   5. Education
   6. Relation médecin malade/Alliance thérapeutique
   7. Ressenti du médecin vis-à-vis de la prescription
      - Ressenti positif
      - Ressenti négatif
      - Les craintes
      - Idées du médecin
      - Expérience vécue

B) Perception de la douleur chronique par le médecin
   1. Ressenti du médecin vis-à-vis de la douleur
   2. Ressenti du médecin vis-à-vis du retentissement de la douleur chronique sur les patients
      - Général
      - Familial/Social
      - Psychologique
      - Professionnel
      - Physique
      - Médical

C) Difficultés
   1. Déterminer l'indication
   2. Problème de diagnostic
   3. Maniement des opioïdes
   4. Caractère chronophage de la douleur chronique
   5. Liées aux effets secondaires
   6. Evaluation
   7. Échec de modification thérapeutique
   8. Douleur aiguë sur douleur chronique
   9. Communication avec le patient
   10. Souffrance du médecin
   11. Point de vue du patient
   12. La souffrance psychique en lien avec la douleur chronique
   13. Éducation thérapeutique

D) Mésusage
   1. Avis du médecin

2. Situations cliniques évoquées
3. Préoccupations
4. Évaluation du risque
5. Outils

E) Ressources
1. Centre anti douleur
    - Avis du médecin
    - Communication avec le centre
    - Indications
    - Traitement reçu
    - Bénéfice pour le patient d'après le médecin
    - Avis du patient
2. Spécialistes d'organes
3. internet/livres
4. Confrères
5. Centre de rééducation
6. Non médicamenteuses
    - Para médicale
    - Hygiène de vie
    - Médecines alternatives
7. Co antalgiques
8. Adaptation du poste de travail
9. Patient
10. Outils proposés par les médecins
    - Formations
    - Psychologues remboursés
    - CPTS

Annexe 3 : Échantillon de la population

Entretien	Genre	Âge	Mode d'exercice	Type d'exercice	Localisation	Formation douleur	Traitements reçus
E1	F	30	Installé/Cabinet de groupe	Rural	85	Non	Opioïde faible
E2	H	37	Installé/MSP	Semi-rural	44	Oui quand il était interne	Opioïde fort
E3	F	30	Remplaçant			Oui quand elle était interne	Non
E4	H	31	Remplaçant			Oui quand il était interne	Opioïde faible et Opioïde fort
E5	H	37	Installé/MSP	Urbain	44	Non	Opioïde faible
E6	F	64	Installé/MSP	Rural	85	Oui il y a 10 ans	Non
E7	F	35	Installé/MSP	Urbain	44	Oui quand elle était interne	Opioïde faible
E8	H	68	Installé/Cabinet seul	Urbain	44	Oui il y a 20 ans	Opioïde fort
E9	H	30	Remplaçant			Non	Opioïde faible
E10	F	52	Installé/Cabinet de groupe	Rural	85	Non	Non
E11	H	46	Installé/Cabinet seul	Semi-rural	85	Non	Opioïde faible
E12	F	63	Installé/MSP	Rural	85	Non	Opioïde fort
E13	H	50	Installé/Cabinet de groupe	Urbain	44	Non	Opioïde faible
E14	H	63	Installé/MSP	Rural	85	Non	Non
E15	F	40	Installé/Cabinet de groupe	Semi-rural	44	Non	Opioïde faible

Annexe 4 : Échelle HADs

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Annexe 5 : Échelle Opioïd Risk Tool

ECHELLE ORT : EVALUATION DU RISQUE DE MÉSUSAGE AVANT PRESCRIPTION D'UN ANTALGIQUE OPIOÏDE

Antécédent familial d'abus d'une substance :	Femme	Homme
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Autre	4	4

Antécédent personnel d'abus d'une substance :	Femme	Homme
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments d'ordonnance	5	5

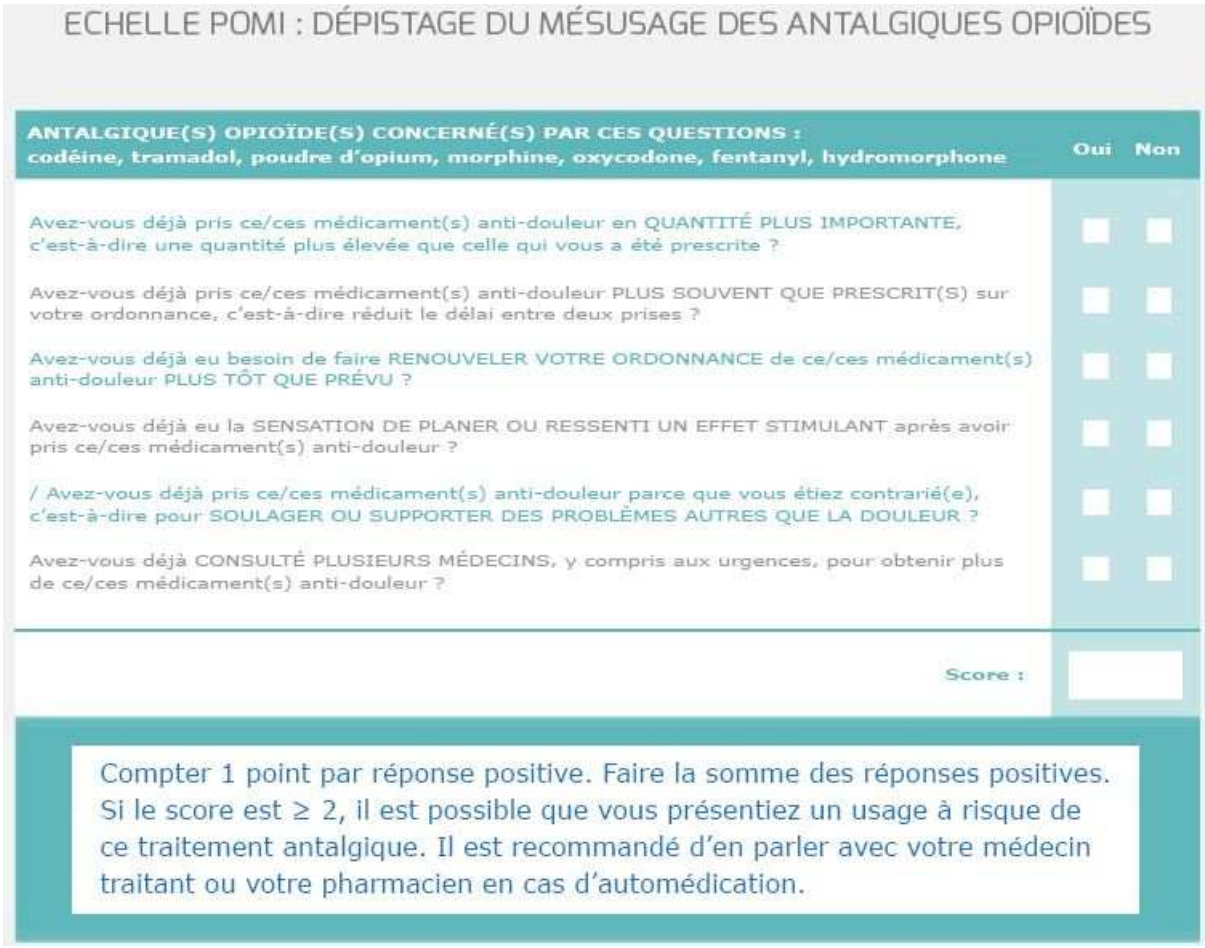
Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)	1	1

TROUBLE PSYCHOLOGIQUE	Femme	Homme
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0
Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
Dépression	1	1

Score :		Score :	

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7, le risque est élevé.
Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec par exemple l'échelle POMI.

Annexe 6 : Échelle Prescription Opioïd Misuse Index



ECHELLE POMI : DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNÉ(S) PAR CES QUESTIONS : codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITÉ PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	☐	☐
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUVELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESSENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	☐	☐
/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLÈMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?	☐	☐
Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	☐	☐
Score :		

Compter 1 point par réponse positive. Faire la somme des réponses positives. Si le score est ≥ 2, il est possible que vous présentiez un usage à risque de ce traitement antalgique. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien en cas d'automédication.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

NOM : PASQUIER, MARTIN-BERTRAND **PRÉNOM : Céline, Erika**

Titre de Thèse : Perceptions et difficultés de prescription des opioïdes par les médecins généralistes dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Étude qualitative en Loire Atlantique et Vendée.

RÉSUME

Introduction : La douleur chronique est le premier motif de consultation en médecine générale et est devenue un véritable enjeu de santé publique. La prescription d'opioïdes dans le cadre de douleur chronique non cancéreuse (DCNC) est en progression suite à plusieurs recommandations nationales. Les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d'opioïdes, mais ils font face à des difficultés diverses, comme l'évoquent plusieurs travaux de thèses. La consommation d'opioïdes en France a augmenté ces dernières années et fait l'objet d'une vigilance accrue. L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les perceptions et difficultés de prescription des opioïdes par les médecins généralistes dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses. L'objectif secondaire est d'évaluer le point de vue des médecins face au risque de mésusage.

Matériel et méthode : Étude qualitative de 15 entretiens semi-dirigés, réalisés entre février 2021 et juillet 2021, jusqu'à saturation des données. L'échantillon était raisonné et diversifié, il comprenait des médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés de manière thématique avec un double codage.

Résultats : Les médecins ont évoqué être à l'aise avec la prescription des opioïdes. Les principales difficultés de cette classe de médicaments étaient leurs effets secondaires et le risque de dépendance. La prise en charge de la douleur chronique était vécue comme complexe par les praticiens du fait de son caractère chronophage et de sa composante psychologique. Les médecins nous ont paru sensibles au retentissement que la douleur chronique pouvait avoir sur la vie des patients. Ils étaient également conscients du risque de mésusage. Ils nous ont confié ne pas le rechercher systématiquement, mais étaient plus vigilants face à certains « profils » de patients.

Conclusion : L'usage des opioïdes s'est largement développé dans la prise en charge de la DCNC. Les principaux freins à leurs prescriptions sont la tolérance et le risque de dépendance. La DCNC du fait de son caractère multidimensionnel nécessite une approche biopsychosociale, notamment via les Structures de lutte contre la Douleur Chronique (SDC). La relation médecin-malade a une place majeure dans la prise en charge de la DCNC. Ce travail a mis en évidence la nécessité de formations à l'utilisation stratégique des opioïdes, ainsi qu'une meilleure coordination des soins avec les SDC. Le dépistage plus systématique du risque de mésusage des patients sous traitements opioïdes en soins primaires semble primordial.

MOTS-CLÉS

Douleur chronique, opioïde, retentissement de la douleur chronique, mésusage, médecine générale, étude qualitative