

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2023

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'État)**

PAR

**LUCAS BIBAUT
NE LE 6 SEPTEMBRE 1996 A METZ (57)**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JUIN 2023

**État des lieux de la prescription du tramadol pour les
douleurs en rhumatologie par les rhumatologues français**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Thierry LEQUERRE

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Sophie POUPLIN

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Olivier VITTECOQ
Madame le Docteur Eléonore SEQUEIRA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie

Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie

Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie

Mme Alice **MOISAN**

Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma **EZZINE**

Pharmacologie

M. Abdelmounaim **MOUHAJIR**

Informatique Bio-informatique

M. Olivier **PERRUCHON**

Pharmacognosie

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mme Christelle **MONTEIL**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)
905)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm)

Mr Jonathan **BRETON** (med)

Nutrition

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO**

Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

« Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

Remerciements

Merci au Dr POUPLIN d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de mener avec moi ce travail très intéressant et très enrichissant avec ta constante bonne humeur, ton énergie débordante et ta grande disponibilité.

Merci au Pr LEQUERRE d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse. Merci pour votre énergie, votre disponibilité et votre implication pour le bien-être et la formation des internes.

Merci au Pr VITTECOQ de former avec le Pr LEQUERRE ce duo si nécessaire au service de rhumatologie du CHU, à tous les internes de rhumatologie normands et finalement à tous les rhumatologues normands. Merci pour votre bienveillance, votre rigueur, votre humanité et d'entretenir cette belle cohésion qui existe entre tous les rhumatologues normands.

Merci au Dr SEQUEIRA et au Dr LANQUETUIT pour votre gentillesse et d'avoir participé à rendre mon stage au CETD enrichissant, agréable et joyeux.

Merci au Dr KEMPF, mon médecin traitant qui a su m'inspirer et montrer un bel exemple de ce qu'est un médecin au service de ses patients. Vous avez participé à me faire choisir la médecine comme métier.

Merci au Dr ALCAIX qui aura réussi à me transmettre une partie de son immense passion pour la rhumatologie, la médecine en général et pour l'humain.

Merci au Dr PRUM-DELEPINE d'avoir toujours été là avec moi sur les chocs septiques, Glasgow 3, détresses respiratoires et autres joyusetés que peut réserver le côté des chambres simples (en gardant le sourire).

Merci au Dr MERCIER, qui m'aura accompagné dans mon premier semestre de rhumatologie et m'aura appris avec sympathie et rigueur à devenir interne.

Merci aux Dr LANGLOIS, Dr VANDENDRIESSCHE, Dr DAMIAN, Dr DE MENIBUS, Dr BADR et Dr REVEILLON pour votre gentillesse, votre patience et votre disponibilité pour former les internes (de tous horizons) avec passion à vos belles spécialités que sont la médecine interne et les maladies infectieuses.

Merci au Dr SENS pour sa sympathie, son humanité et son empathie.

Merci à M. GROSJEAN et M. LACROIX pour votre réactivité et pour m'avoir permis d'obtenir les données du SNDS.

Merci à ma mère, mon père, ma sœur et mon frère qui m'ont soutenu à travers ces très longues années d'étude à la faculté de Nancy et ces années d'internat (plus gratifiantes et plus enrichissantes tant en rencontres que sur le plan professionnel).

Merci à toi Hélène d'exister et d'avoir accepté de faire partie de ma vie pour la rendre plus belle et plus lumineuse. Merci de m'accompagner au quotidien pour tous ces beaux moments passés et à venir. Je t'aime.

Merci à tes parents de m'avoir accueilli dans votre famille et de faire preuve de tant de gentillesse à mon égard.

Merci à mes amis d'enfance et d'adolescence (Pierre, les deux François aka Altmish et Fhuss, Romain, PE, Gauvain, Marion, Pauline) d'avoir vécu ces beaux moments (et ces belles soirées...) avec moi. Et pour ceux qui ne sont en médecine de m'avoir permis de garder un pied en dehors du monde la santé et de profiter de ces moments nécessaires d'ouverture sur le reste du monde.

Merci à vous Jérémy et Josh avec qui j'ai passé des très beaux moments depuis le début de l'internat et avec qui j'ai pu refaire le monde à maintes reprises (autour d'une tisane ou d'un ice-tea).

Merci à vous que j'ai rencontré au premier semestre à l'internat du Havre (et au Macumba) et qui m'avez permis de rendre mon arrivée en Normandie douce et agréable : Jeremy, Josh, Christophe et Apo, Bertille, Daphné, Charlotte, Gladys, Antoine, Marion, Laetitia, Valentin, Anaïs et tous les autres...

Merci à ma co-interne de choc des premiers semestres, Candice, avec qui on se sera serré les coudes dans les moments difficiles et on aura progressé pour être un peu moins nuls en médecine.

Merci à mes autres co-internes de rhumato (et ceux devenus récemment chefs ou Docs juniors) pour tous ces moments passés ensemble : Thibaut, Nans, Pauline, Ouriel, BDM, Martin, Jean-Fab, Léo, Marjo, Camille, Grégoire, Clément, Félicie, Armelle, Aude, Léna....

Merci à mes co-internes de douleur (Rebugu et Bastos) pour ces beaux moments vie que l'on a passé ensemble que ce soit lors des pauses café, des avis, au bar ou dans le placard des internes.

Merci à mes co-internes de M2I (médecine internes-maladies infectieuses au Havre) : Hélène (évidemment), Camille et Jeanne d'avoir participé à rendre ce semestre parfait tant professionnellement, qu'amicalement et sentimentalement. Vous êtes des belles personnes (Hélène plus que vous quand même).

Merci à Madame JOLY-VIARD, ma prof de SVT de Lycée, qui à travers sa rigueur et sa passion pour sa discipline aura réussi à susciter en moi un grand intérêt pour la biologie et par voie de conséquence pour la médecine.

Et merci à tous les autres.

Table des matières

I. Introduction	19
A. Le tramadol en rhumatologie	19
B. Données de prescriptions des opioïdes et problématique du mésusage des opioïdes aux Etats-Unis	19
C. Données de prescriptions des opioïdes en Europe et plus particulièrement en France	20
D. Rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) sur la crise des opioïdes	20
E. Le tramadol : qu'est-ce que c'est ?	21
A) Généralités	21
B) Pharmacocinétique	22
C) Pharmacodynamie	22
D) Effets indésirables	22
E) Contre-indications	23
F) Précautions d'emploi	23
F. Place du tramadol dans les recommandations de bon usage des opioïdes	24
G. Étude princeps sur l'utilisation et la prescription des opioïdes forts par les rhumatologues français	25
H. Place du tramadol dans les recommandations sur les opioïdes de la Haute Autorité de Santé de mars 2022, en rhumatologie	26
A) Indications dans la douleur chronique non cancéreuse	26
B) Indications dans la douleur aiguë	27
I. Objectifs de l'étude	28
II. Matériel et méthode	29
A. Méthodologie	29
B. Description du questionnaire	29
C. Système National des Données de Santé (SNDS)	29
D. Questionnaires : Opioid Risk Tool (ORT) et Prescription Opioid Misuse Index (POMI)	30
E. Avis du comité de qualification des projets de recherche	30
F. Recueil des données	30
G. Analyse statistique	31
III. Résultats	32
A. Données déclaratives (extraites du questionnaire)	32
A) Caractéristiques globales des rhumatologues répondants	33
B) Prescription du tramadol	35
B. Concordance avec les recommandations HAS de mars 2022	51
A) En situation de douleur aiguë	51
B) En situation de douleur chronique	52
C. Données extraites du SNDS (Système National des Données de Santé)	54
A) Tramadol	54
B) Paracétamol	62
C) Morphine	64
D) Autres antalgiques	66

IV. Discussion.....	68
A. Les rhumatologues prescrivent le tramadol de manière raisonnable	68
A) Les rhumatologues le prescrivent à une faible proportion de leur patientèle.....	68
B) Les rhumatologues diminuent le nombre de leurs prescriptions de tramadol	68
C) Les rhumatologues le prescrivent à des posologies faibles.....	68
D) Les rhumatologues utilisent des co-antalgiques	68
E) Les rhumatologues le prescrivent d’abord pour les douleurs aiguës	69
F) Les rhumatologues quantifient la douleur.....	69
G) Les rhumatologues ont des freins à la prescription de tramadol.....	69
H) Les rhumatologues savent dépister les facteurs de risques de mésusage des opioïdes lors du renouvellement de leurs prescriptions	69
B. Axes d’amélioration	69
C. Impact des recommandations sur les prescriptions d’opioïdes	70
D. Comparaisons avec les autres antalgiques.....	71
E. Comparaison des pratiques avec la médecine générale	71
F. Limites de l’étude.....	72
G. Forces de l’étude.....	72
V. Conclusion et perspectives.....	73

I. Introduction

A. *Le tramadol en rhumatologie*

Le tramadol est un antalgique fréquemment utilisé en médecine et notamment en rhumatologie où la douleur est le symptôme principal des pathologies rencontrées.

La prescription de tramadol s'inscrit dans une démarche thérapeutique qui nécessite d'évaluer soigneusement la balance bénéfices-risques en prenant en compte pour chaque patient le risque de dépendance, d'effets indésirables (parfois graves) et le bénéfice attendu. La prescription de cet opioïde faible s'inscrit dans un contexte plus global de crise des opioïdes mondiale mais avant tout américaine.

B. *Données de prescriptions des opioïdes et problématique du mésusage des opioïdes aux Etats-Unis*

En octobre 2017, la crise des opioïdes aux Etats-Unis a été déclarée urgence nationale de santé publique.¹ Elle est caractérisée par des pratiques agressives de prescription d'opioïdes, par un mésusage important des opioïdes et par une augmentation des morts en lien avec des surdoses d'opioïdes.²

D'après Kolodny et al.³, les contributeurs à la crise actuelle des opiacés aux Etats-Unis sont :

- Un article de 1986 de Portenoy et al.⁴ qui a conclu que les opioïdes pouvaient être utilisés de manière sûre sur le long terme dans les douleurs cancéreuses et qui a été largement diffusé malgré un niveau de preuve faible.⁴

- L'introduction de l'Oxycontin en 1995 par Purdue Pharma qui correspond à une forme à libération prolongée de l'Oxycodone.³

- Le financement par Purdue Pharma de programmes d'éducation et de campagnes sur la douleur entre 1996 et 2002 qui encourageaient l'utilisation sur le long terme des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse.³

- Le support financier de Purdue Pharma apporté à l'American Pain Society, l'American Academy of Pain Medicine, la Federation of State Medical Boards, la Joint Commission, des collectifs de patients et d'autres organisations qui en retour ont toutes plaidé pour un traitement plus agressif de la douleur notamment avec des opioïdes. Ainsi, l'American Pain Society a présenté en 1995 une campagne intitulée « la douleur comme le cinquième signe vital » allant dans ce sens.³

La conséquence a été une augmentation du nombre de ventes d'Oxycodone entre 1997 et 2007 de 866 % aux Etats-Unis.⁵

De 2000 à 2009, le nombre total d'opioïdes à libération immédiate dispensés par les pharmacies aux Etats-Unis est passé de 164,8 millions à 234 millions et le nombre total de d'opioïdes à libération prolongée est passé de 9,3 millions à 22,0 millions. Les États-Unis sont les premiers consommateurs au Monde de stupéfiants (en incluant les opiacés).¹

Chez les patients à qui l'on a prescrit des opioïdes aux Etats-Unis, 21% à 29% avaient un mésusage et 8% à 12% développaient un trouble lié à l'usage des opioïdes.⁶

D'après la fiche « Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes » éditée par la Haute Autorité de Santé en en mars 2022, le mésusage fait référence à « toutes les utilisations intentionnelles inappropriées ou autres que celles pour lesquelles le médicament a été prescrit ».⁷

Le trouble de l'usage d'opioïde (TUO) est « un trouble de l'usage impliquant des opioïdes et regroupe les catégories d'abus et d'addiction (« dépendance ») et est caractérisé par l'identification des conséquences personnelles, sociales, professionnelles d'un usage répété à compulsif d'opioïdes ». ⁷

La mortalité en lien avec des surdoses d'opioïdes a augmenté de 1999 jusqu'à 2010 pour faire un plateau de 2010 à 2013 puis a, à nouveau augmenté jusqu'en 2017. ¹

Aux Etats-Unis, plus de 300 000 personnes sont mortes d'une surdose d'opioïdes depuis les années 2000. ⁸

En 2021, environ 41 000 personnes sont mortes d'une surdose d'opioïdes (prescrits ou non) d'après le CDC (Centers For Disease Control). ⁹

C. Données de prescriptions des opioïdes en Europe et plus particulièrement en France

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a publié en 2019 un document intitulé « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques » dont les données principales sont rapportées dans ce paragraphe. ¹⁰

En Europe, en 2015, la France est le 3^{ème} consommateur d'antalgiques, le 2^{ème} consommateur d'antalgiques non opioïdes derrière le Danemark et le 4^{ème} consommateur d'antalgiques opioïdes derrière le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Espagne. ¹⁰

Elle est le troisième pays consommant le plus d'opioïdes faibles avec le tramadol en première position comme en Allemagne, en Italie, en Espagne et au Danemark. ¹⁰

En France, en 2017, 78% des antalgiques consommés sont les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens), 20% sont les antalgiques opioïdes faibles et 2% sont les antalgiques opioïdes forts. ¹⁰

L'antalgique opioïde le plus utilisé en France est le tramadol, suivi par la codéine en association et la poudre d'opium associée au paracétamol. ¹⁰

Entre 2006 et 2017, on a pu observer une diminution de la consommation des opioïdes faibles de 59%, notamment en 2011 qui correspond au retrait par l'ANSM de l'association dextroxyphène/paracétamol, il a alors été recommandé par l'ANSM de traiter les douleurs faibles à modérés par du paracétamol en première intention. ¹⁰

On a pu observer sur cette même période une augmentation de plus de 68% de la consommation de tramadol seul ou en association, en ville. ¹⁰

D. Rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) sur la crise des opioïdes

Dans un rapport publié en 2019, l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) qui est une organisation internationale d'études économiques ¹¹ déclare qu'il est nécessaire que les gouvernements prennent des mesures urgentes pour lutter contre la crise des opioïdes qui s'étend dans le monde. ¹²

Il est fait état d'une augmentation de 20% des décès liés à la consommation d'opioïdes dans 25 pays membres. ¹²

La France fait partie des pays de l'OCDE dont la mortalité en lien avec une surdose en opioïdes est la plus faible avec 300 à 400 surdoses mortelles par an principalement liées à la méthadone (40%), l'héroïne (20%) et les médicaments opiacés dans 12% des cas. ⁸

E. Le tramadol : qu'est-ce que c'est ?

A) Généralités

C'est un médicament antalgique pour la douleur modérée à sévère.¹³

Il existe une forme à libération immédiate et une forme à libération prolongée.¹³

D'après la classification de Lussier et Beaulieu de 2010¹⁴, c'est un antalgique mixte (c'est-à-dire qui a des effets antinoceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants). Cette classification (**Tableau 1**) permet une approche des médicaments par mécanisme d'action, ce qui permet une prescription des antalgiques selon les caractéristiques des douleurs (nociceptives, neuropathiques, nociplastiques) et prend en compte d'autres médicaments qui ne sont pas des médicaments spécifiquement antalgiques.

CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES D'APRES LUSSIER ET BEAULIEU (IASP 2010)	
<p>ANTINOCICEPTIFS Douleurs nociceptives</p>	<p>NON OPIOIDES : PARACETAMOL et AINS OPIOIDES FAIBLES : Codéine OPIOIDES FORT : Morphine, Oxycodone, hydromorphone, fentanyl</p>
<p>ANTIHYPERALGESIQUES Douleurs neuropathiques centrale ou hyperalgésie</p>	<p>ANTAGONISTE NMDA : KETAMINE ANTIEPILEPTIQUES : Gabapentine, Prégabaline, Lamotrigine NON MORPHINIQUE D'ACTION CENTRALE nefopam</p>
<p>MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS Douleurs neuropathiques ou nociplastiques</p>	<p>ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES : Amitriptyline, Clomipramine INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENALINE(IRSNA) Duloxetine, Venlafaxine</p>
<p>MODULATEURS DE LA TRANSMISSION ET DE LA SENSIBILISATION PERIPHERIQUE Douleurs neuropathiques périphériques</p>	<p>ANESTHESIQUES LOCAUX : Lidocaïne ANTIEPILEPTIQUE : Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate TOPIQUE DESENSIBILISANT : Capsaïcine topique</p>
<p>MIXTES ANTINOCICEPTIFS ET MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS.</p>	<p>OPIOIDE FAIBLE : Tramadol OPIOIDE FORT : Tapentadol</p>

Tableau 1 : Classification des antalgiques d'après Lussier et Beaulieu¹⁴ (tableau extrait du document « Classification des antalgiques, CLuD TRANSVERSAL Guide douleur de l'interne » rédigé par le Dr François JEDRYKA et Laure SEGURA, 08/12/2021¹⁵)

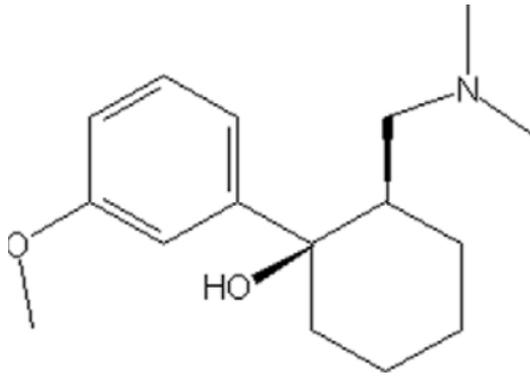


Figure 1 : Structure chimique du tramadol (d'après Boora et al.¹³)

Sa formule chimique est : C₁₆H₂₅NO

B) Pharmacocinétique

Le tramadol est rapidement absorbé avec un pic sérique observé dans les 2 heures. La biodisponibilité est de 75%. Il est métabolisé principalement par le foie via les cytochromes CYP2D6 et CYP3A4.¹³

L'excrétion est faite à 90% pour les reins et 10% par les selles.¹³

La demi-vie du médicament est de 6 heures. Le temps pour atteindre le pic de concentration est 12 heures pour la forme à libération prolongée et de 1,6 heures à 1,9 heures pour la forme à libération immédiate.¹⁶

C) Pharmacodynamie

C'est un opioïde qui se lie à différents récepteurs aux opiacés du système nerveux central.¹⁶ Il se lie aux récepteurs mu-opioïdes et inhibe la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.¹³

L'effet antalgique pourrait résulter d'une modulation de voies de signalisation monoaminergiques et notamment en bloquant la recapture de noradrénaline et de sérotonine au niveau des synapses dans les voies neuronales descendantes, qui inhibent la douleur au niveau de la moelle épinière.¹³

D) Effets indésirables

Les effets indésirables du RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) du TRAMADOL EVOLUGEN L.P. 200 mg (Mis à jour le : 06/07/2021)¹⁷ sont (rapportés de manière non exhaustive):

- Les nausées et les vertiges chez 10% des patients (effets indésirables les plus fréquents).¹⁷
- Les réactions allergiques (rares).¹⁷
- Les palpitations et la tachycardie (peu fréquentes) et la bradycardie (rare).¹⁷
- Hypotension orthostatique (peu fréquente).¹⁷

- Céphalées, somnolence (fréquentes), convulsions (rares), syndrome sérotoninergique (fréquence indéterminée).¹⁷
- Hallucinations, confusion (rares).¹⁷
- Myosis, mydriase, vision floue (rares).¹⁷
- Dépression respiratoire, dyspnée (rares).¹⁷
- Nausées (très fréquentes), constipation, sécheresse de bouche, vomissements (fréquents).¹⁷
- Hyperhidrose (fréquent).¹⁷
- Dysurie et rétention urinaire (rares).¹⁷
- Asthénie (fréquent).¹⁷

E) Contre-indications

Les contre-indications¹⁷ sont : l'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients; la prise de tramadol lors d'intoxications aiguës par l'alcool, les hypnotiques, les analgésiques, les opioïdes ou les autres psychotropes; la prise de tramadol chez les patients qui sont traités simultanément ou qui ont été traités dans les 14 jours précédents par les inhibiteurs de la MAO; la prise de tramadol chez les patients épileptiques non contrôlés par un traitement; l'utilisation du tramadol dans le traitement de sevrage des toxicomanes.¹⁷

F) Précautions d'emploi

Il existe des mises en garde sur l'utilisation du tramadol chez les patients dépendants aux opioïdes, des troubles des fonctions respiratoires avec une préconisation de surveiller les signes de dépression respiratoires.¹⁷

Il existe un risque de syndrome sérotoninergique lors de l'utilisation concomitante du tramadol avec d'autres médicaments sérotoninergiques.¹⁷

Des cas d'insuffisance surrénalienne réversibles sont possibles.¹⁷

Un risque de toxicité existe chez les métaboliseurs ultra-rapides (prévalence de 3,6% à 6,5% d la population caucasienne) et inversement il existe un risque d'antalgie insuffisante chez les patients avec un déficit de l'enzyme CYP2D6 (7% de la population caucasienne).¹⁷

Chez les enfants ayant subi une amygdalectomie et une adénoïdectomie en traitement de l'apnée du sommeil, il existe des cas rapportés d'évènements indésirables rares pouvant engager le pronostic vital. Il est préconisé une surveillance des symptômes de toxicité des opiacés (notamment respiratoires) lors de l'administration de tramadol à des enfants en post-opératoire.¹⁷

F. Place du tramadol dans les recommandations de bon usage des opioïdes

Au niveau international

L'IASP (International Association for the Study of Pain) défend un accès aux opioïdes pour le traitement des douleurs intenses de courte durée pour éviter le mésusage, et d'autres effets indésirables.¹⁸

Dans les situations de douleur chroniques, elle recommande de sélectionner soigneusement les patients à qui l'on prescrit des opioïdes.¹⁸

L'IASP recommande en cas de douleurs chroniques de se diriger plutôt vers des stratégies non médicamenteuses qui se concentrent sur l'amélioration de la qualité de vie (traitements physiques ou traitements comportementaux).¹⁸

Ces recommandations partagent les mêmes idées directrices que les recommandations françaises.⁷

Aux Etats-Unis

Les recommandations de prescriptions des opioïdes de novembre 2022 publiées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) déclinent 12 recommandations pratiques accompagnées de leurs argumentaires.¹⁹

Les recommandations 1 et 2 insistent sur la maximisation de l'usage des traitements non opioïdes ou non médicamenteux en situation de douleurs aiguës, subaiguës ou chroniques et de n'envisager les opioïdes qu'après une évaluation du bénéfice-risque favorable et après présentation au patient des bénéfices réels attendus et des risques encourus. Dans le cas des douleurs aiguës ou chroniques, il est précisé qu'il est nécessaire d'établir avec le patient des objectifs concernant la douleur et la fonction et d'envisager comment arrêter le traitement opioïde si les bénéfices ne sont pas suffisants.¹⁹

La recommandation 4 indique qu'il faut toujours débiter par la plus petite dose chez les patients naïfs d'opioïdes.¹⁹

La recommandation 5 insiste de nouveau sur la nécessité d'évaluer la balance bénéfices-risques au moment de la modification du dosage et d'envisager un arrêt en cas de risques supérieurs aux bénéfices.¹⁹

La recommandation 6 indique qu'il faut avoir une prescription la plus courte possible à la dose la posologie minimale efficace en situation de douleur aiguë.¹⁹

La recommandation 7 insiste sur la nécessité d'évaluer la balance bénéfices-risques dans le mois qui suit la prescription en situation de douleur subaiguë ou chronique avec une réévaluation régulière.¹⁹

Au total, les recommandations américaines sont très similaires aux recommandations françaises dans les messages clés qu'elles véhiculent.

Au Royaume-Uni

Il n'y a pas de recommandations récentes rédigées par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) spécifiquement sur l'usage des opioïdes.

On retrouve cependant de manière notable des recommandations de 2021 sur la prise en charge des douleurs chroniques qui insistent sur le fait de ne pas débiter de traitement par opioïdes dans les cas de douleurs chroniques primaires.²⁰

D'après la CIM-11, « la douleur chronique primaire est une douleur chronique qui est caractérisée par une détresse émotionnelle significative ou un handicap fonctionnel. Le diagnostic est approprié indépendamment des facteurs biologiques ou psychologiques identifiés, à moins qu'un autre diagnostic ne permette de mieux expliquer les symptômes présentés. »²¹

On peut citer les exemples de lombalgie chronique non spécifique ou de la fibromyalgie.²² Cela vient s'opposer à la douleur chronique secondaire qui est un symptôme d'une maladie sous-jacente.²²

En France

Depuis mars 2022, nous disposons de nouvelles recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) sur le bon usage des opioïdes intitulées « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses ». ⁷

Ces recommandations ont été rédigées avec pour objectifs de « Diminuer les cas de surdoses et de dépendance physique aux opioïdes ». Ainsi, « les principes généraux d'utilisation des médicaments opioïdes » sont rappelés ; « le bon usage des médicaments antalgiques opioïdes dans la douleur aiguë et chronique, liée au cancer ou non, chez les patients de plus de 15 ans », est promu et « le bon usage des médicaments de substitution aux opioïdes et de la naloxone dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses des opioïdes ».⁷

Nous reviendrons plus en détails sur ces recommandations dans la partie **I.H.**

G. Étude princeps sur l'utilisation et la prescription des opioïdes forts par les rhumatologues français

En 2015, une enquête nationale a été menée par le CEDR (Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie) afin d'analyser les habitudes de prescription des opioïdes forts des rhumatologues français. Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé aux 2490 rhumatologues français inscrits à l'Ordre des médecins en 2015. Les résultats des 839 répondants (taux de participation de 33,7%) ont été croisés avec des données extraites sur l'année 2015 de prescriptions d'opioïdes forts de l'assurance maladie. Ainsi, dans l'article intitulé « Crise des opioïdes : la pratique rhumatologique augmente-t-elle le risque pour les patients ? Enquête nationale sur la prescription d'opioïdes par les rhumatologues et l'adhésion aux recommandations relatives à l'utilisation des opioïdes forts » Dr Trouvin et al conclut que les rhumatologues français étaient en adéquation avec les recommandations nationales alors en vigueur et semblaient avoir une prescription raisonnée des opioïdes forts.²³

H. Place du tramadol dans les recommandations sur les opioïdes de la Haute Autorité de Santé de mars 2022, en rhumatologie

Les encadrés suivants avec un fond bleu sont des citations des indications du tramadol selon recommandations HAS mars 2022 sur les opioïdes.⁷

A) Indications dans la douleur chronique non cancéreuse

Les recommandations HAS de mars 2022 sur la prescription d'opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses insistent sur le fait qu'ils ne peuvent être utilisés que « **lorsque l'ensemble des autres propositions thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été essayées** ». ⁷

« La prescription d'antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse doit s'inscrire dans une prise en charge multimodale du patient. »⁷

L'article de 2010 de Stein et al. ²⁴, à travers la synthèse de 960 publications (essais contrôlés randomisés, méta-analyses etc..) dans le cadre de douleur chronique non cancéreuse ne montrait pas l'intérêt des médicaments opioïdes ou non opioïdes sur la réduction significative de la douleur sur le plan clinique. Sur le plan statistique, il y avait néanmoins une diminution de 8 à 12 unités sur une échelle allant de 0 à 100 dans les contextes de douleurs chroniques. Ils suggéraient une prise en charge multimodale pour avoir un effet thérapeutique significatif.²⁴

On peut les utiliser « en dernière intention dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d'arthrose, voire neuropathiques ». ⁷

Les recommandations HAS 2022⁷ se basent sur ce même article de Stein et al.²⁴ pour justifier ces indications. L'article souligne que l'effet des opioïdes est statistiquement significatif dans les indications de lombalgie, arthrose ou douleurs neuropathiques et pourraient permettre une amélioration de la fonction et du sommeil dans ces mêmes indications.²⁴

Dans l'indication de lombalgie chronique, la revue systématique de la littérature de Martell et al²⁵ concluait à une diminution de douleurs non significative grâce aux traitements opioïdes dans la lombalgie chronique.²⁵

Dans l'indication de l'arthrose, l'OARSI (Osteoarthritis Research Society International) a publié en 2019²⁶ des recommandations sur la prise en charge de l'arthrose qui ne recommandaient pas l'utilisation des opioïdes dans cette indication à la fois devant le risque de dépendance aux opioïdes et devant des bénéfices très limités attendus sur la douleur.²⁶

Da Costa et al²⁷ a publié en 2021 une revue systématique de la littérature et une méta-analyse en réseau de 192 essais randomisés avec 102 829 participants qui conclue que le bénéfice clinique des opioïdes quel que soit la dose n'était pas supérieur aux risques chez les patients atteints d'arthrose.²⁷

Dans l'indication douleurs neuropathiques, Duehmke et al²⁸ a réalisé une revue de la littérature Cochrane publiée en 2017 analysant 6 essais contrôlés randomisés. Il est conclu que les preuves de l'intérêt de l'utilisation du tramadol sont modestes dans la douleur

neuropathique avec des études de faibles effectifs (4 études avec moins de 50 participants par bras « traitement », une avec 63 participants par bras et une autre avec 66 participants par bras) comportant des biais (2 études avec des méthodes de randomisation non explicitées, 1 étude avec la méthode pour maintenir l'aveugle incorrectement explicitée par exemples...).²⁸

« Avant l'instauration d'un traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse, il est recommandé de réaliser une évaluation biopsychosociale du patient pour rechercher les facteurs de risque de trouble de l'usage ainsi que les co-prescriptions à risque, notamment de benzodiazépines ou de gabapentinoïdes. »⁷

La recherche des facteurs de risques de troubles de l'usage des opioïdes fait partie des recommandations américaines du CDC sur le bon usage des opioïdes publiées en 2022.¹⁹ Selon l'article de Just et al.²⁹, les facteurs de risques de dépendance aux opioïdes sont : une dose prescrite supérieure à 120 milligrammes par jour d'équivalent en morphine, l'existence d'une pathologie psychiatrique ou un antécédent d'abus de substance.²⁹

« Le traitement par tramadol chez les patients atteints de fibromyalgie ne peut être envisagé qu'après recueil d'un avis spécialisé (consultation douleur). »⁷

Les recommandations EULAR 2016 sur la prise en charge de la fibromyalgie³⁰ rapportent une efficacité d'environ 30% sur la réduction de la douleur chez les patients fibromyalgiques traités par tramadol.³⁰

En 2020, da Rocha et al³¹ a réalisé une revue systématique de la littérature (4 essais contrôlés randomisés permettant l'inclusion de 459 patients) et a retrouvé que l'utilisation du tramadol combinée avec un autre antalgique permettait d'améliorer la qualité de vie selon le Fibromyalgia Impact Questionnaire.³¹

B) Indications dans la douleur aiguë

On peut utiliser le tramadol dans les « douleurs aiguës et sévères (score à l'échelle numérique $\geq 6/10$). »⁷

« Ils doivent, dans la mesure du possible et le plus souvent, être utilisés en association avec d'autres antalgiques non opioïdes et des mesures non médicamenteuses afin d'atteindre une analgésie satisfaisante. »⁷

La société américaine d'anesthésie, dans la gestion des douleurs péri-opératoires propose elle aussi une analgésie multimodale avec des antalgiques non opioïdes et des mesures non médicamenteuses dans ses recommandations de 2016³². L'utilisation de plusieurs modalités antalgiques médicamenteuses ou non, a un effet synergique sur la douleur et peut permettre d'éviter les médicaments opioïdes dans certaines circonstances (évitant les risques de consommation au long cours d'opioïdes qui peuvent exister chez certains patients avec les conséquences qui en découlent).³²

« Dans certaines situations cliniques, même en cas de douleur aiguë sévère, les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés en première intention (...) : lombalgie aiguë, traumatismes simples du rachis (contractures musculaires, syndrome du whiplash cervical – i.e. « coup du lapin ») »⁷

Dans la lombalgie aiguë, on peut citer les recommandations 2017 de l'American College of Physicians³³ qui retiennent des preuves de qualité modérée pour l'utilisation du tramadol dans cette indication permettant d'obtenir une amélioration modérée à court terme et une petite amélioration de fonction comparé au placebo.³³

« Ils peuvent être alors prescrits lorsque le soulagement de la douleur n'est pas atteint avec les antalgiques non opioïdes (ex. : paracétamol, AINS). »⁷

« Il n'est pas recommandé de prescrire des médicaments antalgiques opioïdes pour le traitement de douleur aiguë non sévère en première intention. Ils pourront être proposés, en seconde intention dans le cadre de douleurs modérées ($4 \leq EN < 6$), en l'absence d'amélioration avec les médicaments antalgiques non opioïdes. »⁷

« La douleur devra être réévaluée rapidement afin de déterminer si une antalgie satisfaisante a été obtenue, et le cas échéant d'arrêter ou de continuer le traitement. »⁷

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de dresser un état des lieux des habitudes de prescription du tramadol chez les rhumatologues français pour les douleurs rhumatologiques.

L'objectif secondaire est de vérifier si les habitudes de prescription du tramadol par les rhumatologues français sont en accord avec les recommandations de bon usage des opioïdes de la HAS de mars 2022⁷.

II. Matériel et méthode

A. Méthodologie

Pour répondre à l'objectif principal, nous avons utilisé un questionnaire de 46 questions qui a été rédigé sous format papier avec la collaboration des membres du CEDR (Cercle d'Étude la Douleur en Rhumatologie) qui est une section de la SFR (Société Française de Rhumatologie) lors d'une réunion en présentiel à Paris. Par la suite, le questionnaire a été mis en forme à l'aide de l'outil « Google forms » permettant l'élaboration d'un questionnaire interactif (**Annexe 1**).

Les données déclaratives sur les habitudes de prescription de chacun des rhumatologues ont été recueillies de manière anonyme.

Nous avons complété ces données avec une extraction des données de prescriptions de la base de données du Système National des Données de Santé (SNDS) (**cf partie II. C.**)

Pour répondre à l'objectif secondaire, nous avons comparé les données des prescriptions avec les recommandations HAS mars 2022 sur le bon usage des opioïdes.

B. Description du questionnaire

Le questionnaire comprend 46 questions qui se répartissent de la manière suivante : 7 questions sur les caractéristiques générales des rhumatologues (notamment démographiques) et 39 questions sur leurs prescriptions de tramadol que ce soit sur les modalités de prescription, les facteurs de risques de mésusage et de dépendance aux tramadol, les freins à la prescription de tramadol et les stratégies en cas d'échec ou d'effets indésirables.

Le questionnaire est présenté en **Annexe 1**.

C. Système National des Données de Santé (SNDS)

Le SNDS (Système National des Données de Santé) est géré par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Il a pour but de recueillir un ensemble de données de santé dont notamment les données de l'Assurance Maladie.³⁴

D'après le site du SNDS, « l'objectif est de mettre à disposition ces données afin de permettre la réalisation d'études qui ont un caractère d'intérêt public et qui contribuent à l'une des finalités suivantes : l'information sur la santé, la mise en œuvre des politiques de santé, la connaissance des dépenses de santé, l'information des professionnels et des établissements sur leurs activités, l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale, la surveillance, la veille et la sécurité sanitaire ».³⁴

D. Questionnaires : Opioid Risk Tool (ORT) et Prescription Opioid Misuse Index (POMI)

Deux questionnaires sont présentés dans ce travail : l'Opioid Risk Tool (ORT) (**Annexe 2**) et le Prescription Opioid Misuse Index (POMI). (**Annexe 3**)

L'Opioid Risk Tool (ORT) est un outil développé en 2005 par Webster et al. pour prédire le risque de trouble de l'usage des opioïdes lors de la prescription de ces derniers dans la douleur chronique.³⁵

Le Prescription Opioid Misuse Index (POMI) est un questionnaire bref utilisé pour évaluer le risque de mésusage des opioïdes plus particulièrement chez des patients qui ont déjà une prescription de ce type d'antalgiques.³⁶

E. Avis du comité de qualification des projets de recherche

Ce projet de recherche a été présenté au comité de qualification des projets de recherche du CHU de Rouen. L'avis rendu le 19/07/2022 (numéro d'enregistrement 1012) est :

Recherche ne rentrant pas dans le champ d'application de la Loi Jardé au titre du Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, partie II.2° « Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé »

La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Rouen a été contactée et a confirmé la conformité vis-à-vis de la CNIL et du règlement général européen sur la protection des données (« RGPD »).

F. Recueil des données

La période de recueil des données a eu lieu du 17 juillet 2022 jusqu'au 31 décembre 2022.

Une série de trois mails a été envoyée à la mailing-list de la Société Française de Rhumatologie (SFR) qui comportait 1760 rhumatologues au 31 août 2022.

Différentes publications ont été faites sur la page Facebook des Rhumatologues En Formation (REF) qui est une sous-section de la SFR.

Un envoi de mails a été fait à l'ensemble des internes référents de rhumatologie de France.

Lors du congrès de rhumatologie du 11 au 13 décembre 2022, une distribution a été faite de QR codes sous format de cartes en papiers redirigeant vers ce questionnaire.

G. Analyse statistique

La présentation des résultats est effectuée à l'aide de moyennes (avec écarts-types), de nombres bruts, de graphiques ou de tableaux. Pour un souci de clarté, on simplifiera en appelant « les rhumatologues » les rhumatologues qui ont répondu à ce questionnaire.

Différentes adaptations ont été faites pour favoriser l'analyse des données.
Certaines réponses incohérentes n'ont pas pu être conservées

7. Prescrivez-vous du tramadol (même rarement) ?

Pour les rhumatologues ayant répondu qu'ils n'en prescrivait pas, toutes les questions sur les modalités de prescription ont été supprimées.

10. Dans la douleur aiguë : utilisez-vous une échelle (visuelle analogique ou numérique) pour choisir votre palier antalgique ?

11. Si oui, à partir de quelle valeur d'EVA ou EN initiez-vous un traitement par tramadol ? (Valeur / 10). Si non, ne répondez pas à cette question.

Lorsque plusieurs valeurs d'EVA étaient inscrites, la valeur la plus basse a été systématiquement retenue.

Lors des réponses non chiffrées (phrases), les réponses aux questions 10 et 11 ont été supprimées.

19. A quelle dose quotidienne initiez-vous du tramadol chez un patient sans insuffisance d'organe de moins de 70 ans en général ? (mg/24h)

Lors de réponses textuelles du type « TRAMADOL + PARACETAMOL 3 à 4/j », on prend la fréquence la plus haute et on convertit avec la spécialité TRAMADOL/PARACETAMOL 37,5mg/325 mg.

S'il est proposé une fourchette, on prend la valeur la plus haute.

20. Quelle dose totale (LP +/- LI) maximale quotidienne de tramadol prescrivez-vous en général ? mg/24h

Si plusieurs valeurs sont proposées, on choisit la valeur la plus élevée.

34. En cas d'échec d'un traitement par tramadol, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Si vous avez répondu "Autres" à la question précédente, merci de préciser

Les réponses étant des phrases libres, on procède à une catégorisation des réponses de la manière suivante : antidépresseurs ou gabapentinoïdes, neuroleptiques, antalgiques non opioïdes, traitement non médicamenteux, avis chirurgical (en situation d'arthrose), dépend de la pathologie/du patient, dépend de la tolérance.

III. Résultats

A. Données déclaratives (extraites du questionnaire)

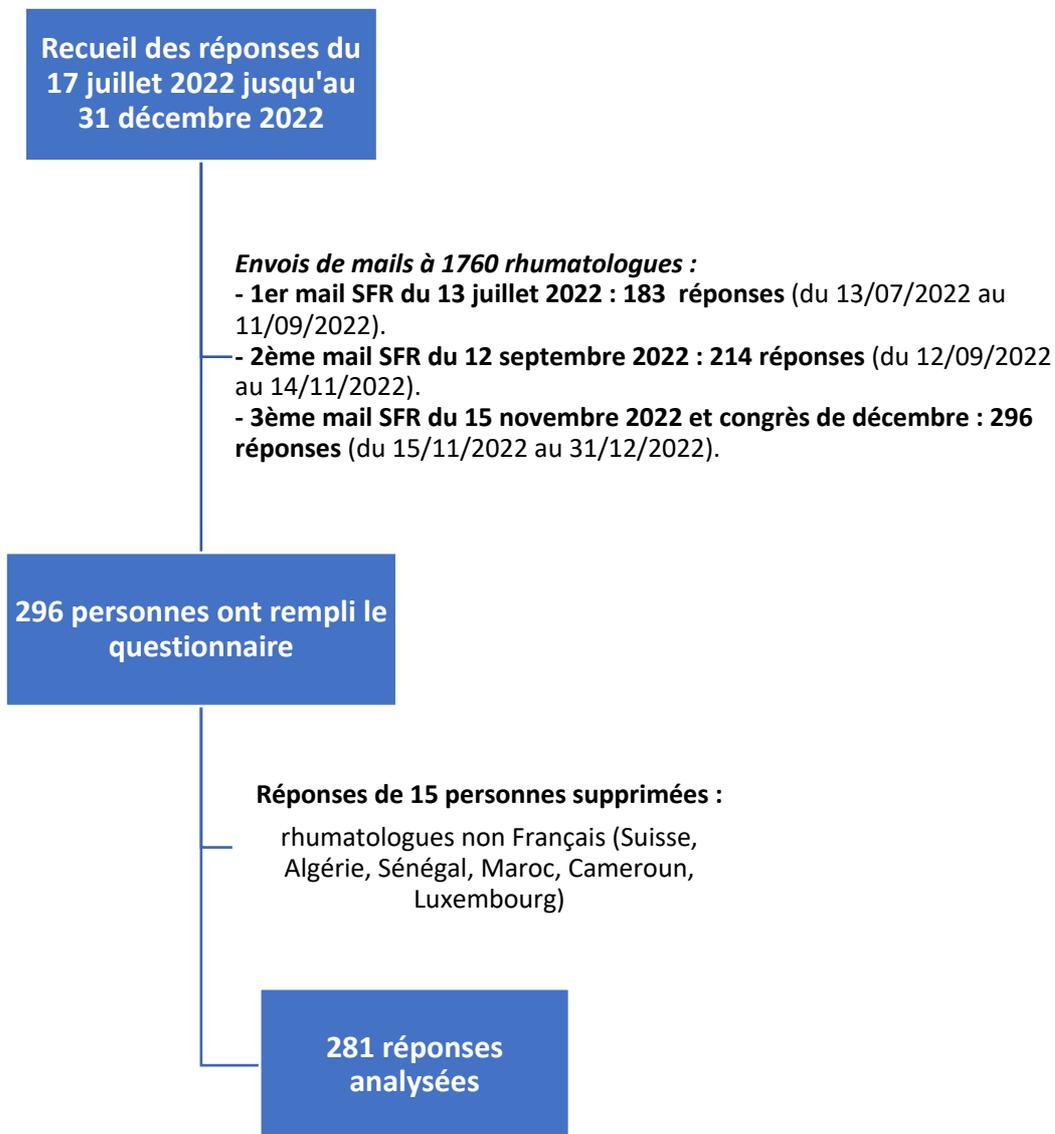


Figure 2 : Déroulement du recueil des données du questionnaire

On a recueilli les réponses de 296 personnes sur 1760 rhumatologues sollicités, soit un taux de participation de 17%.

On a pu analyser 281 réponses après exclusion des réponses des rhumatologues non français.

A) Caractéristiques globales des rhumatologues répondants

Age	
Age moyen	43 ans
Sexe	
Femmes	169 (60,1%)
Hommes	112 (39,9%)
Type d'activité	
Activité hospitalière	156 (55,5%)
Activité libérale	69 (24,6%)
Activité mixte	56 (19,9%)
Région d'exercice	
Ile-de-France	61 (21,7%)
Nord-Ouest (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Normandie)	50 (17,8%)
Est (Champagne-Ardenne, Bourgogne, Lorraine, Alsace, Franche-Comté)	35 (12,5%)
Grand-Ouest (Centre, Pays-de-la-Loire, Bretagne, Poitou-Charentes)	49 (17,4%)
Sud-Ouest (Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées)	30 (10,7%)
Sud-Est (Rhône-Alpes, Auvergne)	33 (11,7%)
Sud-Méditerranée (Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Languedoc-Roussillon, Corse)	21 (7,5%)
DOM-TOM	2 (0,7%)
Formation douleur	
Non	212 (75,4%)
Oui	69 (24,6%)
Prescription de tramadol ?	
Oui	274 (87,5%)
Non	7 (2,5%)

Tableau 2 : Caractéristiques globales des répondants (281 répondants)

L'âge moyen est de 43 ans. Il y a une majorité de femmes qui a répondu (60,1%).

On retrouve majoritairement des rhumatologues hospitaliers (55,5%). La **Figure 3** présente la répartition selon le type d'exercice des rhumatologues.

La région la plus représentée est l'Ile-de-France (21,7%). La **Figure 4** présente la répartition selon la région d'exercice.

La majorité n'a pas de formation douleur (75,4%) tout en sachant que ceux qui ont répondu avoir une formation douleur considéraient (citées de manière non exhaustive) comme une formation douleur : un semestre dans un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), une consultation au sein d'un CETD, avoir le Diplôme d'Étude Spécialisée (DES) de Rhumatologie ou le DES de Gériatrie par exemples en plus des formations plus communément admises que sont une Capacité douleur, un Diplôme d'Étude Spécialisée Complémentaire (DESC) de Médecine de la Douleur ou Diplôme Universitaire (DU) douleur par exemples.

Seules 7 (2,5%) personnes déclarent ne pas prescrire de tramadol.

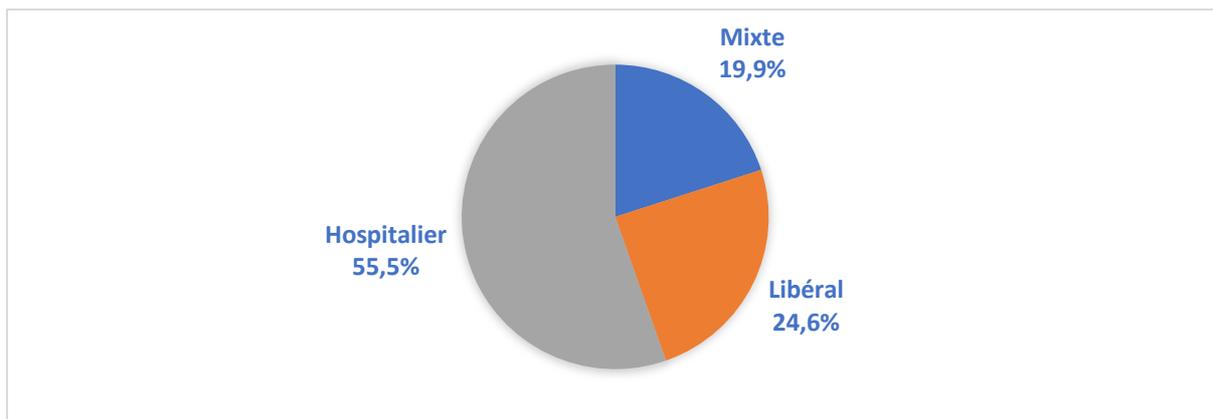


Figure 3 : Répartition selon le type d'exercice

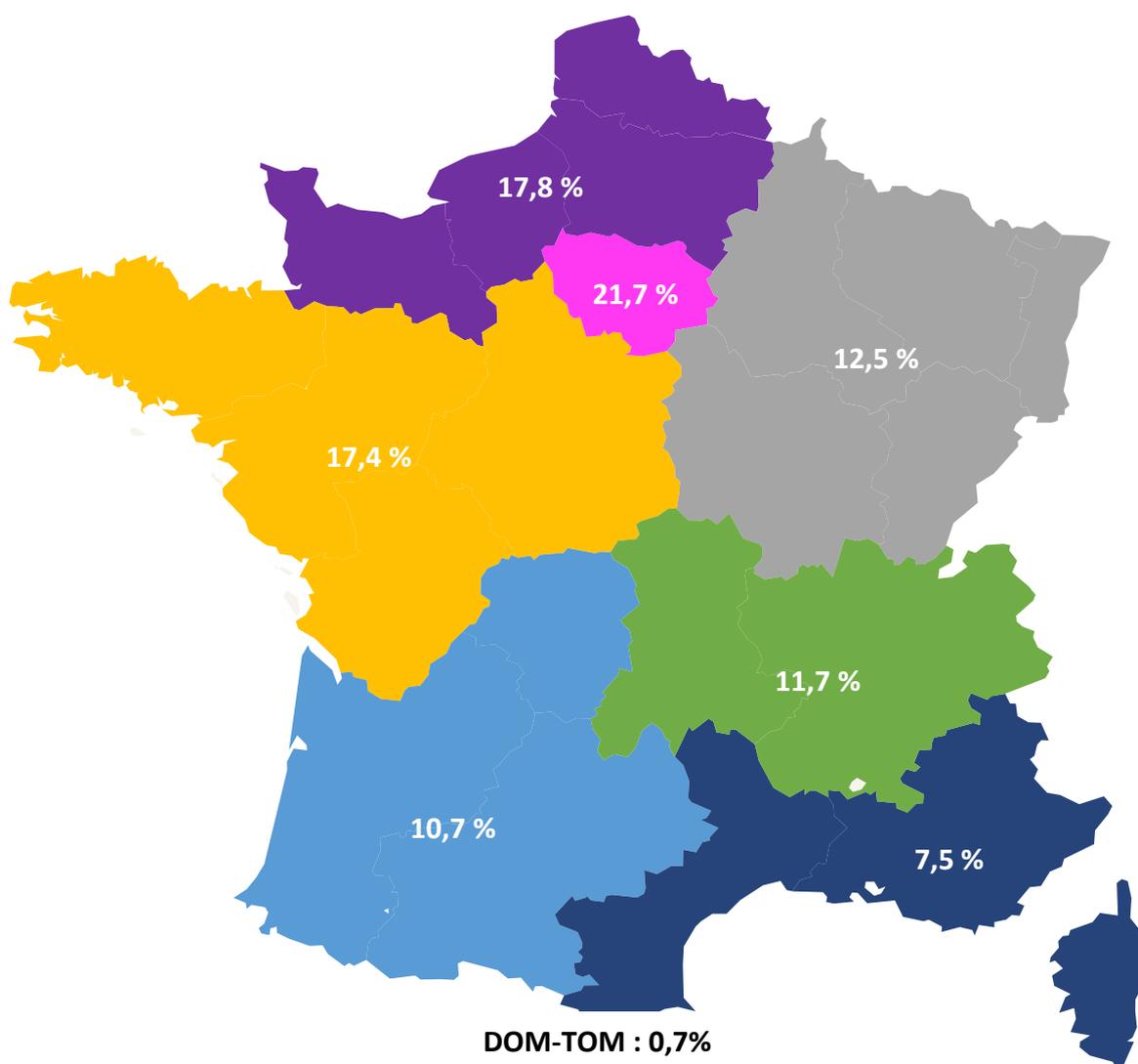


Figure 4 : Répartition selon la région d'exercice

B) Prescription du tramadol

NB : les données suivantes concernent les 274 rhumatologues français qui ont déclaré prescrire du tramadol (les 281 répondants français auxquels on retire les 7 répondants qui ont déclaré ne pas prescrire de tramadol).

1. Nombre de prescriptions mensuelles

Nombre de patients	Nombre absolu de répondants (et %)
< 5 patients par mois	74 (27%)
5 à 10 patients par mois	97 (35,4%)
10 à 20 patients par mois	67 (24,5%)
> 20 patients par mois	36 (13,1%)

Tableau 3 : Nombre de prescriptions mensuelles de tramadol par le rhumatologue

La prescription de tramadol par les rhumatologues français est régulière avec près des trois quarts qui en prescrivent à plus de 5 patients par mois. (**Tableau 3**)

2. Indications

2.a. Motifs de prescription du tramadol

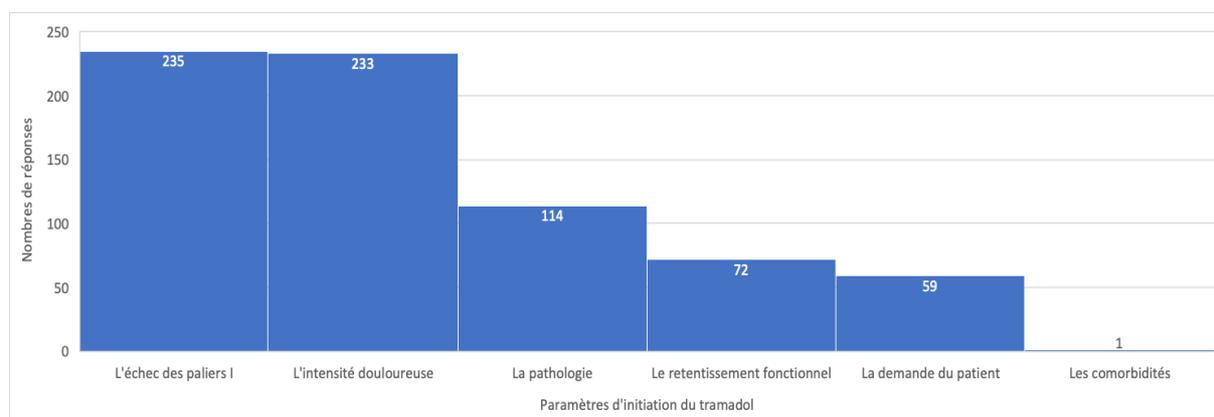


Figure 5 : Motifs de prescription du tramadol

L'échec des paliers I et l'intensité douloureuse sont les deux paramètres qui motivent le plus la prescription de tramadol (**Figure 5**). La pathologie sous-jacente n'apparaît qu'en troisième position.

2.b. Prescriptions du tramadol selon l'intensité de la douleur

Douleur aiguë	
Utilisation d'une échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique (EN)	
Oui	169 (61,7%)
Non	105 (38,3%)
EVA/EN moyenne d'initiation du tramadol	5,4
Douleur chronique	
Utilisation d'une échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique (EN)	
Oui	124 (45,3%)
Non	150 (54,7%)
EVA/EN moyenne d'initiation du tramadol	5,6

Tableau 4 : Utilisation des échelles visuelles analogiques ou numériques dans la douleur aiguë ou chronique

Plus de la moitié des répondants (61,7%) utilisent une échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique (EN) dans un contexte de douleur aiguë contre seulement 45,3% dans un contexte de douleur chronique (**Tableau 4**).

En moyenne l'EVA/EN d'initiation d'un traitement par tramadol était de 5,4 pour la douleur aiguë et 5,6 pour la douleur chronique (**Tableau 4**).

2.c. Prescriptions selon la pathologie

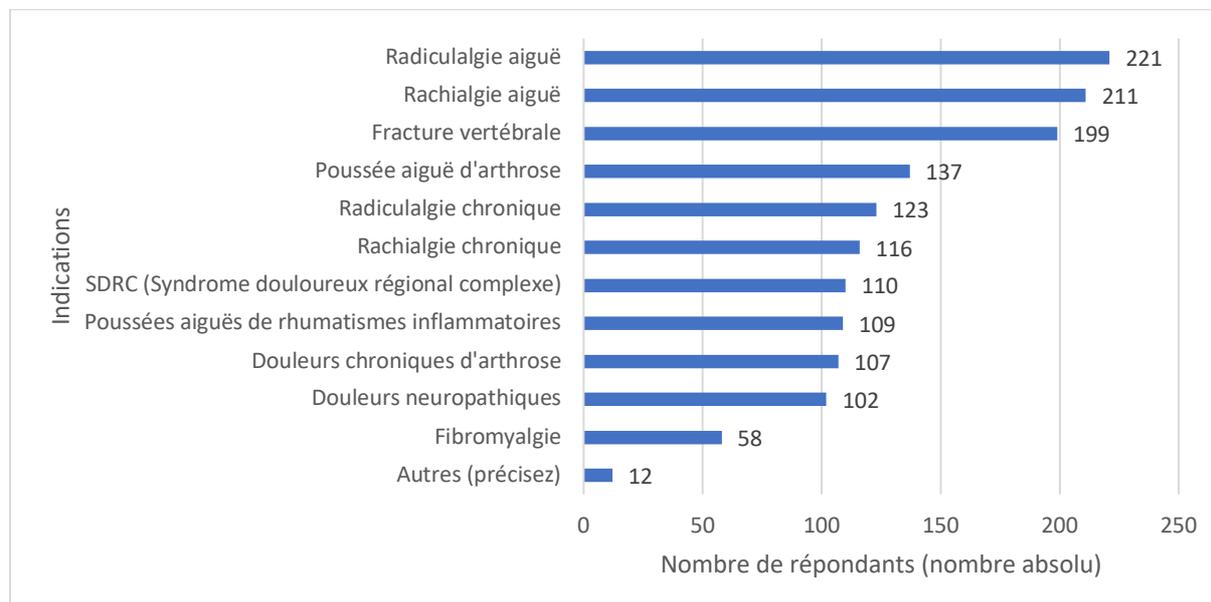


Figure 6 : Répartition des indications de prescription du tramadol

Les rhumatologues prescrivent majoritairement du tramadol pour les indications suivantes : radiculalgie aiguë (221 répondants) et rachialgie aiguë (211 répondants) (**Figure 6**).

Les indications radiculalgie chronique et rachialgie chronique arrivent plutôt après les pathologies douloureuses aiguës.

Dans la partie « autres » l'analyse des réponses n'était pas possible avec des réponses du type « *Je ne prescris qu'exceptionnellement du Tramadol, uniquement lorsque le patient "pleure" pour en avoir, et encore ! Cela m'arrive 2-3 fois par an* ».

2.d. Prescriptions en l'absence de diagnostic

Douleur aiguë	
Prescription de tramadol en l'absence de diagnostic étiologique	
Oui	144 (52,6%)
Non	130 (47,4%)
Douleur chronique	
Prescription de tramadol en l'absence de diagnostic étiologique	
Oui	61 (22,3%)
Non	213 (77,7%)

Tableau 5 : Prescription de tramadol en l'absence de diagnostic étiologique

En situation de douleur aiguë, la majorité des répondants (52,6%) prescrivent du tramadol en l'absence de diagnostic étiologique et près du quart des répondants (22,3%) en font de même en cas de douleur chronique (**Tableau 5**).

3. Modalités de prescriptions

3.a. Formes médicamenteuses de tramadol

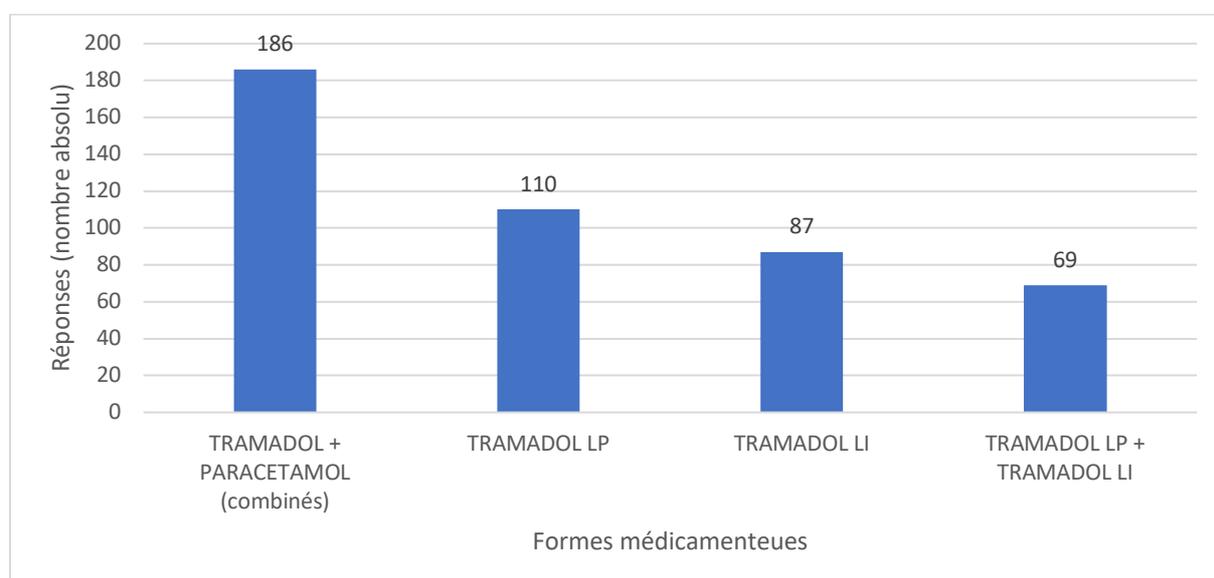


Figure 7 : Formes médicamenteuses prescrites en première intention

Les rhumatologues répondants prescrivent majoritairement (186 soit 68,1% des répondants) du tramadol sous forme combinée avec du paracétamol (**Figure 7**).

3.b. Posologies

Posologies de tramadol (mg/24h)			
Moment	Moyenne	Médiane	Écart-type
A l'initiation	148	150	25
Maximale	304	300	50

Tableau 6 : Posologies de prescription du tramadol

3.c. Durées de traitements en douleur aiguë

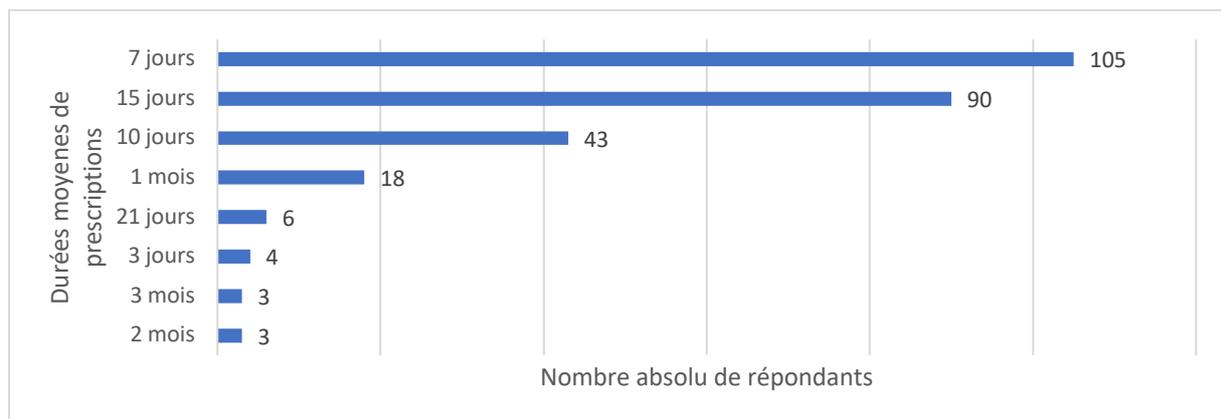


Figure 8 : Durées moyennes de prescriptions du tramadol en situation de douleur aiguë sur la première ordonnance

La durée moyenne de prescription du tramadol en situation de douleur aiguë est au plus de 15 jours pour près de 90% (87,5%) des répondants (**Figure 8**).

3.d. Durées limites de prescriptions

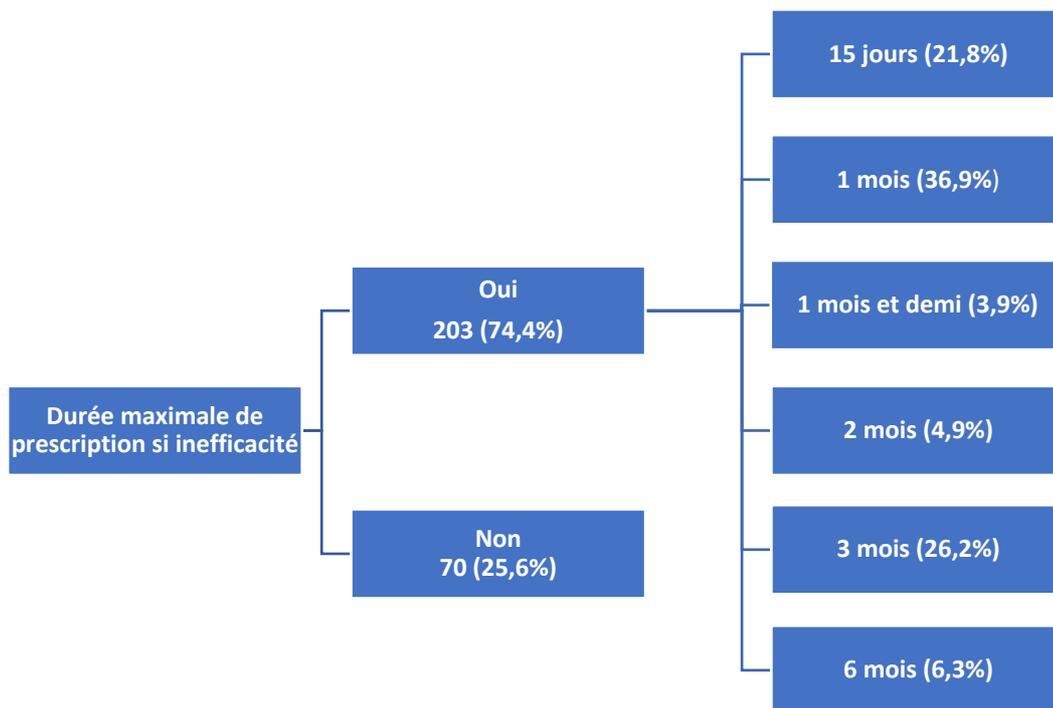


Figure 9 : Durées limites de prescriptions de tramadol avant arrêt et/ou adressage en consultation douleur

Près des trois quarts des rhumatologues (74,4%) ont une durée limite de prescription au-delà de laquelle, sans bénéfice pour le patient, ils arrêtent le traitement et/ou adressent le patient à une consultation spécialisée douleur (**Figure 9**).

Cette durée limite est au maximum pour 58,7% des rhumatologues, de 1 mois. Elle est de 3 mois pour environ un quart d'entre eux (26,2%) (**Figure 9**).

3.e. Prévention des effets indésirables

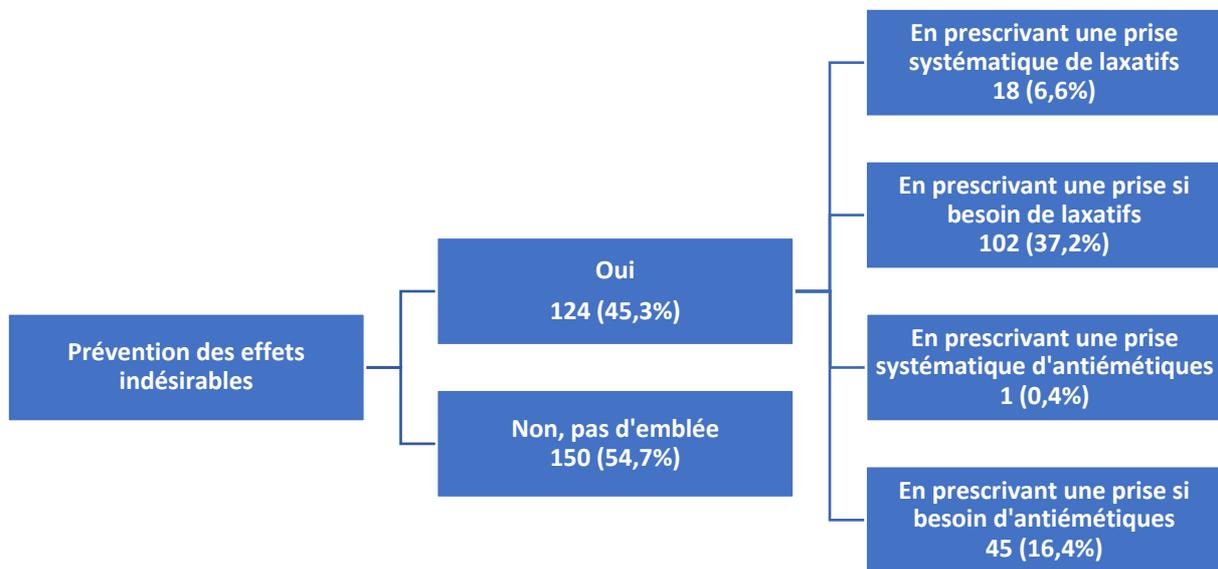


Figure 10 : Prévention des effets indésirables (constipation, nausées, vomissements)

Un peu moins de la moitié (45,3%) prévient les effets indésirables potentiels du tramadol (constipation, nausées, vomissements) par une prescription systématique ou si besoin de laxatifs et/ou d'antiémétiques (**Figure 10**).

3.f. Antalgiques associés

98,5% (270) des répondants déclarent utiliser d'autres antalgiques avec leurs prescriptions de tramadol. Ci-dessous, voici la répartition du nombre de réponses selon la classe thérapeutique (plusieurs réponses possibles pour chaque répondant).

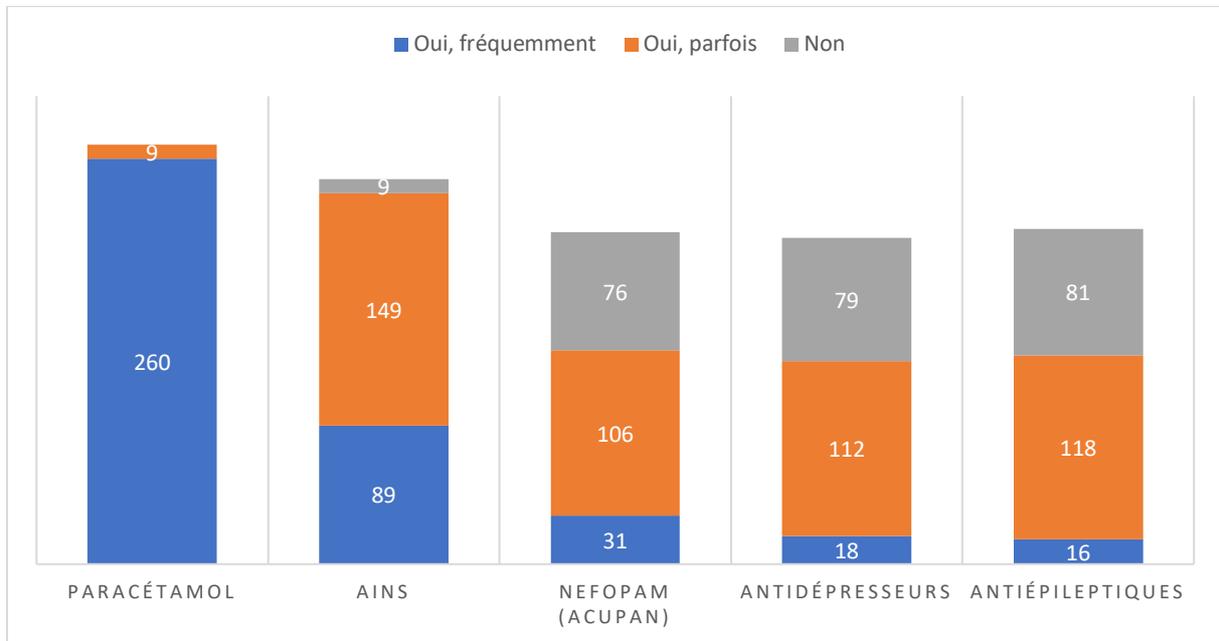


Figure 11 : Antalgiques prescrits associés au tramadol

Le paracétamol est le co-antalgique le plus fréquemment prescrit (260 réponses « Oui, fréquemment ») avec le tramadol, viennent ensuite les AINS (89 réponses « Oui, fréquemment »), l'Acupan (260 réponses « Oui, fréquemment »), les antidépresseurs (18 réponses « Oui, fréquemment ») puis les antiépileptiques (16 réponses « Oui, fréquemment »).

4. Évaluation thérapeutique

4.a. Dans quel délai ?

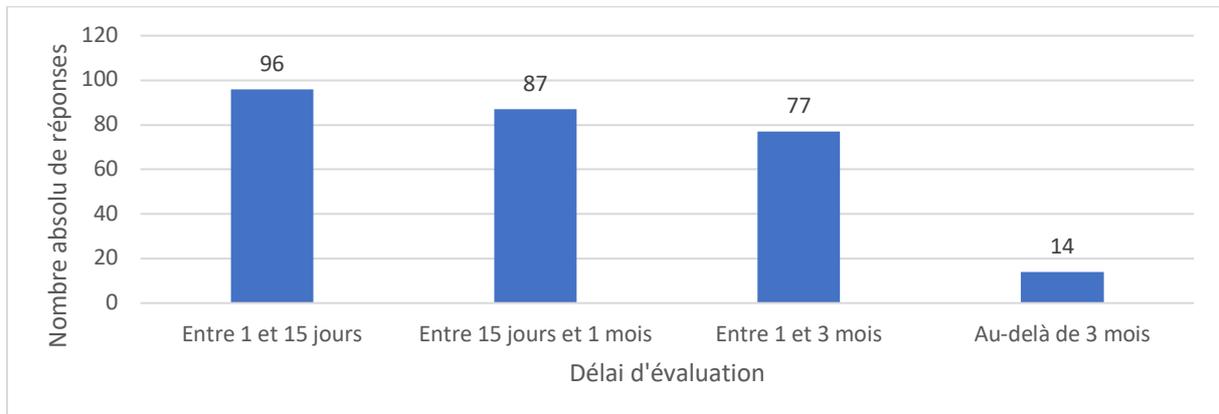


Figure 12 : Délai d'évaluation du traitement par tramadol

L'évaluation de la prescription de tramadol se fait pour près de deux tiers des rhumatologues répondants (67%) dans le mois de la prescription (**Figure 12**).

4.b. Par qui ?

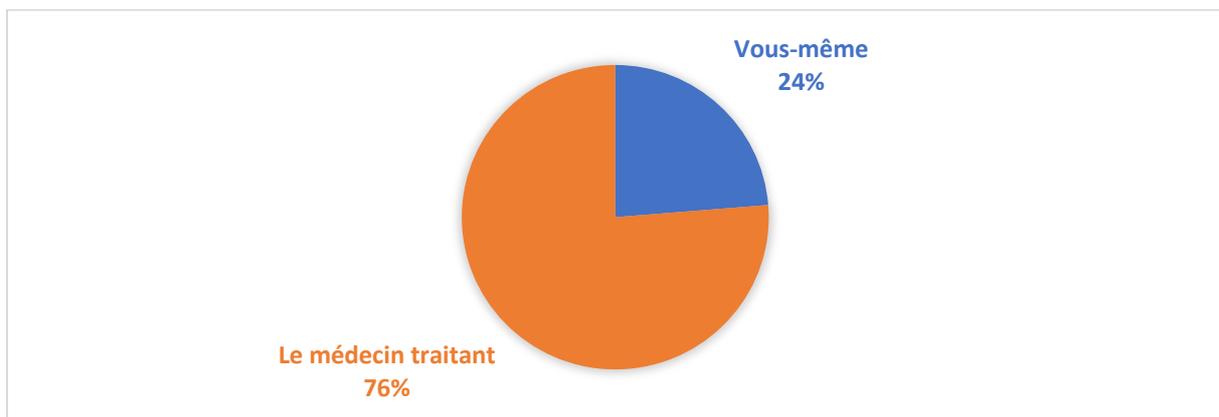


Figure 13 : Acteur de santé réévaluant l'efficacité et la tolérance de la primo-prescription de tramadol

76% (209) répondants font réévaluer leur primo-prescription de tramadol par le médecin traitant (**Figure 13**).

4.c. Dépistage des facteurs de risque de mésusage et de dépendance au tramadol

La majorité des répondants (60,9%) déclare avoir eu des problèmes de mésusage ou de dépendance au tramadol.

Seulement le quart (25,9%) connaît le questionnaire Opioid Risk Tool (ORT) (**Annexe 2 et partie II.D.**).

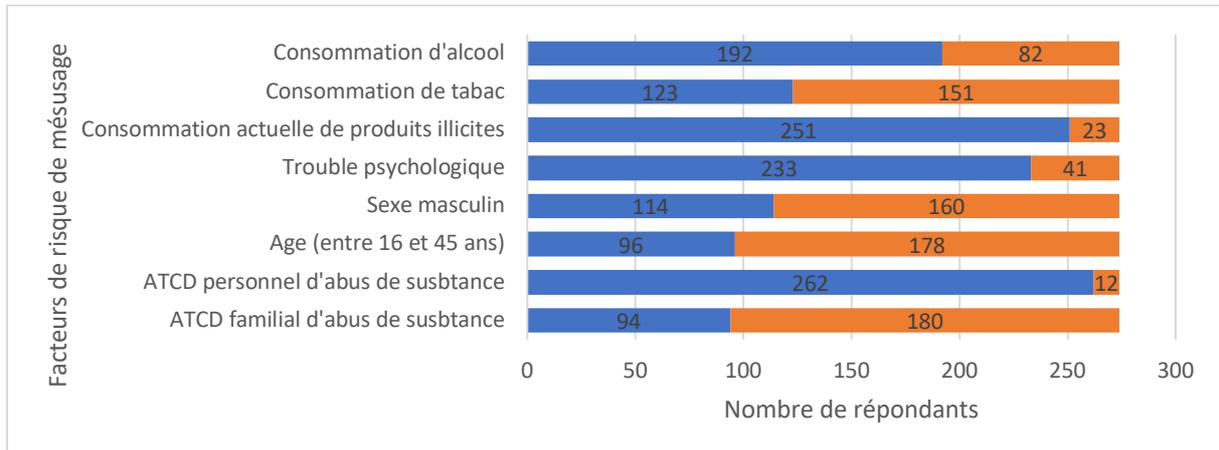


Figure 14 : Identification par les rhumatologues des facteurs de risques de mésusage des opioïdes à l'initiation (Oui en bleu, Non en orange)

Sur les 8 items que comporte l'ORT, seuls 4 sont considérés par plus la moitié des répondants (plus de 139) comme un facteur de risque de mésusage des opioïdes (**Figure 14**).

Plus de la moitié des rhumatologues (164 soit 59,9%) recherche ces facteurs de risque de mésusage avant l'initiation d'un traitement par tramadol.

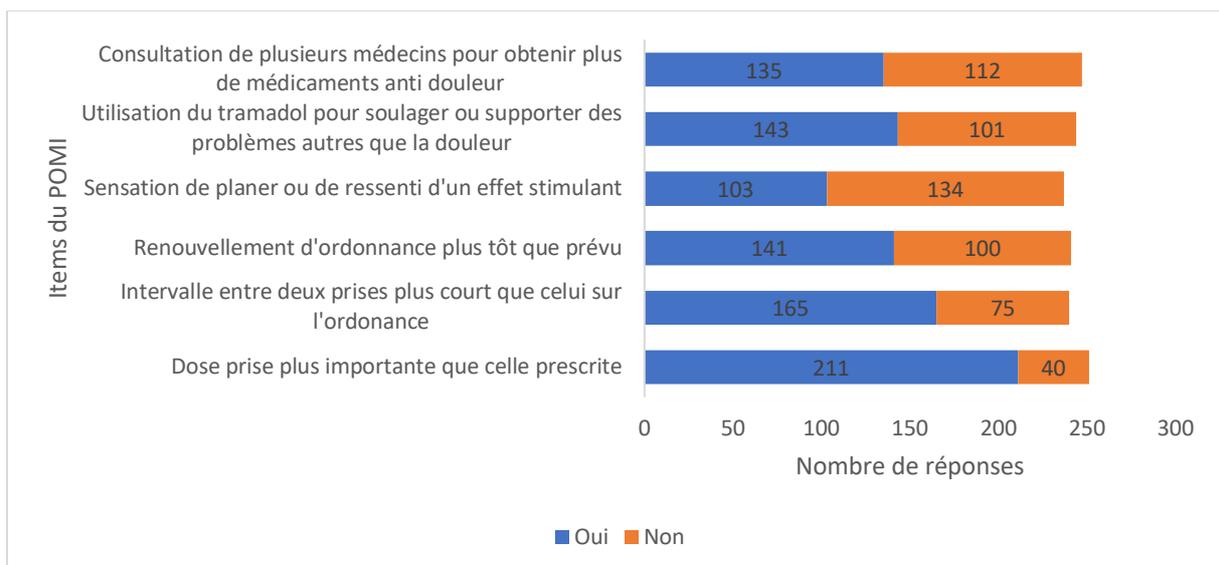


Figure 15 : Recherche des facteurs de risque de mésusage des opioïdes lors de l'évaluation selon le POMI (Oui en bleu et Non en orange)

Avant renouvellement, les signes de mésusage (selon le POMI) sont recherchés par plus de la moitié des répondants pour chaque item sauf l’item « sensation de planer ou de ressenti d’un effet stimulant » (**Figure 15**).

5. Stratégies en cas d’échec ou d’effets indésirables d’un traitement par tramadol

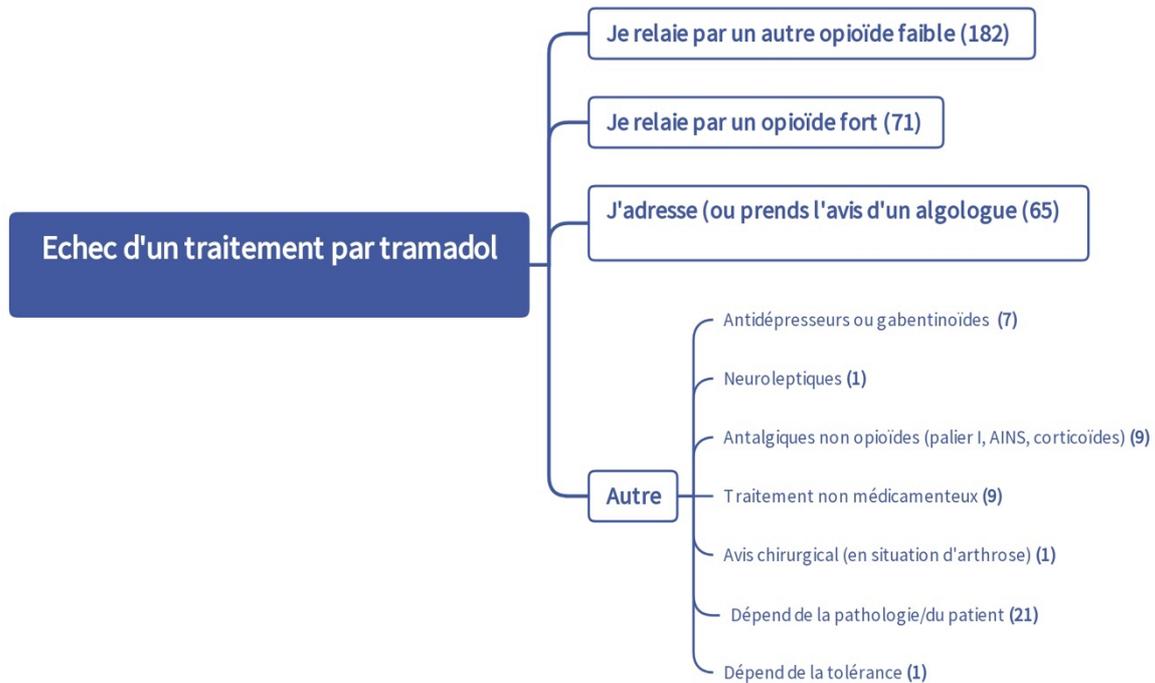


Figure 16 : Logigramme reprenant la conduite à tenir décidée par les rhumatologues en cas d’échec du traitement par tramadol (entre parenthèses, le nombre de réponses)

La **Figure 16** reprend la conduite à tenir décidée par les rhumatologues en cas d’échec d’un traitement par tramadol. La partie « autre » correspond aux réponses libres des rhumatologues que l’on a catégorisées pour une plus grande clarté. Dans plus de la majorité des cas (65%), les rhumatologues procèdent à un relai par un autre opioïde faible.

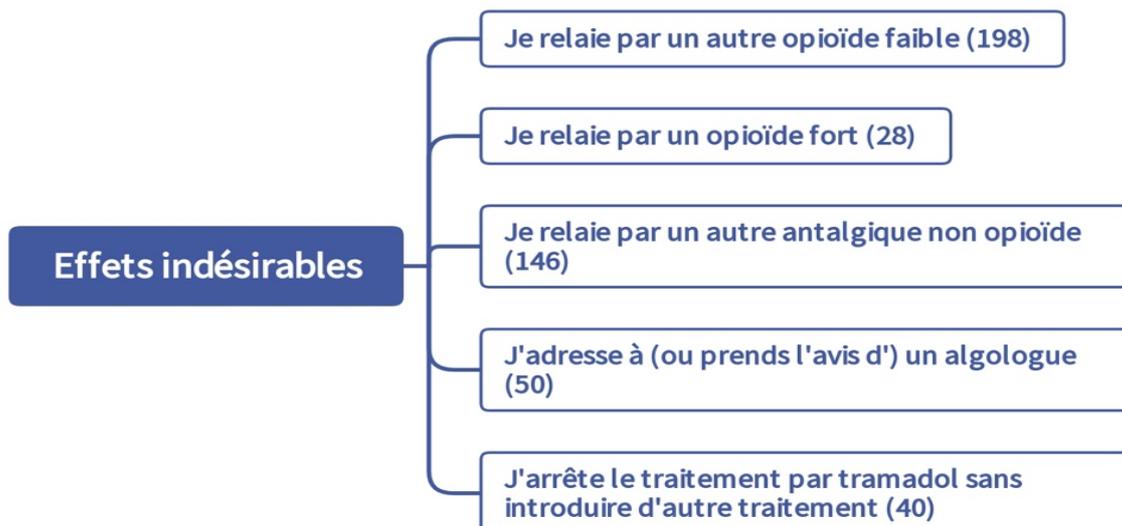


Figure 17 : Logigramme reprenant la conduite à tenir décidée par les rhumatologues en cas d'effets indésirables du traitement par tramadol (entre parenthèses, le nombre de réponses)

La **Figure 17** reprend la conduite à tenir décidée par les rhumatologues en cas d'effets indésirables du traitement par tramadol. Dans plus de la majorité des cas (72,5%), les rhumatologues procèdent aussi à un relai par un autre opioïde faible dans cette situation.

6. Freins par rapport à la prescription de tramadol

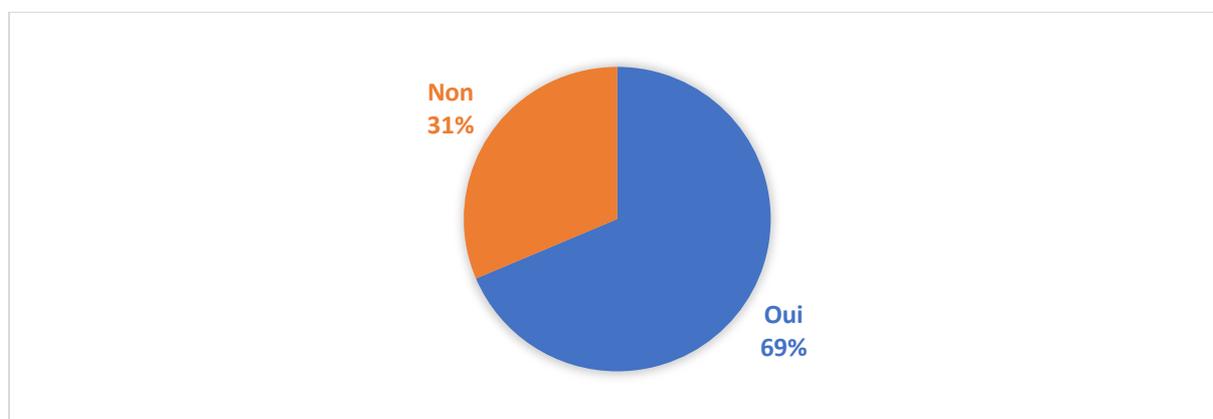


Figure 18 : Freins par rapport à la prescription de tramadol

69% (188) des rhumatologues déclarent avoir des freins par rapport à la prescription de tramadol (**Figure 18**)

84,3% (231) déclarent que la prescription limitée à 3 mois n'a pas modifié leurs pratiques.

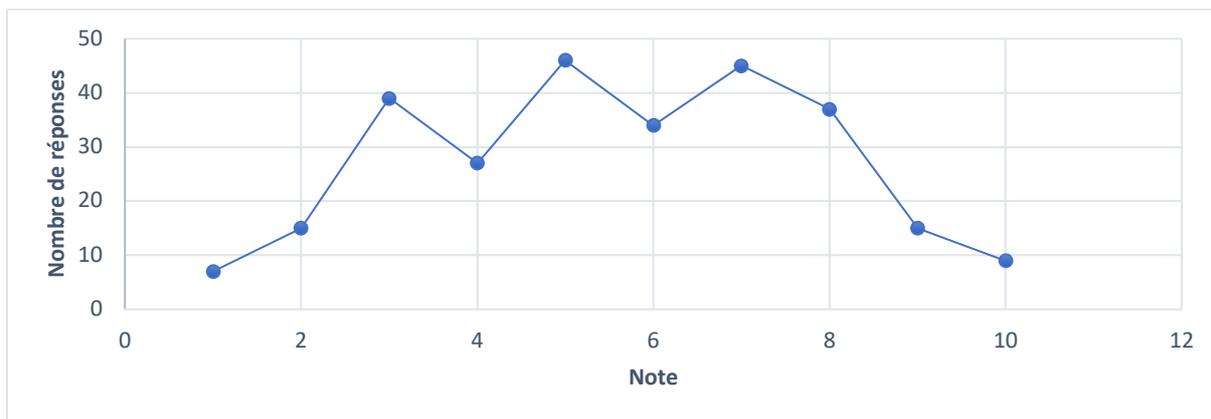


Figure 19 : Note de facilité de prescription du tramadol entre 1 et 10 avec le nombre de répondants en ordonnée et la note en abscisse.

22% ont une note de facilité de prescription comprise de 1 à 3 inclus. Le même pourcentage est retrouvé pour les rhumatologues qui ont une note de facilité de prescription comprise entre 8 et 10 inclus. **(Figure 19).**

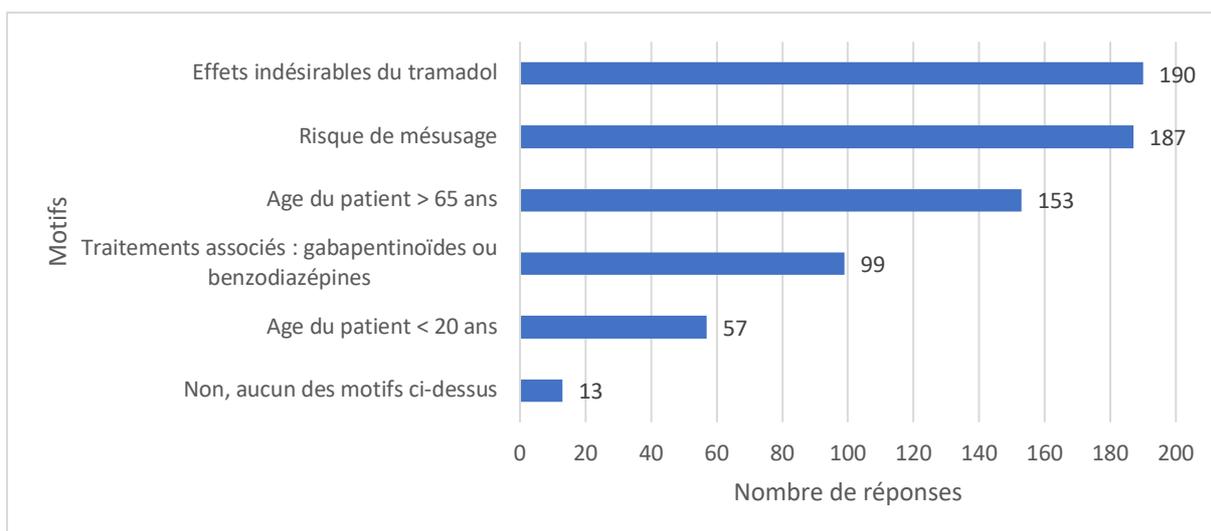


Figure 20 : Freins à la prescription de tramadol (motifs généraux)

Les deux freins à la prescription de tramadol qui arrivent en tête sont les effets indésirables du tramadol (190 soit 69% des répondants) et le risque de mésusage (187 soit 68% des répondants) **(Figure 20).**

Les effets indésirables rapportés (en réponses libres et de manière non exhaustive) sont principalement : les vertiges, intolérance digestive, hallucinations, confusion, risques de chute, troubles de la mémoire, nausées, somnolence...

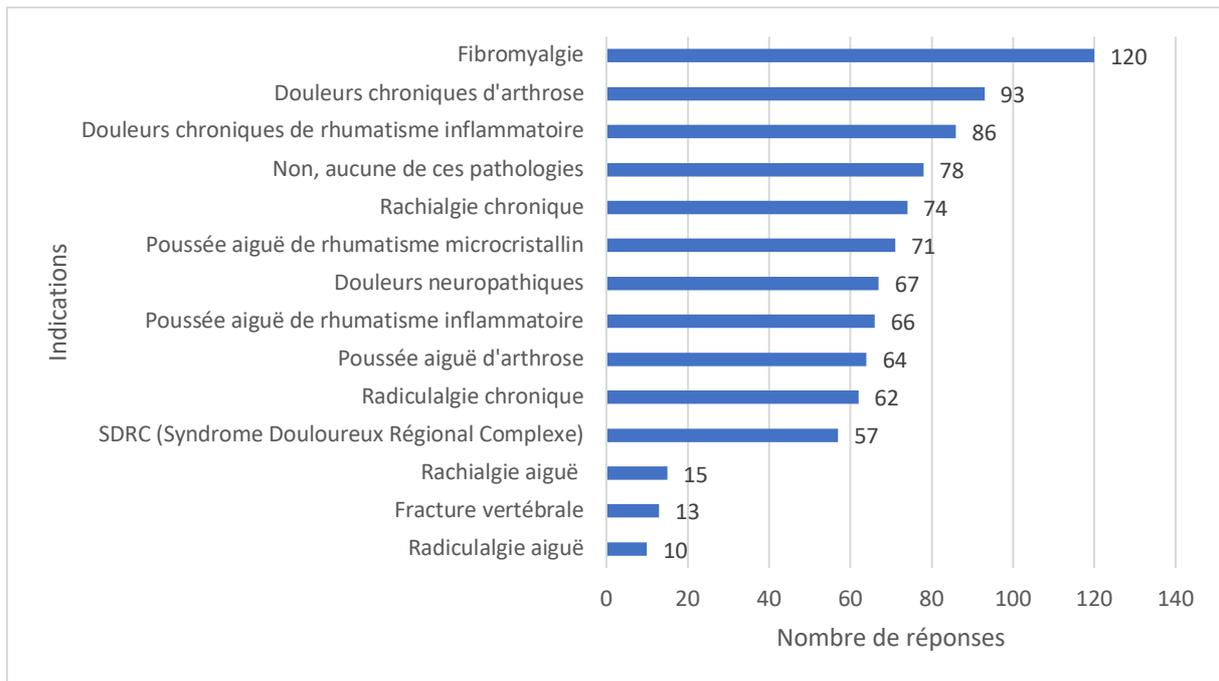


Figure 21 : Freins à la prescription de tramadol selon l'indication

La « Fibromyalgie » est le frein principal à la prescription de tramadol (120 réponses soit 46% des répondants) (Figure 21).

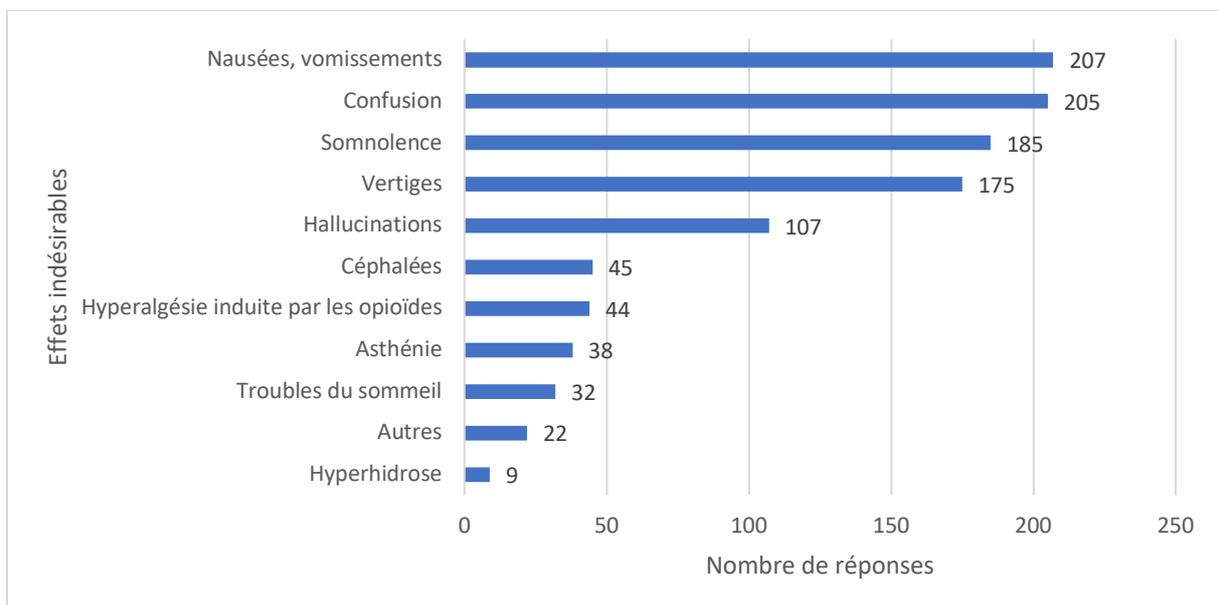


Figure 22 : Freins à la prescription du tramadol selon la crainte de survenue d'effets secondaires

Les deux effets indésirables les plus cités comme étant des freins à la prescription du tramadol sont les nausées, vomissements (207 soit 75% des rhumatologues) et la confusion (205 soit 75% des rhumatologues) (Figure 22).

22 personnes ont proposé des réponses libres rapportées ci-dessous (de manière non exhaustive) : accoutumance, chutes, constipation, mésusage, addiction, dépendance, rétention d'urine...

7. Difficultés en lien avec le tramadol

7.a. Difficultés à arrêter le tramadol

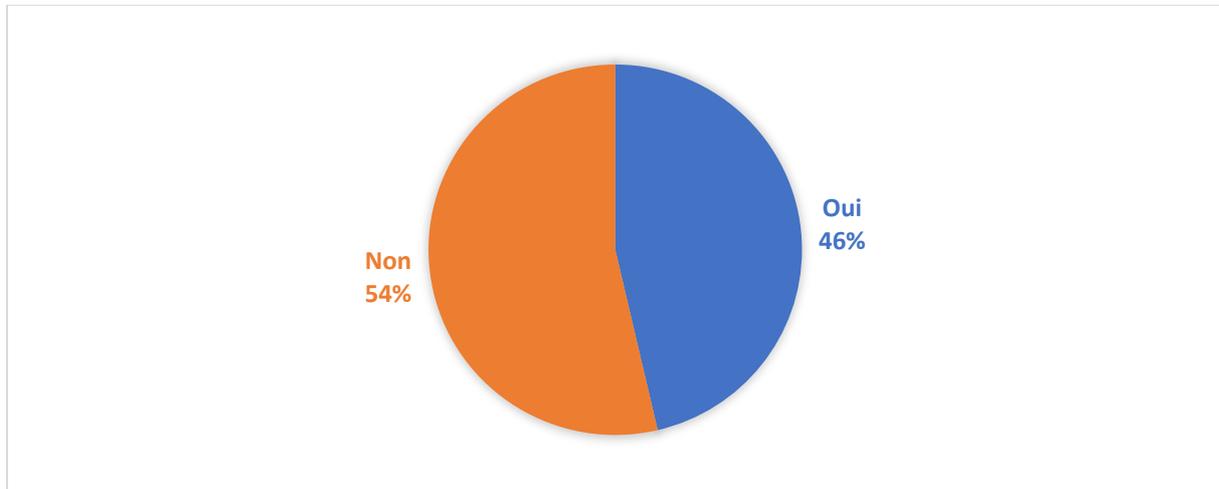


Figure 23 : Difficultés à arrêter le tramadol

La majorité (54% soit 147 personnes) déclarent ne pas avoir de difficultés à arrêter le tramadol (**Figure 23**).

7.b. Prescription inappropriée de tramadol

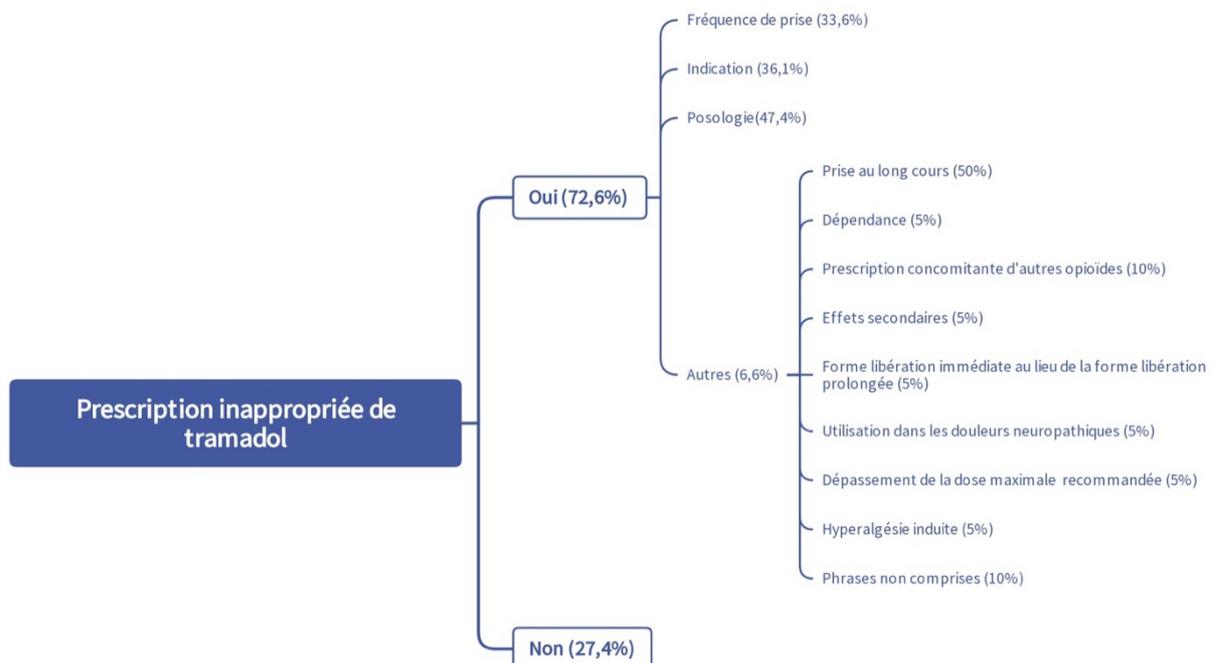


Figure 24 : Prescription inappropriée de tramadol

Près de trois quarts (72,6%) déclarent être confrontés à une prescription inappropriée de tramadol. Le motif principal est la posologie inadéquate (47,4%), puis viennent l'indication (36,1%) et la fréquence de prise (33,6%) (**Figure 24**). La partie « autres » reprend les réponses libres des rhumatologues (**Figure 24**).

7.c. Difficultés d'accès à un référent algologue

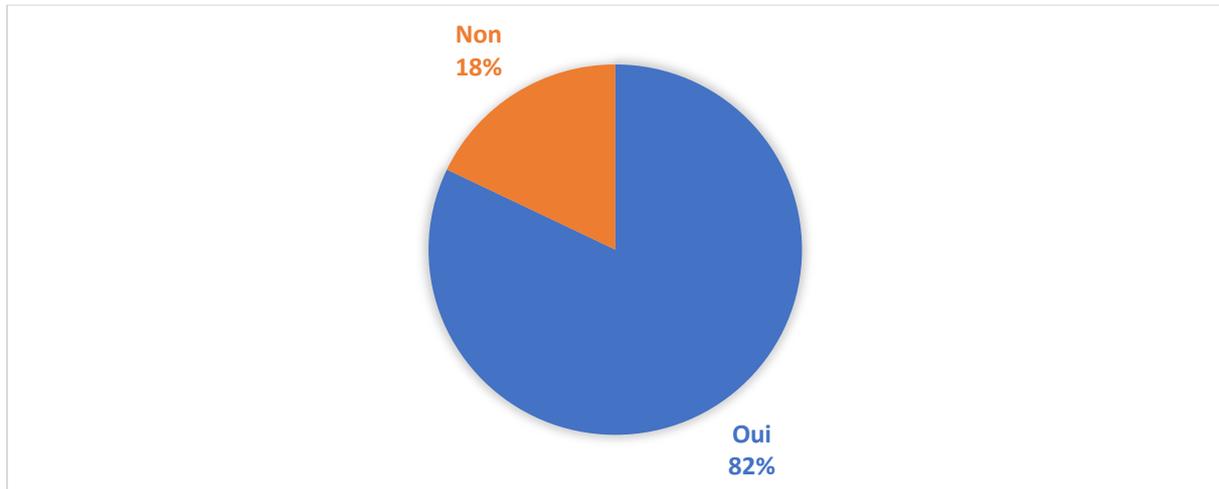


Figure 25 : Accès à un référent algologue

18 % des rhumatologues n'ont pas accès à un référent algologue en cas d'impasse thérapeutique (**Figure 25**).

8. Connaissance des recommandations HAS sur les opioïdes

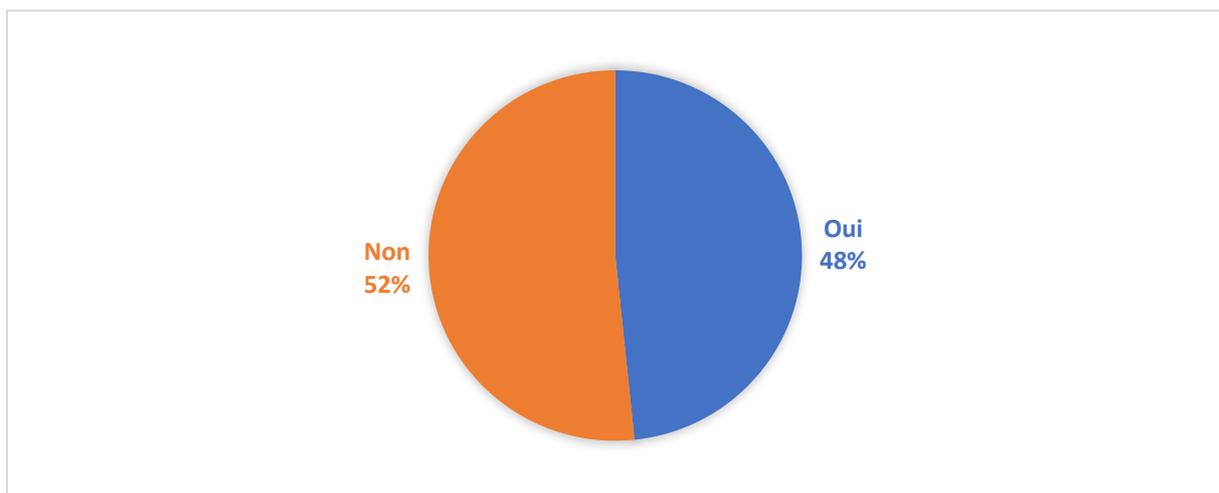


Figure 26 : Connaissance des recommandations HAS 2022 sur le bon usage des opioïdes

Un peu plus de la moitié (52%) ne connaît pas les recommandations HAS de mars 2022 sur le bon usage des opioïdes (**Figure 26**).

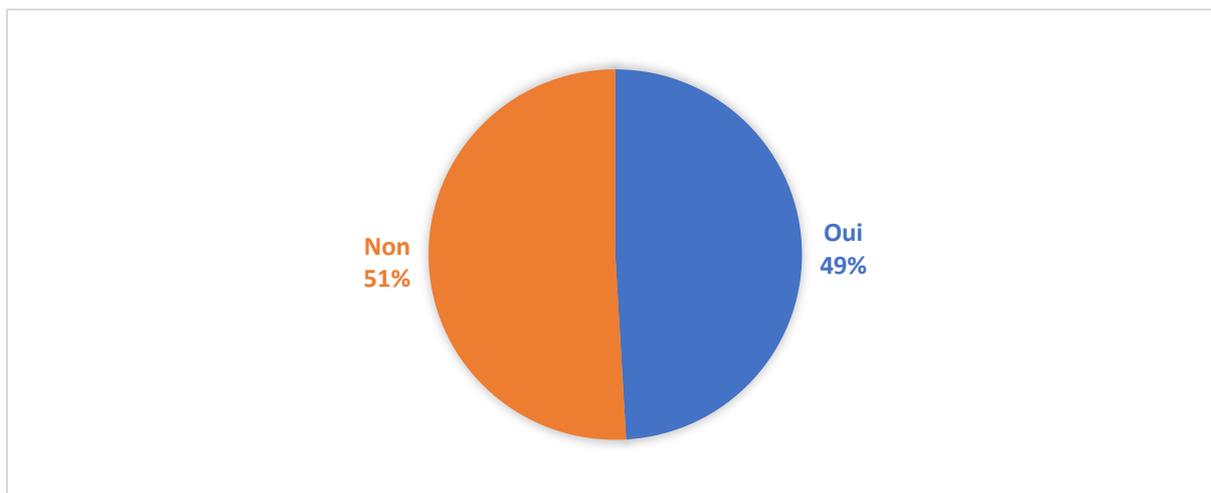


Figure 27 : « Si oui, ces recommandations ont/vont-elles modifier vos pratiques ? »

Moins de la moitié (49%) déclare que ces recommandations ont ou vont modifier ses pratiques (Figure 27).

B. Concordance avec les recommandations HAS de mars 2022

Nous avons voulu mettre en adéquation les habitudes de prescriptions des rhumatologues avec les recommandations extraites des fiches « Traitement antalgique opioïde de la douleur aiguë chez les patients sans consommation d'opioïdes en cours »³⁷ (schéma synthétique en **Annexe 4**) et « Traitement antalgique opioïde de la douleur chronique non cancéreuse »³⁸ (schéma synthétique en **Annexe 5**) réalisées par la Haute Autorité de Santé comme synthèse des recommandations HAS de mars 2022 sur les opioïdes.⁷

Certaines questions de notre questionnaire ont été rédigées pour répondre exclusivement à l'objectif principal, ce qui fait qu'il n'a pas été possible de croiser l'ensemble des recommandations avec les réponses au questionnaire.

Nous avons utilisé le code couleur suivant pour établir le degré d'adéquation avec les recommandations:

Vert	En accord, plutôt en accord avec les recommandations
Orange	Moyennement en accord avec les recommandations
Rouge	Pas en accord avec les recommandations

A) En situation de douleur aiguë

Les médicaments antalgiques opioïdes sont indiqués (AMM) pour le traitement des douleurs aiguës et sévères (score à l'échelle numérique $\geq 6/10$).

En situation de douleur aiguë, les répondants utilisant l'EVA prescrivent du tramadol avec une EVA/EN moyenne d'initiation de 5,4. (**Tableau 4**)

Ils doivent, dans la mesure du possible et le plus souvent, être utilisés en association avec d'autres antalgiques non opioïdes (...)

98,5% (270) des répondants déclarent utiliser d'autres antalgiques avec leurs prescriptions de tramadol.

Il est recommandé de prescrire un opioïde : – à la dose efficace la plus faible ; (...)

D'après le **Tableau 5**, la dose moyenne à l'initiation est relativement basse à 148 mg par 24h proche de la dose d'attaque de 100mg par 24h en situation de douleur aiguë (*d'après le Résumé de Caractéristiques du Produit RCP du Tramadol du laboratoire Viatrix au dosage de 50 mg en comprimés*)³⁹ et la dose maximale de 304 mg par 24h plutôt en dessous de la dose maximale de 400mg par 24h³⁹ ce qui tend à être plutôt en accord avec l'énoncé « **à la dose efficace la plus faible** ».

(...) - et pour la durée la plus courte possible (maximale de 14 jours).

La durée moyenne de prescription du tramadol en situation de douleur aiguë est au plus de 15 jours pour 87,5% des répondants (**Figure 8**).

Il est recommandé d'informer le patient de la nécessité de prendre rendez-vous à la sortie des urgences ou du service d'hospitalisation avec son médecin habituel en vue d'une réévaluation de l'efficacité et la tolérance du traitement dans un délai maximal de 7 jours.

76% (209) répondants font réévaluer leur primo-prescription de tramadol par le médecin traitant (**Figure 9**) mais nous n'avons pas d'information sur le délai.

B) En situation de douleur chronique

Les antalgiques opioïdes peuvent être envisagés en dernière intention dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d'arthrose, voire neuropathiques (...)

On remarque que les indications qui arrivent en tête sont d'abord les pathologies aiguës comme la radiculalgie aiguë ou la rachialgie aiguë et en deuxième partie on retrouve la rachialgie chronique, les douleurs chroniques d'arthrose ou les douleurs neuropathiques.

Le traitement par tramadol chez les patients atteints de fibromyalgie ne peut être envisagé qu'après recueil d'un avis spécialisé (consultation douleur).

La « Fibromyalgie » est la non-indication prépondérante (avec 46% des répondants) retenue comme étant un frein à la prescription de tramadol (**Figure 21**).

Durant les six premiers mois d'un traitement antalgique opioïde, il est recommandé de réévaluer la douleur du patient au minimum tous les mois (...)

L'évaluation de la prescription de tramadol se fait pour près de deux tiers des rhumatologues (67%) dans le mois de la prescription (**Figure 12**).

Cependant, ce questionnaire n'interroge pas par la suite sur la répétition des suivis avec cet intervalle de 1 mois.

**En l'absence de bénéfice clinique, il n'est pas recommandé :
(...) – de poursuivre un traitement par antalgique opioïde au-delà de 3 à 6 mois selon la typologie, quelle que soit la dose prescrite.
Un avis spécialisé (... sera préconisé)
– en l'absence de bénéfice clinique après 3 à 6 mois de traitement**

Près des trois quarts des rhumatologues (74,4%) ont une durée limite de prescription au-delà de laquelle, sans bénéfice pour le patient, ils arrêtent le traitement et/ou adressent le patient à une consultation spécialisée douleur (**Figure 9**).

Cette durée limite est au maximum pour 58,7% des rhumatologues de 1 mois. Elle est de 3 mois pour environ un quart d'entre eux (26,2%) (**Figure 9**).

Une évaluation globale du patient est nécessaire avant l'instauration du traitement afin de rechercher des facteurs de risque de trouble de l'usage.

(...)

Dans le cadre de la douleur chronique en soins de premier recours, le repérage des patients à risque de trouble de l'usage peut être facilité par le recours à des outils d'évaluation comme l'Opioid Risk Tool – ORT.

Seulement le quart (25,9%) connaît le questionnaire Opioid Risk Tool (ORT) (**Annexe 2 et partie II.D.**).

Sur les 8 items que comporte l'ORT, seuls 4 sont considérés par plus la moitié des répondants (plus de 139) comme des facteurs de risque de mésusage des opioïdes (**Figure 14**). Plus de la moitié des rhumatologues (164 soit 59,9%) déclarent pourtant rechercher les facteurs de risque de mésusage avant l'initiation d'un traitement par tramadol.

Il est recommandé de rechercher cliniquement, de façon répétée durant la prise en charge, l'existence d'un TEO ; l'utilisation d'outils d'évaluation tels que le Prescription Opioid Misuse Index – POMI peut être un support.

Avant renouvellement, les signes de mésusage (selon le POMI) sont recherchés par plus de la moitié des répondants pour chaque item sauf l'item « sensation de planer ou de ressenti d'un effet stimulant » (**Figure 15**).

C. Données extraites du SNDS (Système National des Données de Santé)

A) Tramadol

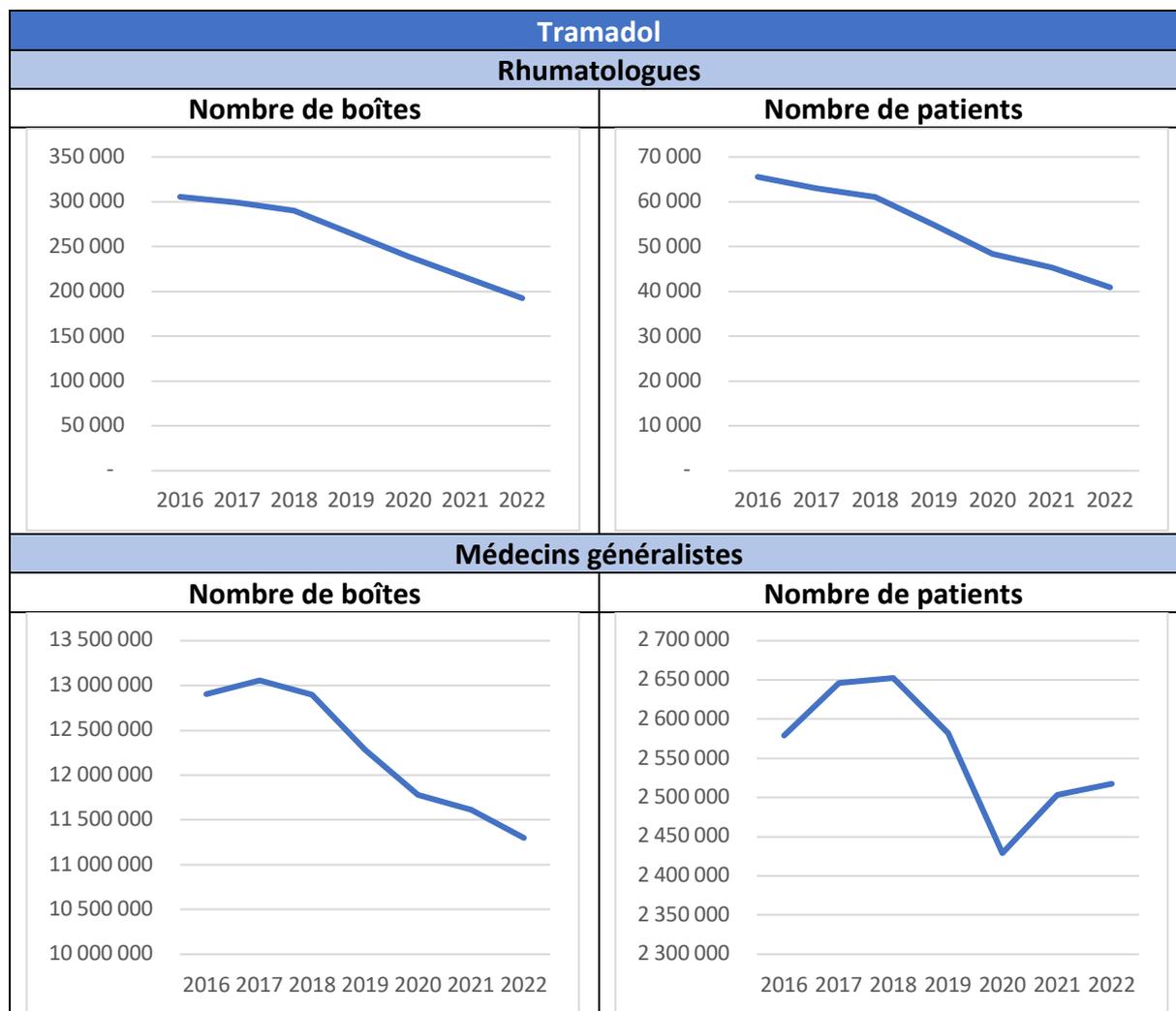


Figure 28 : Graphiques des prescriptions du tramadol par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Nombre de patients							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	65 543	62 967	61 121	54 820	48 416	45 388	40 905
Médecins généralistes	2 578 755	2 646 398	2 652 474	2 582 233	2 429 038	2 503 094	2 517 394

Nombre de boîtes							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	305 463	299 115	290 403	264 714	239 199	215 399	192 449
Médecins généralistes	12 903 359	13 057 177	12 895 187	12 283 343	11 782 120	11 613 934	11 298 960

Tableaux 7 : Données de prescriptions du tramadol par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Entre 2016 et 2022, on observe une baisse de la prescription de tramadol tant chez les rhumatologues que chez les médecins généralistes.

Elle est plus marquée chez les rhumatologues avec une diminution de 40% du nombre de patients recevant une prescription de tramadol entre 2016 et 2022 versus 2% chez les médecins généralistes.

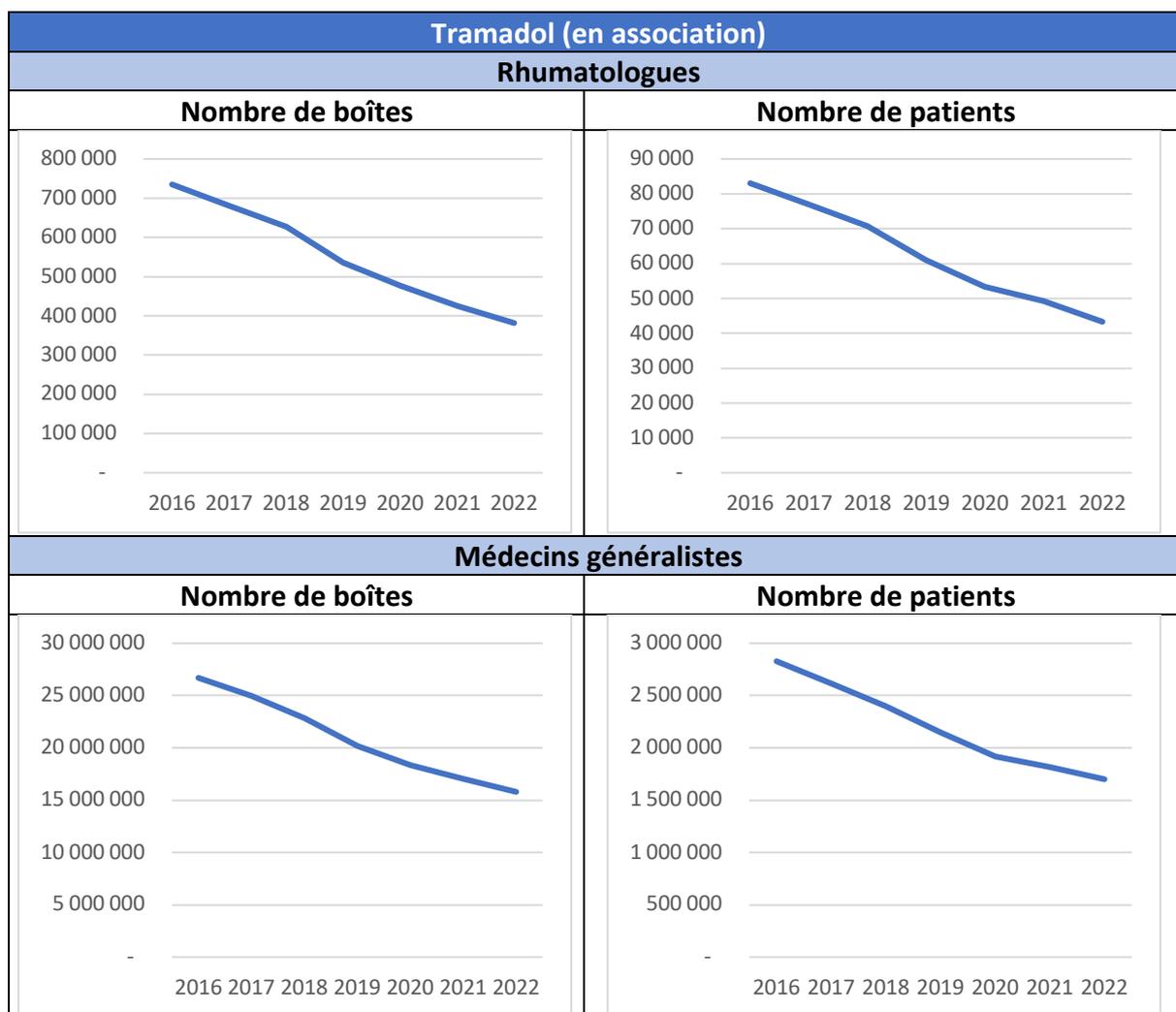


Figure 29 : Graphiques des prescriptions du tramadol (en association) par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Nombre de patients							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	83 032	77 003	70 743	61 040	53 276	49 209	43 311
Médecins généralistes	2 827 630	2 614 605	2 397 116	2 149 102	1 915 571	1 815 350	1 699 815

Nombre de boîtes							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	734 956	680 586	627 853	536 498	476 664	424 692	381 754
Médecins généralistes	26 690 583	24 947 638	22 829 618	20 188 201	18 319 298	17 020 546	15 791 391

Tableaux 8 : Données des prescriptions du tramadol (en association) par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Cette même tendance se retrouve lors de la prescription de tramadol (en association) avec cette fois-ci une importante diminution à la fois chez les rhumatologues et chez les médecins généralistes (respectivement 47% et 40%).

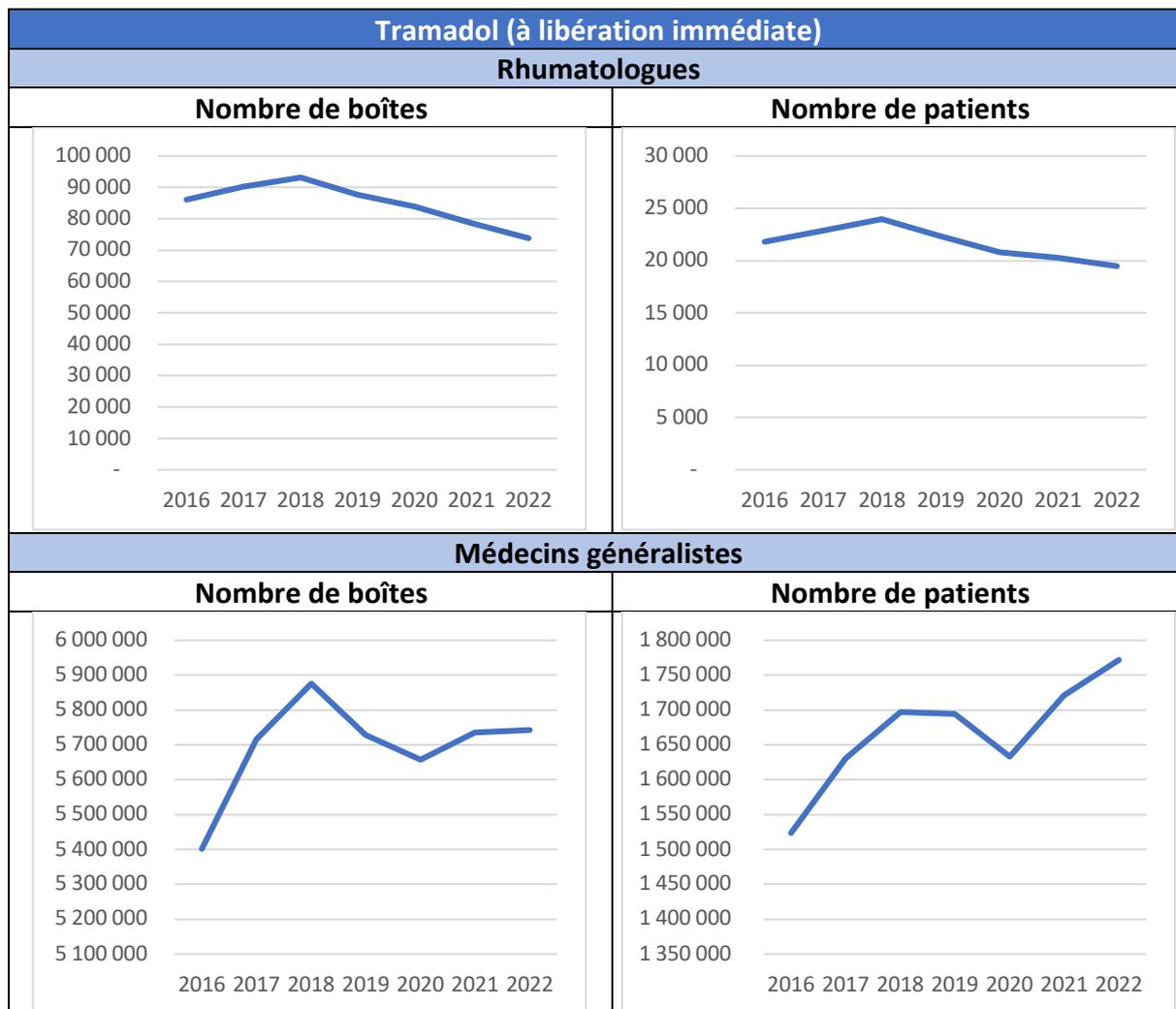


Figure 30 : Graphiques des prescriptions du tramadol (à libération immédiate) par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Nombre de patients							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	21 812	22 868	23 971	22 320	20 826	20 249	19 470
Médecins généralistes	1 523 567	1 630 645	1 697 129	1 694 468	1 633 148	1 721 296	1 771 806

Nombre de boîtes							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	86 062	90 245	93 151	87 623	83 914	78 575	73 812
Médecins généralistes	5 401 543	5 715 613	5 875 734	5 728 878	5 657 195	5 735 513	5 743 412

Tableaux 9 : Données des prescriptions du tramadol (à libération immédiate) par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Concernant le tramadol (à libération immédiate), les tendances sont contraires : il existe une diminution de 10% du nombre de patients recevant une prescription d'un rhumatologue entre 2016 et 2022. Du côté des médecins généralistes, il existe une augmentation de 16% du nombre de patients recevant une prescription de tramadol entre 2016 et 2022.

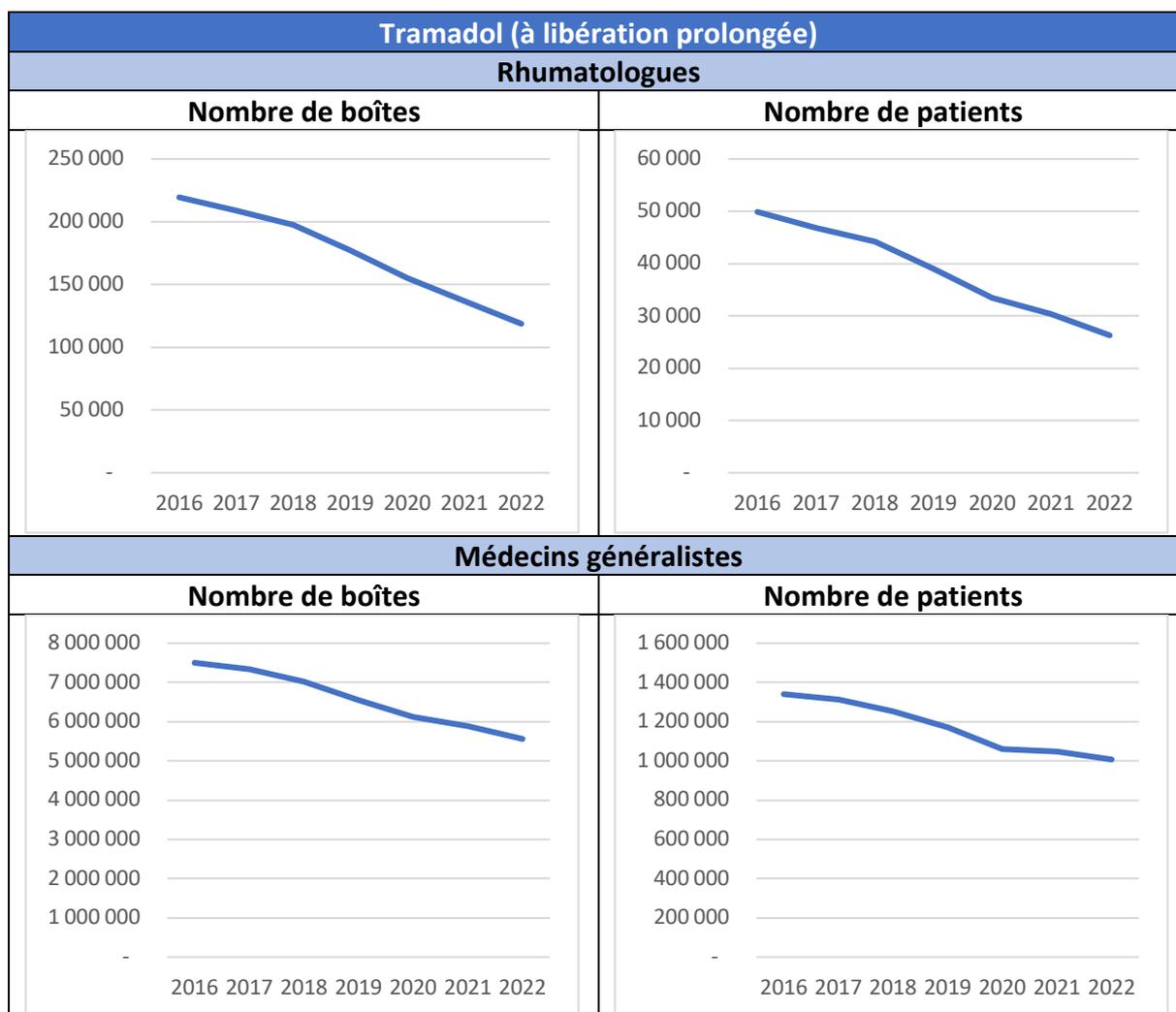


Figure 31 : Graphiques des prescriptions du tramadol (à libération prolongée) par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Nombre de patients							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	49 880	46 765	44 259	38 958	33 453	30 345	26 282
Médecins généralistes	1 340 340	1 312 553	1 252 325	1 169 955	1 061 192	1 047 915	1 007 302

Nombre de boîtes							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	219 401	208 870	197 248	177 089	155 285	136 824	118 690
Médecins généralistes	7 501 750	7 341 514	7 019 395	6 554 359	6 124 819	5 878 309	5 559 960

Tableaux 10 : Données des prescriptions du tramadol (à libération prolongée) par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

La prescription de tramadol (à libération prolongée) est de moins en moins fréquente chez les rhumatologues et chez les médecins généralistes avec une tendance plus marquée chez les rhumatologues. En effet, on observe une diminution entre 2016 et 2022 de 47% de patients recevant une prescription de tramadol (à libération prolongée) chez les rhumatologues contre 25% chez les médecins généralistes.

B) Paracétamol

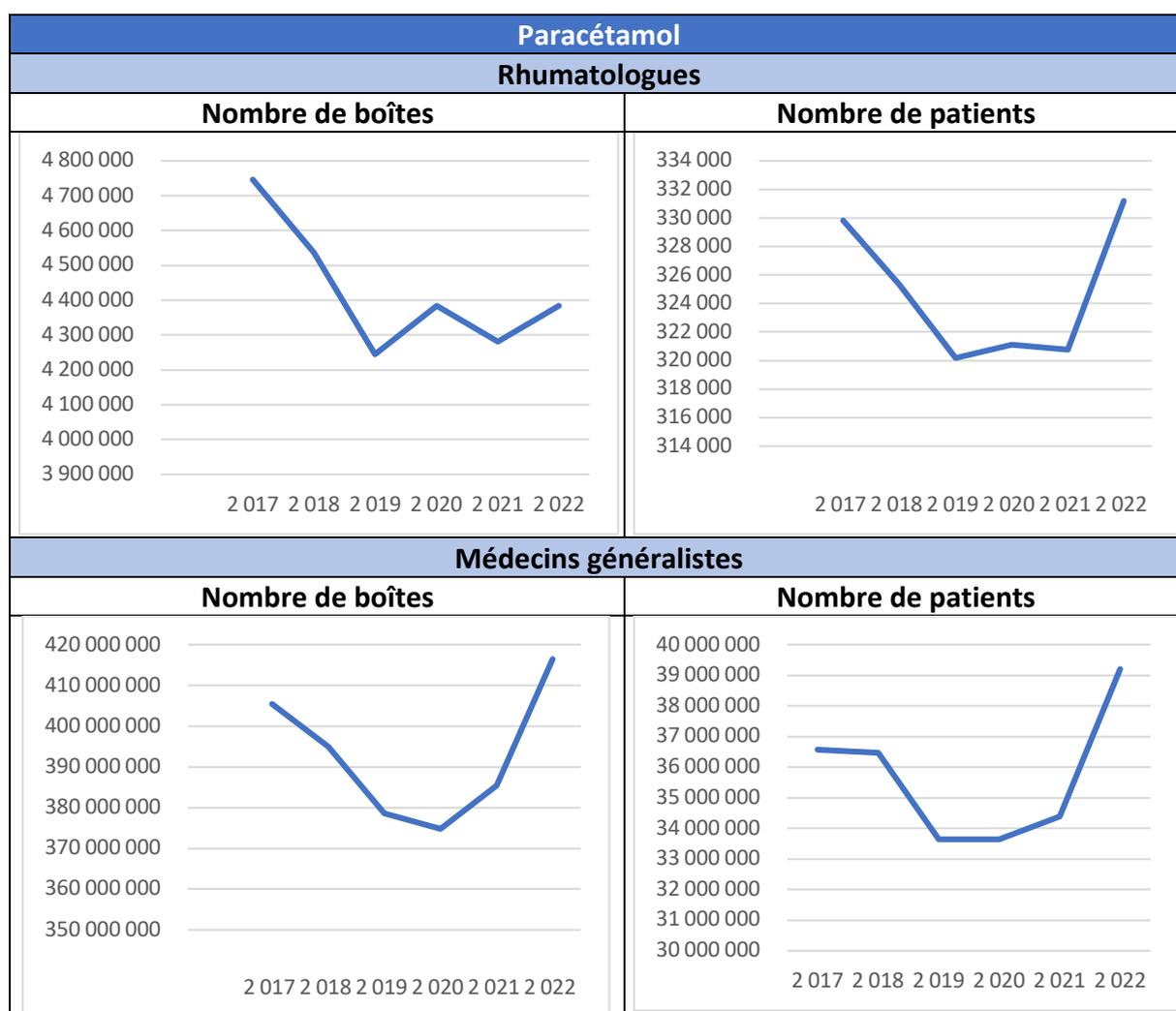


Figure 32 : Données des prescriptions du paracétamol par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Nombre de patients						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	329 805	325 319	320 175	321 118	320 751	331 187
Médecins généralistes	36 574 503	36 469 004	33 642 584	33 642 584	34 385 733	39 204 449

Nombre de boîtes						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	4 746 229	4 537 417	4 244 607	4 383 825	4 280 303	4 384 238
Médecins généralistes	405 490 481	394 998 297	378 637 050	374 788 838	385 442 698	416 462 157

Tableaux 11 : Données des prescriptions du paracétamol par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

On observe une stabilité du nombre de patients recevant une prescription de paracétamol entre 2017 et 2022 tant chez les rhumatologues que chez les médecins généralistes avec cependant une diminution légère en plateau entre 2019 et 2021.

C) Morphine

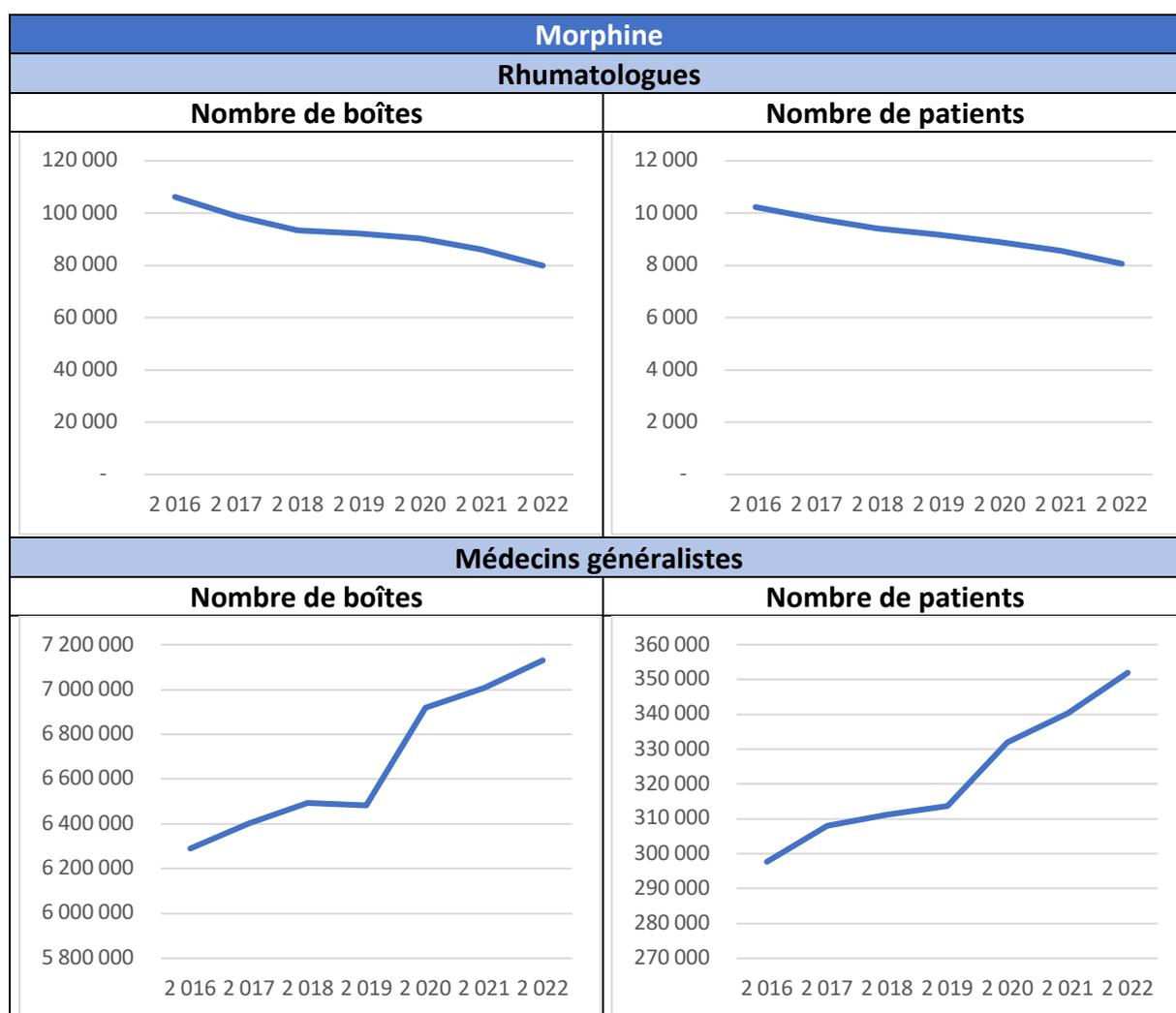


Figure 33 : Données des prescriptions de la morphine par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

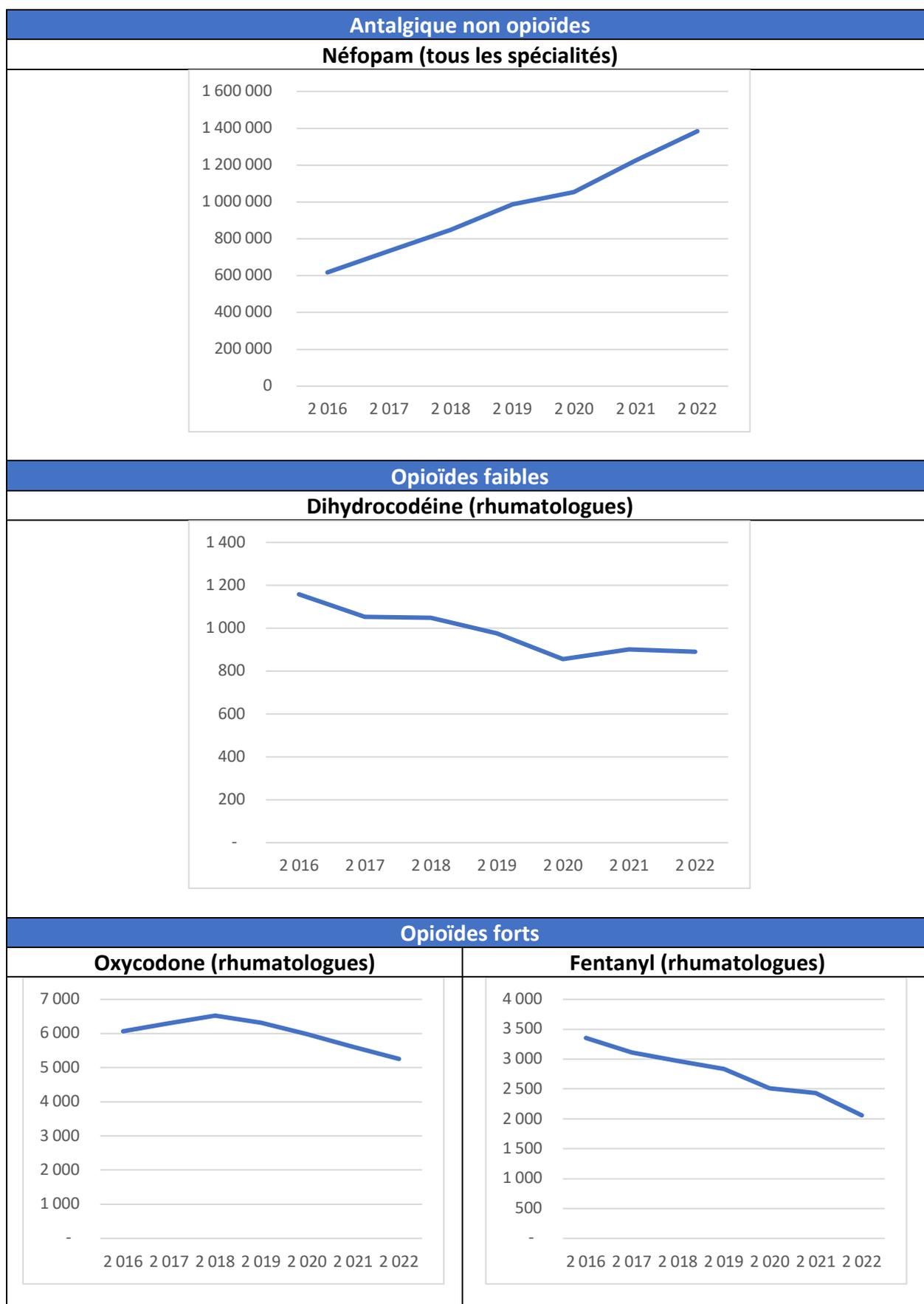
Nombre de patients							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	10 232	9 785	9 410	9 178	8 895	8 564	8 063
Médecins généralistes	297 685	307 990	311 141	313 695	332 005	340 319	351 968

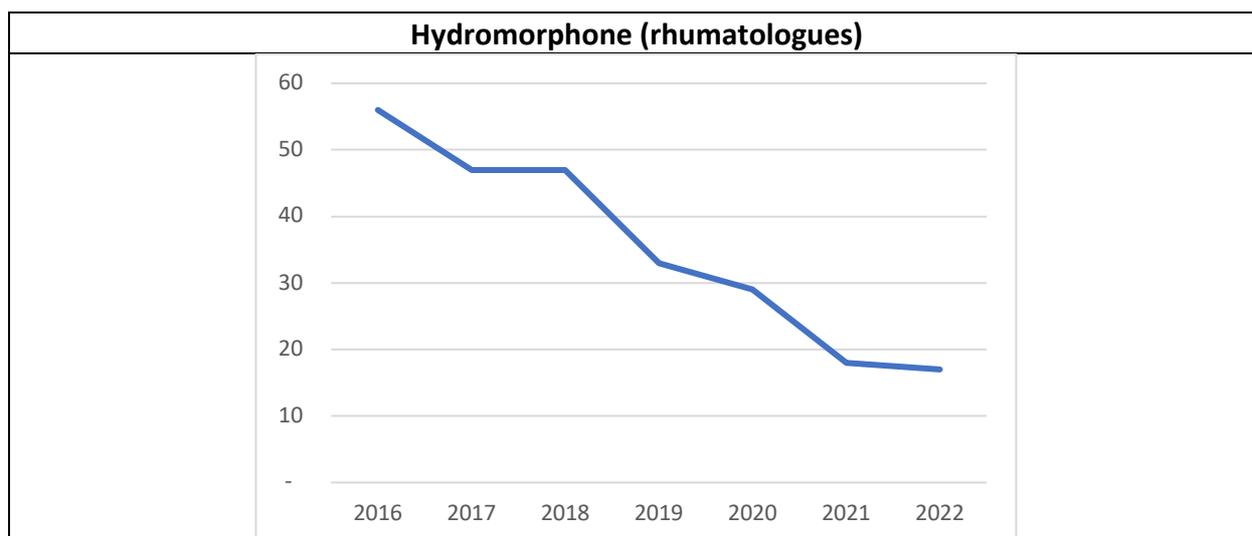
Nombre de boîtes							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rhumatologues	106 212	98 955	93 476	92 242	90 378	85 957	79 898
Médecins généralistes	6 289 864	6 402 878	6 492 116	6 483 185	6 919 935	7 007 222	7 130 118

Tableaux 12 : Données des prescriptions de la morphine par les rhumatologues et les médecins généralistes (en nombre de boîtes et en nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Il existe entre 2016 et 2022 une augmentation de 20% du nombre de patients recevant une prescription de morphine de la part d'un médecin généraliste quand la tendance est à la diminution (de 20%) chez les rhumatologues pour la même période.

D) Autres antalgiques





Figures 34 : Données des prescriptions du néfopam, de la dihydrocodéine, de l'oxycodone, du fentanyl et de l'hydromorphe (nombre de patients) d'après le SNDS de 2016 à 2022.

Concernant le Néfopam, on note une tendance générale à la hausse avec une augmentation de 124% entre 2016 et 2022 du nombre de patients recevant une prescription de Néfopam (et 85% de boîtes prescrites en plus sur la même période).

Pour les autres antalgiques opioïdes, il y a une baisse des prescriptions par les rhumatologues entre 2016 et 2022.

IV. Discussion

A. Les rhumatologues prescrivent le tramadol de manière raisonnable

A) Les rhumatologues le prescrivent à une faible proportion de leur patientèle

En l'absence de statistiques propres aux rhumatologues, on se base sur une étude de Doctolib⁴⁰ de 2020 qui conclue que les médecins généralistes font « 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne » et sur 253 jours ouvrés en 2020. On peut faire l'hypothèse (par amalgame) que les trois quarts des répondants prescrivent du tramadol à 1% à 4% de leur patients chaque mois (> ou = 5 patients/mois pour $\frac{3}{4}$ des répondants et > ou = 20 patients/mois pour $\frac{1}{4}$ des répondants d'après le **Tableau 3**) ce qui est peu quand on sait que la douleur est le principal symptôme de consultation en rhumatologie

B) Les rhumatologues diminuent le nombre de leurs prescriptions de tramadol

Les statistiques issues de l'extraction de la base de données du SNDS vont dans le sens, chez les rhumatologues, d'une baisse de la prescription de tramadol sous toutes ces formes. Il est probable qu'il y ait une intégration progressive des bonnes pratiques de prescription du tramadol (et pas seulement les recommandations HAS de mars 2022)⁷ qui sont plutôt limitatives dans les indications de prescriptions contrairement aux années 1980 et 1990 où il était fortement encouragé de prescrire des opioïdes devant des douleurs rebelles avec une méconnaissance de leurs effets potentiellement néfastes.³

C) Les rhumatologues le prescrivent à des posologies faibles

D'après le questionnaire, les rhumatologues utilisent le tramadol à des posologies plutôt faibles tant à l'initiation avec une posologie moyenne de 148 mg/24h de tramadol qu'à la posologie maximale qui est en moyenne de 304 mg/24h (pour une dose maximale de 400 mg par 24h autorisée^{17,39}).

D) Les rhumatologues utilisent des co-antalgiques

Les répondants préfèrent prescrire l'association tramadol/paracétamol versus les formes tramadol pur à libération immédiate (LI) ou à libération prolongée (LP) ou même la co-prescription de tramadol LI et LP. L'association tramadol/paracétamol permet d'épargner la prescription d'un plus fort dosage de tramadol du fait de l'association de deux molécules antalgiques avec des modes d'action différents. L'efficacité est probablement meilleure car ils agissent sur différentes composantes de la douleur (nociceptive et neuropathique par exemples).

E) Les rhumatologues le prescrivent d'abord pour les douleurs aiguës

Les rhumatologues prescrivent moins de tramadol en situation de douleurs chroniques qu'en situation aiguë (notamment en cas de lombalgie, lomboradiculalgie chronique et lors de l'absence d'étiologie). Cette attitude est en accord avec la recommandation HAS suivante : [les opioïdes peuvent être utilisés] « en dernière intention dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d'arthrose, voire neuropathiques ». ⁷

F) Les rhumatologues quantifient la douleur

La quantification de la douleur par une échelle standardisée type EVA ou EN est réalisée pour la majorité des rhumatologues ayant répondu au questionnaire en situation de douleur aiguë (61,7%) et quasiment la moitié en situation de douleur chronique (45,3%). Cette approche couplée à l'évaluation qualitative de la douleur c'est-à-dire par exemple la caractérisation en douleurs neuropathiques, nociceptives ou nociplastiques permet de mieux choisir les catégories d'antalgiques. Néanmoins, nous n'avons pas interrogé les rhumatologues sur la pratique d'une évaluation qualitative

G) Les rhumatologues ont des freins à la prescription de tramadol

Les rhumatologues déclarent pour les deux tiers avoir des freins lorsqu'ils prescrivent du tramadol ce qui semble être responsable au vu de l'absence d'innocuité de ce traitement.

H) Les rhumatologues savent dépister les facteurs de risques de mésusage des opioïdes lors du renouvellement de leurs prescriptions

Les items du Prescription Opioid Misuse Index (POMI) sont bien identifiés comme des facteurs de mésusage des opioïdes lors du renouvellement du tramadol par les rhumatologues. En effet, 5 items sur 6 qui composent ce questionnaire sont connus par la majorité des répondants.

B. Axes d'amélioration

Il est notable que 31% des répondants déclarent ne pas avoir de freins à la prescription de tramadol : est-ce qu'ils considèrent ce médicament comme sans risques pour le patient ? Connaissent-ils les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les contre-indications et les risques de dépendance et de mésusage ?

Il est nécessaire d'améliorer le dépistage à l'initiation du tramadol du mésusage des opioïdes. Effectivement, seul un quart des répondants connaît l'Opioid Risk Tool qui permet de dépister les facteurs de risque de mésusage des opioïdes à l'initiation.

Une meilleure éducation des prescripteurs à travers la formation médicale initiale, la formation médicale continue et la diffusion progressive des nouvelles recommandations de prescription des opioïdes⁷ devraient permettre d'améliorer ce point.

L'absence d'accès pour 18 % des répondants à un référent algologue est un autre axe d'amélioration. Se pose la question des possibilités qu'ils peuvent avoir en cas d'échec de prise en charge antalgique notamment de certains patients douloureux chroniques avec le risque de poursuivre sans bénéfice un traitement opioïde avec les effets néfastes qui en découlent.

C. Impact des recommandations sur les prescriptions d'opioïdes

En France, on peut penser que l'actualisation des recommandations devrait permettre de diminuer encore les prescriptions d'opioïdes même si les pratiques actuelles des rhumatologues sont bonnes. On peut noter par ailleurs qu'au moment de la distribution du questionnaire, à savoir entre juillet 2022 et le 31 décembre 2022, un peu moins de la moitié des rhumatologues connaissaient les recommandations HAS de mars 2022⁷ ce qui peut sembler cohérent au vu du délai court entre la distribution du questionnaire et la sortie des recommandations sur les opioïdes⁷.

Aux États-Unis, les recommandations du CDC (Centers for Disease Control) de novembre 2022¹⁹ sur la prescription des opioïdes insistent sur une prescription d'opioïdes avec une balance bénéfices-risques soigneusement évaluée, des objectifs d'antalgie et de fonction à atteindre sous opioïdes au risque d'arrêter le traitement pour éviter les risques d'une prescription prolongée inefficace. Les précédentes recommandations du CDC de 2016⁴¹ ainsi que les recommandations de 2009 l'American Pain Society et American Academy of Pain Medicine⁴² allaient déjà dans ce sens.

Elles semblent progressivement porter leurs fruits. En effet, d'après Alexander et al.⁴³, il existe entre 2010 et 2019 une diminution de la prescription d'opioïdes aux États-Unis de 42,5% alors même que les surdoses mortelles d'opioïdes ont augmenté de 103,2%.⁴³ Ces tendances opposées sont justifiées dans l'article par un temps médian entre la prescription initiale et une surdose fatale liée à un opioïde de 5,2 ans.⁴³ On peut donc espérer progressivement une diminution des surdoses fatales liées aux opioïdes. Cependant, les prescriptions médicales des opioïdes ne sont pas seules à expliquer le mésusage et la surconsommation des opioïdes : il ne faut pas sous-estimer l'impact des marchés illégaux des opioïdes.⁴⁴

Au Royaume-Uni, l'absence de recommandations récentes spécifiques sur l'usage des opioïdes semble avoir un impact négatif. En effet, d'après Alenezi et al.⁴⁵, il y a eu une augmentation de près de 400% des prescriptions d'opioïdes dans la décennie 2010-2020 au Royaume-Uni.⁴⁵ Il y a eu une multiplication par quatre des surdoses mortelles liées à un opioïde entre 1993 et 2017 en Angleterre et au Pays de Galle.⁴⁵

Il existe des recommandations officielles anglaises de 2021 sur les douleurs chroniques²⁰ éditées par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) qui abordent très brièvement la question des opioïdes; les recommandations plus anciennes du NICE de 2012⁴⁶ n'évoquent les opioïdes que dans le domaine des soins palliatifs.

D. Comparaisons avec les autres antalgiques

Les rhumatologues prescrivent le paracétamol à un nombre de patients relativement stable. Cela est cohérent avec le fait qu'il est nécessaire en première intention de débiter l'antalgie par du paracétamol ou si la douleur est importante de le coupler avec un autre antalgique.

On remarque qu'après extraction des données du SNDS, il y a une nette tendance à la diminution des médicaments opioïdes pour les rhumatologues français que ce soient les opioïdes faibles et les opioïdes forts.

Entre 2016 et 2022, ils ont diminué leurs prescriptions (en nombre de patients) de 13% pour l'oxycodone, de 20% pour la morphine et de 20% pour la dihydrocodéine, de 40% pour le fentanyl et de 70% pour l'hydromorphone.

Vers un remplacement du tramadol par le néfopam ?

En revanche, on note une tendance à l'augmentation (pour toutes les spécialités) de la prescription du néfopam. Le néfopam est-il considéré dans l'imaginaire des médecins comme une alternative aux opioïdes, plus sûre et avec un risque moindre d'effets indésirables et de dépendance notamment en situation de douleurs chroniques ?

Il semblerait d'après Revol et al.⁴⁷ que ce ne soit pas le cas : sur 120 cas rapportés (soit de « cas d'abus graves et non graves, de pharmacodépendance, d'usage détourné, de surdosage et de syndrome de sevrage rapportés au réseau français des Centres d'addictovigilance, depuis 1988 »⁴⁷) il y avait une dépendance au néfopam chez près de la moitié des cas, et « la fréquence des effets graves parmi les effets rapportés est supérieure à 40 % »⁴⁷.

D'après cette même étude, après analyses des données de remboursement entre 2006 et 2017, près d'un patient sur deux a une prescription de néfopam dans une indication de douleur chronique alors que le RCP de l'Acupan⁴⁸ ne retient pour seule indication le « traitement symptomatique des affections douloureuses aiguës, notamment des douleurs post-opératoires. » et qui plus est avec une administration intraveineuse.

E. Comparaison des pratiques avec la médecine générale

La tendance des prescriptions de tramadol (en nombre de patients) chez les médecins généralistes est également à la baisse, même si elle est moins prononcée avec une diminution de 2% chez les médecins généralistes versus 40% chez les rhumatologues.

Au contraire des rhumatologues, il y a une augmentation de la prescription de tramadol à libération immédiate chez les médecins généralistes. Il en est de même pour la morphine. Cela pourrait s'expliquer par des délais de consultations des médecins généralistes plus courts que ceux des rhumatologues. Ainsi, ils sont amenés à voir les patients lors des douleurs aiguës et donc à prescrire, quand cela est jugé nécessaire, plutôt un opioïde à libération immédiate comme le préconisent les recommandations HAS.⁷

F. Limites de l'étude

Concernant le questionnaire :

Nous n'avons pas pu obtenir les réponses de l'ensemble rhumatologues sollicités.

Il y a un probable biais de désirabilité sociale à la question 33 : en effet, à la question « Lors de vos réévaluations, recherchez-vous des signes de mésusage ? », les items composant le POMI sont présentés sous forme de question à choix multiples et semblent tous cohérents et attendus ce qui est peut expliquer qu'ils aient quasiment tous été retrouvés. Il est probable que s'il avait été demandé de les énumérer sous forme de réponses textuelles libres, il n'y aurait pas eu un si grand nombre de bonnes réponses.

Concernant les données extraites du SNDS :

Il existe une discordance de certaines statistiques concernant le tramadol. En effet, si l'on considère que le « tramadol » est la somme du « tramadol (à libération immédiate) » et du « tramadol (à libération prolongée) » alors la somme de ces deux derniers devrait correspondre à ce premier, ce qui n'est pas le cas.

En effet, les chiffres du « tramadol » ont été extraits du SNDS via le code ATC (qui est un code créé par le WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology faisant partie de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a pour but de faciliter entre autres la réalisation de statistiques sur la consommation de médicaments au niveau mondial⁴⁹) quand le « tramadol (à libération immédiate) » et le « tramadol (à libération prolongée) » ont été extraits via le code CIP (un autre code d'identification du médicament⁵⁰) en l'absence de code ATC permettant de les distinguer. Cette différence de codes d'identifications est responsable d'une variabilité de l'ordre de quelques milliers lorsque l'on passe de la somme des formes libération immédiate et libération prolongée à l'identification tramadol simple. Nous n'avons pas pu obtenir les données de prescriptions de l'opium.

G. Forces de l'étude

Les répondants semblent représentatifs de la population de rhumatologues français en 2022. En effet, il y a une majorité de femmes qui a répondu au questionnaire (60,1%) or en 2022, d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)⁵¹, il y a 1246 femmes pour 977 hommes soit 56% de femmes.⁵¹ Il y a principalement des hospitaliers qui ont répondu au questionnaire (55,5%) quand on sait qu'il y a une majorité de rhumatologues considérés par le CNOM comme « salariés » donc par simplifications hospitaliers (930 salariés pour 844 libéraux soit 52% de salariés).⁵¹ La région la plus représentée est l'Île-de-France avec 21,7% des répondants et la densité de rhumatologues la plus importante en France en 2022 se situe à Paris avec une densité de 10,3 pour 100 000 habitants.⁵¹

C'est une étude originale : il n'y pas d'autres études qui s'intéressent à l'évaluation des pratiques de prescriptions du tramadol pour les rhumatologues français et certaines données extraites du SNDS n'ont jamais été présentées dans d'autres travaux scientifiques.

Du fait du grand nombre de questions que comporte le questionnaire, on a pu extraire beaucoup d'informations chiffrées sur les habitudes de prescriptions des rhumatologues.

V. Conclusion et perspectives

Dans le contexte de crise des opioïdes, la France fait figure de bon élève avec une mortalité par surdoses d'opioïdes parmi les plus faibles des pays membres de l'OCDE.⁸ Cela semble cohérent avec la tendance actuelle à la diminution de la prescription de tramadol et des autres opioïdes par les rhumatologues français.

Il semblerait que la prescription de tramadol soit raisonnée avec la balance bénéfice risque soigneusement évaluée et en accord avec les recommandations de 2022 de la Haute Autorité de Santé⁷: les rhumatologues prescrivent du tramadol à une faible proportion de leur patientèle (de 1% à 4% de leurs patients pour les trois quarts d'entre eux) à des posologies adaptées, pour des indications validées (les pathologies aiguës en 1^{ère} intention comme par exemples la rachialgie ou lomboradiculalgie aiguë). Ces données corroborent les chiffres extraits du SNDS qui montrent une baisse de la prescription du tramadol (en nombre de patients) de 40% entre 2016 et 2022 par les rhumatologues français.

La prise de conscience collective des effets négatifs sur le long terme de la prescription d'opioïdes et l'absence de bénéfices escomptés dans de nombreuses situations notamment de douleurs chroniques sont probablement les principales explications de cette évolution. La récente actualisation des recommandations sur le bon usage des opioïdes⁷ participe à cette dynamique positive.

Il existe cependant un point sur lequel il est nécessaire que les rhumatologues s'améliorent qui est le dépistage du mésusage des opioïdes. Dans un contexte où plus de 60% des rhumatologues ayant répondu au questionnaire sont confrontés à des problématiques de mésusage ou de dépendance au tramadol, seul le quart connaît le questionnaire Opioid Risk Tool (ORT) qui liste les différents facteurs de risque de mésusage des opioïdes à dépister avant l'initiation d'un traitement de ce type. La formation initiale et continue des praticiens et la bonne diffusion des recommandations sur le bon usage des opioïdes de mars 2022⁷ devraient aider à corriger ces points.

Les approches non médicamenteuses sont un autre pilier à développer pour une antalgie plus efficace en épargnant les opioïdes. Ainsi Luo et al.⁵² conclue par exemple que l'acupuncture est bénéfique sur les lombalgies chroniques (sur le critère de l'EVA et de la fonction évaluée par le Roland-Morris Disability Questionnaire). Dans le même ordre d'idées, Wang et al.⁵³, à travers un essai contrôlé randomisé, compare l'efficacité dans la fibromyalgie du tai-chi versus l'exercice physique aérobique modéré (préconisé par l'EULAR dans ses recommandations 2017 de prise en charge de la fibromyalgie³⁰) et conclue que le tai-chi est plus bénéfique (selon le score Fibromyalgia Impact Score révisé qui est un score d'impact sur la qualité de vie et le fonctionnement prenant en compte l'intensité douloureuse) que l'exercice physique aérobique.

Bibliographie

1. Chisholm-Burns, M. A., Spivey, C. A., Sherwin, E., Wheeler, J. & Hohmeier, K. The opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles of pharmacists. *Am. J. Health. Syst. Pharm.* **76**, 424–435 (2019).
2. Shipton, E. A., Shipton, E. E. & Shipton, A. J. A Review of the Opioid Epidemic: What Do We Do About It? *Pain Ther.* **7**, 23–36 (2018).
3. Kolodny, A. *et al.* The Prescription Opioid and Heroin Crisis: A Public Health Approach to an Epidemic of Addiction. *Annu. Rev. Public Health* **36**, 559–574 (2015).
4. Portenoy, R. K. & Foley, K. M. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain* **25**, 171–186 (1986).
5. Kibaly, C. *et al.* Oxycodone in the Opioid Epidemic: High ‘Liking’, ‘Wanting’, and Abuse Liability. *Cell. Mol. Neurobiol.* **41**, 899–926 (2021).
6. Vowles, K. E. *et al.* Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain* **156**, 569–576 (2015).
7. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l’usage et des surdoses. (2022).
8. Obradovic, I. D’un abus de prescriptions à une épidémie aiguë. *Potom. Pap. Numéro 35 Institut français des relations internationales*, (2018).
9. SUDORS Dashboard: Fatal Overdose Data | Drug Overdose | CDC Injury Center. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/fatal/dashboard/index.html> (2022).
10. ANSM. *Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques*. (2019).
11. Organisation de coopération et de développement économiques. *Wikipédia* (2023).
12. Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries | READ online. *oecd-ilibrary.org* https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries_a18286f0-en.
13. Boora, K. Tramadol. in *xPharm: The Comprehensive Pharmacology Reference* (eds. Enna, S. J. & Bylund, D. B.) 1–7 (Elsevier, 2007). doi:10.1016/B978-008055232-3.62788-6.
14. Pierre Beaulieu et David Lussier. *Pharmacology of Pain*. https://ebooks.iasp-pain.org/pharmacology_of_pain (2010).
15. François JEDRYKA, L. S. Classification des antalgiques (CLuD TRANSVERSAL) Guide douleur de l’interne. (2021).
16. Dhesi, M., Maldonado, K. A. & Maani, C. V. Tramadol. in *StatPearls* (StatPearls Publishing, 2022).
17. RCP du TRAMADOL EVOLUGEN L.P. 200 mg. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60613075&typedoc=R&ref=R0374199.htm>.
18. Opioids for Pain Management. *International Association for the Study of Pain (IASP)* <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/opioids-for-pain-management/>.
19. Dowell, D. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recomm. Rep.* **71**, (2022).
20. Recommendations | Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/Recommendations#managing-chronic-primary-pain> (2021).
21. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1326332835>.
22. Treede, R.-D. *et al.* Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* **160**, 19–27

(2019).

23. Trouvin, A.-P. *et al.* Crise des opioïdes : la pratique rhumatologique augmente-t-elle le risque pour les patients ? Enquête nationale sur la prescription d'opioïdes par les rhumatologues et l'adhésion aux recommandations relatives à l'utilisation des opioïdes forts. *Rev. Rhum.* **89**, 145–152 (2022).

24. Stein, C., Reinecke, H. & Sorgatz, H. Opioid use in chronic noncancer pain: guidelines revisited. *Curr. Opin. Anesthesiol.* **23**, 598 (2010).

25. Martell, B. A. *et al.* Systematic Review: Opioid Treatment for Chronic Back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction. *Ann. Intern. Med.* **146**, 116–127 (2007).

26. Bannuru, R. R. *et al.* OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* **27**, 1578–1589 (2019).

27. da Costa, B. R. *et al.* Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis. *BMJ* **375**, n2321 (2021).

28. Duehmke, R. M. *et al.* Tramadol for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2017) doi:10.1002/14651858.CD003726.pub4.

29. Just, J., Mücke, M. & Bleckwenn, M. Dependence on Prescription Opioids. *Dtsch. Ärztebl. Int.* **113**, 213–220 (2016).

30. Macfarlane, G. J. *et al.* EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann. Rheum. Dis.* **76**, 318–328 (2017).

31. da Rocha, A. P. *et al.* Tramadol for management of fibromyalgia pain and symptoms: Systematic review. *Int. J. Clin. Pract.* **74**, e13455 (2020).

32. Chou, R. *et al.* Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J. Pain* **17**, 131–157 (2016).

33. Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M. & Forciea, M. A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann. Intern. Med.* **166**, 514–530 (2017).

34. Qu'est-ce que le SNDS ? | SNDS. <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>.

35. Webster, L. R. & Webster, R. M. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med. Malden Mass* **6**, 432–442 (2005).

36. Delage, N. *et al.* Transcultural validation of a French-European version of the Prescription Opioid Misuse Index Scale (POMI-5F). *Can. J. Anaesth. J. Can. Anesth.* **69**, 1042–1052 (2022).

37. Haute Autorité de Santé. Traitement antalgique opioïde de la douleur aiguë chez les patients sans consommation d'opioïdes en cours. (2022).

38. Haute Autorité de Santé. Traitement antalgique opioïde de la douleur chronique non cancéreuse. (2022).

39. Résumé des caractéristiques du produit - TRAMADOL VIATRIS 50 mg, gélule - Base de données publique des médicaments. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69521824&typedoc=R>.

40. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. *Le Quotidien du Médecin* <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>.

41. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016.

MMWR Recomm. Rep. **65**, (2016).

42. Chou, R. *et al.* Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. *J. Pain* **10**, 113-130.e22 (2009).
43. Alexander, G. C., Ballreich, J., Mansour, O. & Dowdy, D. W. Effect of reductions in opioid prescribing on opioid use disorder and fatal overdose in the United States: a dynamic Markov model. *Addict. Abingdon Engl.* **117**, 969–976 (2022).
44. Commissioner, O. of the. FDA takes action against 53 websites marketing unapproved opioids as part of a comprehensive effort to target illegal online sales. *FDA* <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-action-against-53-websites-marketing-unapproved-opioids-part-comprehensive-effort-target> (2020).
45. Alenezi, A., Yahyouche, A. & Paudyal, V. Current status of opioid epidemic in the United Kingdom and strategies for treatment optimisation in chronic pain. *Int. J. Clin. Pharm.* **43**, 318–322 (2021).
46. Overview | Palliative care for adults: strong opioids for pain relief | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140> (2012).
47. Revol, B. *et al.* [Thirty years of nefopam abuse in France]. *Therapie* **76**, 527–537 (2021).
48. Résumé des caractéristiques du produit - ACUPAN 20 mg/2 mL, solution injectable - Base de données publique des médicaments. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62580656&typedoc=R>.
49. WHOCC - Objectif du système ATC/DDD. https://www-whocc-no.translate.goog/atc_ddd_methodology/purpose_of_the_atc_ddd_system/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=fr&_x_tr_hl=fr&_x_tr_pto=wapp.
50. Codification et traçabilité des médicaments. *ANSM* <https://ansm.sante.fr/documents/referance/codification-et-tracabilite-des-medicaments>.
51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2022 - Tome 2 : Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. (2022).
52. Luo, Y. *et al.* Effect of hand-ear acupuncture on chronic low-back pain: a randomized controlled trial. *J. Tradit. Chin. Med. Chung Tsa Chih Ying Wen Pan* **39**, 587–598 (2019).
53. Wang, C. *et al.* Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. *BMJ* **360**, k851 (2018).

Annexes

Annexe 1 : Le questionnaire « État des lieux de la prescription du tramadol pour les douleurs rhumatologiques »

Etat des lieux de la prescription du tramadol pour les douleurs rhumatologiques

Cher confrères,

Le CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie - Section de la SFR) souhaiterait faire un état des lieux sur la prescription du TRAMADOL par les rhumatologues en France.

Ce questionnaire anonyme d'une durée inférieure à 10 minutes s'adresse à tous les rhumatologues (y compris les rhumatologues en formation) exerçant une activité clinique en France, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

Merci de votre participation.

***Obligatoire**

1. 1. Quel est votre âge ? *

2. 2. Quelle est votre année de thèse ? (AAAA) *

Pour les internes, année prévue de thèse

3. 3. Sexe ? *

Une seule réponse possible.

Masculin

Féminin

4. 4. Quel est votre type d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Libéral
- Hospitalier
- Mixte

5. 5. Quelle est votre région d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Ile de France
- Nord Ouest (Nord Pas de Calais, Picardie, Haute Normandie, Basse Normandie)
- Est (Champagne Ardennes, Bourgogne, Lorraine, Alsace, Franche Comté)
- Grand Ouest (Centre, Pays de la Loire, Bretagne, Poitou Charentes)
- Sud Ouest (Limousin, Aquitaine, Midi Pyrénées)
- Sud Est (Rhônes Alpes, Auvergne)
- Sud Méditerranée (Provence Alpes Côte d'Azur, Languedoc Roussillon, Corse)
- DOM TOM
- Autre : _____

6. 6. Avez-vous une formation douleur ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- DESC Médecine de la douleur
- Capacité douleur
- DU Douleur
- DU Soins Palliatifs
- FST Douleur
- FMC Douleur (occasionnel)
- Formation médecine complémentaire (acupuncture, ostéopathie, homéopathie...)
- Non, aucune
- Autre : _____

7. 7. Prescrivez-vous du tramadol (même rarement) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Vos prescriptions de tramadol

8. 8. A combien de patients PAR MOIS en moyenne prescrivez-vous du tramadol (initiation ou renouvellement) ? (Une seule réponse possible) *

En incluant les patients vus en consultation et en hospitalisation

Une seule réponse possible.

- < 5 patients par mois
 5 à 10 patients par mois
 10 à 20 patients par moi
 > 20 patients par mois

9. 9. Quel(s) paramètre(s) vous amène(nt) à initier du tramadol ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- La pathologie
 L'échec des paliers I
 L'intensité douloureuse
 La demande du patient
 Le retentissement fonctionnel

10. 10. Dans la douleur aiguë : utilisez-vous une échelle (visuelle analogique ou numérique) pour choisir votre palier antalgique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. 11. Si oui, à partir de quelle valeur d'EVA ou EN initiez-vous un traitement par tramadol ? (Valeur / 10). Si non, ne répondez pas à cette question.

12. 12. Dans la douleur chronique : utilisez-vous une échelle (visuelle analogique ou numérique) pour choisir votre palier antalgique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. 13. Si oui, à partir de quelle valeur d'EVA ou EN initiez-vous un traitement par tramadol ? (Valeur / 10). Si non, ne répondez pas à cette question.

14. 14. Utilisez-vous une échelle (visuelle analogique ou numérique) pour modifier ou maintenir votre prescription de tramadol ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. 15. Pour quelles indications prescrivez-vous du tramadol dans le traitement ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Poussée aiguë d'arthrose
- Douleurs chroniques d'arthrose
- Rachialgie aiguë
- Rachialgie chronique
- Radiculalgie aiguë
- Radiculalgie chronique
- Douleurs chroniques de rhumatismes inflammatoires
- Poussées aiguës de rhumatismes inflammatoires
- SDRC (Syndrome douloureux régional complexe)
- Fracture vertébrale
- Fibromyalgie
- Douleurs neuropathiques
- Autres (précisez)

16. Si vous avez coché "autres", précisez :

17. 16. Introduisez-vous du tramadol sans diagnostic étiologique en situation de douleur aiguë ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

18. 17. Introduisez-vous du tramadol sans diagnostic étiologique en situation de douleur chronique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19. 18. Quelle(s) spécialité(s) prescrivez-vous en première intention ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- TRAMADOL LI
 TRAMADOL LP
 TRAMADOL + PARACETAMOL (combinés)
 TRAMADOL LP + TRAMADOL LI

20. 19. A quelle dose quotidienne initiez-vous du tramadol chez un patient sans insuffisance d'organe de moins de 70 ans en général ? (mg/24h)

21. 20. Quelle dose totale (LP +/- LI) maximale quotidienne de tramadol prescrivez-vous en général ? mg/24h *

22. 21. En situation de douleur aiguë, quelle est la durée de prescription moyenne inscrite sur votre première ordonnance ?

Une seule réponse possible.

- 3 jours
 7 jours
 10 jours
 15 jours
 21 jours
 1 mois
 2 mois
 3 mois

23. 22. A l'issue de cette première prescription, qui réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement ? *

Une seule réponse possible.

- Vous-même
 Le médecin traitant

24. 23. Dans la prescription de tramadol au long cours, et dans l'hypothèse d'une douleur persistante, avez-vous une DUREE limite de prescription au-delà de laquelle, sans bénéfice pour le patient, vous arrêtez le traitement et/ou vous adressez le patient à une consultation spécialisée douleur ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

25. 24. Si oui, à partir de quelle durée limite de prescription sans bénéfice pour le patient ? (Une seule réponse possible)

Une seule réponse possible.

- 15 jours
 1 mois
 1 mois et demi
 2 mois
 3 mois
 4 mois
 5 mois
 6 mois

26. 25. Prévenez-vous, dès la première prescription, les effets indésirables suivants : constipation, nausées, vomissements ? (plusieurs réponses possible) *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, en prescrivant une prise systématique de laxatifs
 Oui, en prescrivant une prise si besoin de laxatifs
 Oui, en prescrivant une prise systématique d'antiémétiques
 Oui, en prescrivant une prise si besoin d'antiémétiques
 Non, pas d'emblée

27. 26. Utilisez-vous d'autre(s) traitement(s) de la douleur avec vos prescriptions de tramadol ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

28. 27. Si oui lesquels ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Oui, fréquemment	Oui, parfois	Non
Paracétamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefopam (Acupan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiépileptiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. 28. Après l'initiation du tramadol, à quel moment réévaluez-vous le traitement ? (Une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- Entre 1 et 15 jours
 Entre 15 jours et 1 mois
 Entre 1 et 3 mois
 Au delà de 3 mois

30. 29. Avez-vous eu des problèmes de mésusage/dépendance avec vos patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31. 30. Connaissez-vous le questionnaire Opiod Risk Tool (ORT) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

32. 31. Quels sont pour vous les facteurs de risques de mésusage chez un patient ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ATCD familial d'abus de substance
 ATCD personnel d'abus de substance
 Age (entre 16 et 45 ans)
 Sexe masculin
 Trouble psychologique
 Consommation actuelle de produits illicites
 Consommation de tabac
 Consommation d'alcool

33. 32. Recherchez-vous ces facteurs de risque de mésusage avant l'initiation d'un *
traitement par tramadol ?

Plusieurs réponses possibles

Une seule réponse possible.

Oui

Non

34. 33. Lors de vos réévaluations, recherchez-vous des signes de mésusage ?

Une seule réponse possible

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
a. Dose prise plus importante que celle prescrite ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Intervalle entre deux prises plus courtes que celui sur l'ordonnance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Renouvellement d'ordonnance plus tôt que prévu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sensation de planer ou de ressentir un effet stimulant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Utilisation du tramadol pour soulager ou supporter des problèmes autres que la douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Consultation de plusieurs médecins pour obtenir plus de médicaments anti-douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 34. En cas d'échec d'un traitement par tramadol, que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Je relais par un autre opioïde faible
- Je relais par un opioïde fort
- J'adresse à (ou je prends l'avis d') un algologue
- Autres

36. Si vous avez répondu "Autres" à la question précédente, merci de préciser

37. 35. En cas d'effet(s) indésirable(s) d'un traitement par tramadol, que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je relais par un autre opioïde faible
- Je relais par un opioïde fort
- Je relais par un autre antalgique non opioïde
- J'adresse à (ou je prends l'avis d') un algologue
- J'arrête le traitement par tramadol sans introduire d'autre traitement

38. 36. Avez-vous des freins par rapport à la prescription de tramadol ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

39. 37. La prescription limitée à 3 mois a-t-elle modifié vos pratiques ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

40. 38. Merci de coter de 0 à 10 la facilité avec laquelle vous prescrivez du tramadol (entourer la réponse) *

Une seule réponse possible.

Je le prescris facilement

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

J'ai beaucoup de réticences à le prescrire

41. 39. Vos freins et obstacles à la prescription de tramadol sont-ils éventuellement liés à/ au/ aux ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Risque de mésusage
- Age du patient < 20 ans
- Age du patient > 65 ans
- Traitements associés : gabapentinoïdes et ou benzodiazépines
- Non, aucun des motifs ci-dessus
- Effet(s) indésirable(s) du tramadol

42. Si vous avez coché "Effet(s) indésirable(s) du tramadol", le(s)quels limite(nt) vos prescriptions de tramadol ?

43. 40. Vos freins et obstacles à la prescription de tramadol sont-ils éventuellement liés à la pathologie du patient ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de poussée aiguë d'arthrose
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de douleurs chroniques d'arthrose
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de poussée aiguë de rhumatisme microcristallin
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de rachialgie aiguë
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de rachialgie chronique
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de radiculalgie aiguë
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de radiculalgie chronique
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de poussée aiguë de rhumatisme inflammatoire
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de douleurs chroniques de rhumatisme inflammatoire
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de fracture vertébrale
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de fibromyalgie
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de SDRC (Syndrome douloureux régional complexe)
- Je ne prescris jamais de tramadol en cas de douleurs neuropathiques
- Non, aucune des pathologies ci-dessus

44. 41. Vos freins et obstacles à la prescription de tramadol sont-ils éventuellement liés à votre crainte de survenue d'effets secondaires ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Vertiges
- Nausées, vomissements
- Céphalées
- Hyperhidrose
- Hallucinations
- Asthénie
- Hyperalgésie induite par les opioïdes
- Somnolence
- Confusion
- Troubles du sommeil
- Autres

45. Si vous avez coché "Autres", merci de préciser

46. 42. Avez-vous des difficultés à arrêter ou diminuer le tramadol chez vos patients ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

47. 43. Etes-vous confronté à des patients consultant avec une prescription inappropriée de tramadol ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui (fréquence de prise)
- Oui (indication)
- Oui (posologie)
- Oui (autre)
- Non

48. Si vous avez coché "Oui (autre)", merci de préciser

49. 44. En cas d'impasse thérapeutique disposez-vous d'un référent algologue ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

50. 45. Avez-vous connaissance des recommandations HAS mars 2022 sur la prescription des opioïdes ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

51. 46. Si oui, ces recommandations ont-elles ou vont-elles modifier vos pratiques ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2 : Opioid Risk Tool (ORT)

Outil permettant la catégorisation rapide d'un patient en niveaux de risque de développement ultérieur d'un mésusage au moment de l'initiation du traitement antalgique.

	Score si femme	Score si homme
Antécédents familiaux de troubles d'usage de substance(s)		
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Médicaments prescrits	4	4
Antécédents personnels de troubles d'usage de substance(s)		
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments prescrits	5	5
Âge entre 16 et 45 ans	1	1
Antécédent d'abus sexuel dans l'enfance	3	–
Trouble psychique		
TDAH, TOC, trouble bipolaire, ou schizophrénie	2	2
Trouble dépressif	1	1
Score total		

TDAH : trouble déficit de l'attention/hyperactivité ; TOC : trouble obsessionnel compulsif.

Catégorie de risque de mésusage en fonction du score total :

- 0-3 : risque faible
- 4-7 : risque modéré
- ≥ 8 : risque élevé

D'après : Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med 2005;6(6):432-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x>

Annexe 3 : Prescription Opioid Misuse Index (POMI)

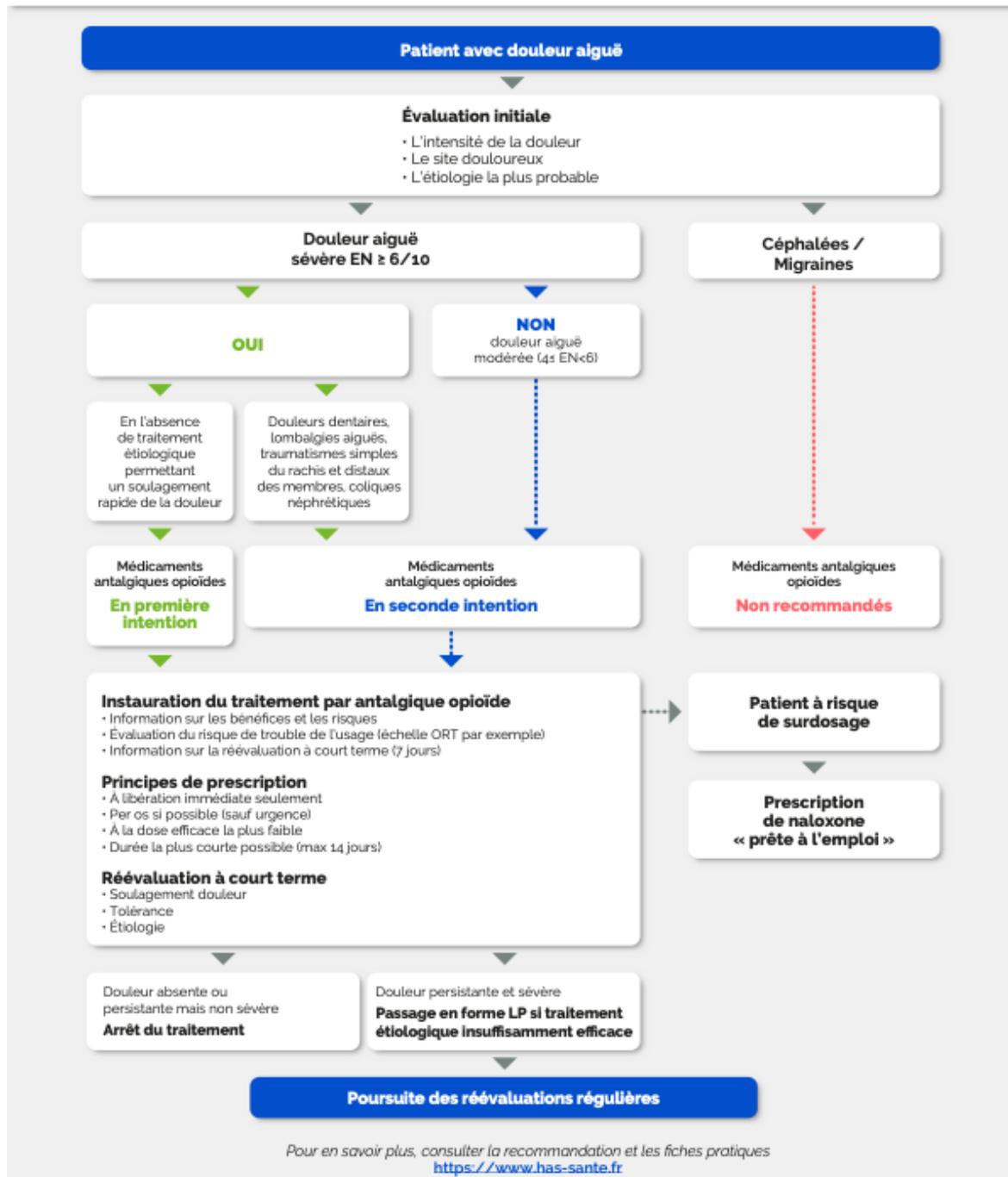
1/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en quantité PLUS importante, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	Oui	Non
2/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur plus SOUVENT que prescrit(s) sur votre ordonnance, c'est-à-dire de réduire le délai entre deux prises ?	Oui	Non
3/ Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce/ces médicament(s) anti-douleur plus tôt que prévu ?	Oui	Non
4/ Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous preniez trop de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	Oui	Non
5/ Avez-vous déjà eu la sensation de planer ou ressenti un effet stimulant après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	Oui	Non

Les items sélectionnés dans cette échelle ont fait l'objet d'une validation en langue anglaise. Ils illustrent les principaux signes cliniques suggérant l'existence d'un mésusage des opioïdes de prescription (MOP) : un score de 2 ou plus suggère un risque actuel de mésusage.

Source : Delage N, Cantagrel N, Delorme J, Pereira B, Dualé C, Bertin C, *et al.* Transcultural validation of a French–European version of the Prescription Opioid Misuse Index Scale (POMI-5F). *Can J Anesth* 2022. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-022-02210-7>

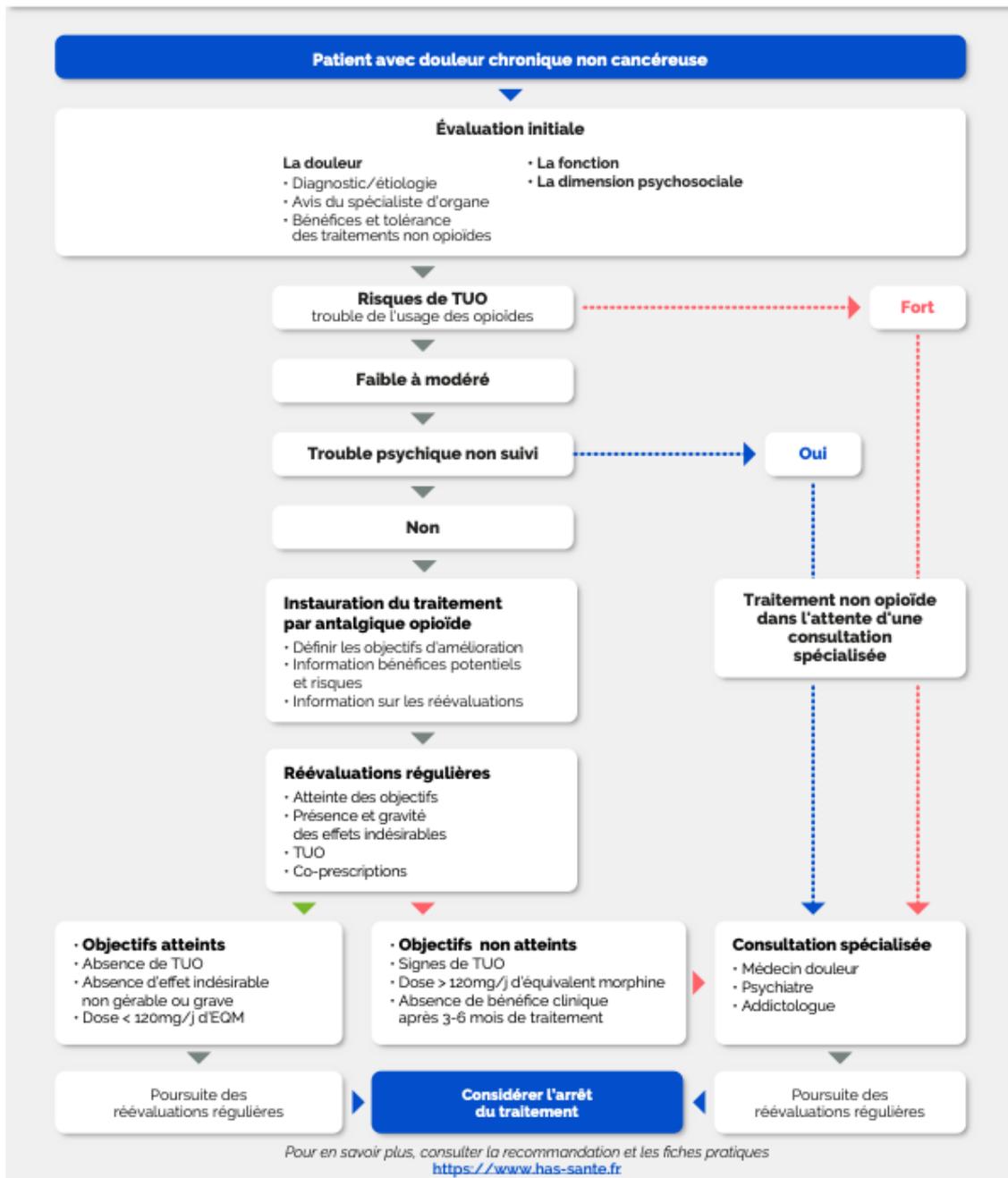
Annexe 4 : Schéma « Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde » d'après les recommandations HAS de mars 2022⁷

Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde



Annexe 5 : Schéma « Prise en charge d'une douleur chronique non cancéreuse par traitement antalgique opioïde » d'après les recommandations HAS de mars 2022⁷

Prise en charge d'une douleur chronique non cancéreuse par traitement antalgique opioïde



Résumé

Introduction : Dans un contexte de crise des opioïdes mondiale qui touche préférentiellement les États-Unis, la France est le troisième pays européen en 2015 consommateur d'opioïdes faibles au premier rang desquels figure le tramadol.¹⁰

Objectifs : L'objectif principal est de dresser un état des lieux des habitudes de prescription du tramadol chez les rhumatologues français. L'objectif secondaire est de vérifier si leurs habitudes de prescriptions sont en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mars 2022 sur le bon usage des opioïdes⁷ notamment sur son utilisation en dernière intention dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques : lombalgie, lomboradiculalgie ou arthrose.

Matériel et méthode : Pour répondre à l'objectif principal, nous avons adressé trois séries de mails, de juillet 2022 à fin décembre 2022, via la mailing-list de la SFR (Société Française de rhumatologie), comprenant un questionnaire de 46 questions recueillant les habitudes de prescription des rhumatologues français, rédigé en collaboration avec le CEDR (Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie). En complément, les prescriptions du tramadol de la base de données du Système National des Données de Santé (SNDS) ont été extraites. Pour répondre à l'objectif secondaire, nous avons comparé les données déclarées des prescriptions avec les recommandations HAS 2022 sur le bon usage des opioïdes.⁷

Résultats (données déclaratives) : 296 rhumatologues ont rempli le questionnaire sur les 1760 sollicités (17%). Ils prescrivent principalement du tramadol pour les radiculalgies et rachialgies aiguës alors que les radiculalgies et rachialgies chroniques arrivent en 4ème et 5ème positions des indications. 22,3% prescrivent du tramadol en situation de douleur chronique en l'absence de diagnostic étiologique. L'association tramadol/paracétamol est la forme pharmaceutique la plus prescrite (68,1% des répondants). 45,3% utilisent une échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique (EN) dans un contexte de douleur chronique (61,7% en situation de douleur aiguë). 74,4% fixent une durée de prescription au-delà de laquelle, sans bénéfice pour le patient, le traitement est interrompu et/ou une consultation spécialisée douleur est organisée. 69% déclarent avoir des freins par rapport à la prescription de tramadol. 48% connaissent les recommandations HAS de mars 2022 sur les opioïdes.⁷

Résultats (données extraites du SNDS) : Entre 2016 et 2022, on note une diminution de :
- 40% des prescriptions de tramadol par les rhumatologues (65 543 patients vs 40 905 patients).
- 47% des prescriptions de tramadol associé au paracétamol (83 032 patients vs 43 311 patients).

Discussion et conclusion : Dans le contexte de crise des opioïdes, la France fait figure de bon élève avec une mortalité par surdoses d'opioïdes parmi les plus faibles des pays membres de l'OCDE.⁸ Cela semble cohérent avec la tendance actuelle à la diminution de la prescription de tramadol par les médecins généralistes et surtout par les rhumatologues. La prescription de tramadol par les rhumatologues français est raisonnée.

Mots-clés : tramadol ; état des lieux ; recommandations ; bonnes pratiques ; opioïdes ; Haute Autorité de Santé ; HAS ; Agence Nationale de Sécurité du Médicament ; ANSM ; Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie ; CEDR ; dépendance ; trouble de l'usage des opioïdes ; rhumatologues français ; crise des opioïdes ; Société Française de Rhumatologie.