

ABREVIATIONS

AAF : Association Addiction France
ADH : Hormone Anti Diurétique
AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD : Affection Longue Durée
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APA : Association Américaine de Psychiatrie ou Activité Physique Adaptée
ASIPP : American Society of Interventional Pain Physicians
ATV : Aire Tegmentale Ventrale
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues
CEDR : Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie
CépiDC : Centre Epidémiologique sur les causes médicales de Décès
CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
CHA : Consultation Hospitalière en Addictologie
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDN : Contrôles Inhibiteurs Diffus de la Nociception
CIM : Classification Internationale des Maladies
CIP : Code Identifiant de Présentation
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CMP : Centre Médico-psychologique
COMM : Current Opioid Misuse Measure
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DANTE : une Décennie D'ANTalgiques En France
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DREES : Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTA : Décès toxiques par Antalgiques
ECN : Epreuves Classantes Nationales
ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie
EMA : Agence Européenne des Médicaments
EPU : Enseignement Post Universitaire
GAAP : Groupe d'Apprentissage à l'Analyse de Pratique
GABA : Acide Gamma-Aminobutyrique
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IMG : Interne de Médecine Générale
K⁺ : Ion Potassium
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSO : Médicaments de Substitution Opiacée
NAc : Noyau Accumbens
NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
NMDA : Acide N-Méthyl-D-Aspartique
NotS : Notifications spontanées
OFMA : Observatoire Français des Médicaments Antalgiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORT : Opioid Risk Tool
OSIAP : Ordonnances Suspectes – Indicateurs d’Abus Possible
POMI : Prescription Opioid Misuse Index
PTA : Plateforme Territoriale d’Appui
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFETD : Société Française d’Etude et Traitement de la Douleur
SNC : Système Nerveux Central
SOAPP-R : Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain–Revised
SSRA : Soins de Suite et de Ré-adaptation en Addictologie
TENS : Neurostimulation Electrique Transcutanée

FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

Figure 1. La voie ascendante de la douleur

Figure 2. Structure d'un récepteur opioïde

Figure 3. Prescriptions d'antalgiques opioïdes dans le Calvados en nombre de boîtes en 2020

Figure 4. Evolution de la prescription d'antalgiques opioïdes en ville en nombre de boîtes dans le Calvados

Figure 5. Evolution de la prescription d'antalgiques opioïdes en ville en nombre de patients différents dans le Calvados

Figure 6. Evolution de la prescription de codéine en boîtes prescrites dans le Calvados

Figure 7. Répartition de la prescription d'antalgiques opioïdes en ville en nombre de patients différents en 2020 dans le Calvados

Figure 8. Evolution de la consommation des principaux opioïdes faibles en ville en France

Figure 9. Evolution de la consommation des principaux opioïdes forts en ville en France

Figure 10. Recommandation pour l'évaluation initiale et le suivi de prescriptions d'opioïdes à visée antalgique

Figure 11. Prise en charge d'une situation de mésusage d'un antalgique opioïde associé à une pharmacodépendance

Tableau 1. Distribution tissulaire des récepteurs opioïdes

Tableau 2. Interactions entre opioïdes et récepteurs

Tableau 3. Critères diagnostiques de l'addiction

Tableau 4. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude et des entretiens

Tableau 5. Répartition de la prescription d'antalgiques opioïdes en ville en nombre de patients différents en 2020 dans le Calvados

Tableau 6. Synthèse des situations pour lesquelles un avis spécialisé est nécessaire

Annexe 1. Guide entretien

Annexe 2. Données du Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie

Annexe 3. Tableau de sortie envoyé au Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie

Annexe 4. Liste des antalgiques opioïdes envoyée au Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie

Annexe 5. Opioid Risk Tool

Annexe 6. Prescription Opioid Misuse Index

Annexe 7. Retranscription des entretiens par verbatim

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
A.	Définitions	1
B.	Histoire des opioïdes	1
C.	Mécanismes d'action des antalgiques opioïdes	4
1.	Physiologie de la douleur	4
2.	Les récepteurs opioïdes	8
3.	Classification des opioïdes	10
4.	Utilisation des antalgiques opioïdes dans la douleur	11
D.	Risques liés à l'usage des antalgiques opioïdes	11
1.	Risques immédiats	11
2.	Risques à long terme	15
E.	État des lieux de la consommation	21
1.	Aux États-Unis	21
2.	En France	22
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	24
A.	Objectifs principal et secondaire	24
B.	Méthodologie de l'étude qualitative	24
1.	Type d'étude	24
2.	Constitution de l'échantillon	24
3.	Réalisation du guide d'entretien	25
4.	Recueil de données et interprétation	25
C.	Données de l'Assurance Maladie	26
III.	RÉSULTATS	28
A.	Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude et des entretiens	28
B.	Modalités de prescriptions d'antalgiques opioïdes des médecins généralistes	29
1.	Introduction d'un antalgique opioïde	29
2.	Renouvellement si non primo prescripteur	31
3.	Évolution des pratiques depuis 2017	33
4.	Dépistage des facteurs de risque de mésusage à l'initiation d'un antalgique opioïde	34
C.	Pratiques concernant le mésusage d'antalgiques opioïdes	35
1.	Facteurs de risques de mésusage	35
2.	Concernant le repérage et la prise en charge du mésusage	40
3.	Freins et aides identifiés par les praticiens	50

4.	Suggestions pour limiter le mésusage	62
D.	Données de prescription des médecins généralistes du Calvados	67
1.	Evolution des prescriptions d'antalgiques opioïdes depuis 2016	67
2.	Répartition des prescripteurs d'antalgiques opioïdes	69
IV.	DISCUSSION	71
A.	Données de prescription en France et dans le Calvados	71
B.	Vécu des praticiens face au mésusage d'antalgiques opioïdes	75
1.	Freins au soin face au mésusage d'antalgiques opioïdes	75
2.	Leviers dans la prise en charge	86
C.	Etude des pratiques des médecins généralistes du Calvados concernant le mésusage d'antalgiques opioïdes	89
1.	Prévention du mésusage	89
2.	Repérage du mésusage	93
3.	Prise en charge du mésusage	95
D.	Forces et Limites de l'étude	98
1.	Forces de l'étude	98
2.	Limites de l'étude	99
V.	CONCLUSION	101
VI.	BIBLIOGRAPHIE	103
VII.	ANNEXES	111

I. INTRODUCTION

A. Définitions

Les opiacés sont des substances psychoactives dérivées de l'opium issu du pavot. Ce sont donc des substances d'origine naturelle. Nous retrouvons dans cette catégorie, entre autres, la morphine et la codéine. Parmi les molécules obtenues par hémisynthèse de ces dernières, on retrouve l'héroïne, l'hydromorphone, l'oxymorphone, l'hydrocodone ou encore l'oxycodon. Les opiacés agissent en se liant à leurs récepteurs spécifiques qui sont au nombre de trois : les récepteurs μ , κ et δ .

On définit par opioïde toute substance qui ne répond pas à la définition d'opiacé mais qui peut tout de même se lier aux récepteurs opiacés qu'elle soit naturelle ou synthétique et quels que soient ses effets. Parmi les opioïdes synthétiques, on retrouve la méthadone, le fentanyl, le tramadol, la buprénorphine, la nalbuphine, la naloxone et la naltrexone.

B. Histoire des opioïdes

L'opium, issu du pavot, est connu de l'homme depuis plusieurs millénaires, tant pour son usage thérapeutique que récréatif. La première trace de culture d'opium a été retrouvée dans des habitats néolithiques en Suisse, sous forme de graines et de capsules à opium datant du cinquième millénaire av. J.-C. Les premiers documents écrits sont retrouvés en Mésopotamie où les Sumériens définissaient d'opium avec l'idéogramme « Hul Gil » signifiant « plante de la joie » (1). Dans les papyrus d'Ebers, pharmacopée égyptienne datant du 16ème siècle av. J.-C. et découverte à Louxor, l'opium est décrit comme un analgésique, mais également comme un sédatif, ayant des effets psychotropes (2).

Le mot opium vient du grec ancien « ὄπιον » qui signifie « suc ». Dans l'antiquité grecque, la mythologie nous explique que Demeter, déesse de l'agriculture et des moissons, utilisait l'opium pour oublier le chagrin causé par l'enlèvement de sa fille Perséphone par le dieu des enfers Hadès. Vers la fin du VIIIème siècle av. J.-C., Homère évoque également l'opium qui « calme toute colère et fait oublier toute douleur » sous le nom de « népenthès ». Plus scientifiquement, au 1^{er} siècle av. J.-C., Hippocrate décrit également les vertus constipantes et hypnotiques du pavot. Au I^{er} siècle, Andromaque, médecin de Néron, met au point la Thériaque, un élucaire (préparation pharmaceutique de consistance molle) contenant plus de soixante-dix composants, dont de l'opium, du miel et de la chair de vipère. Elle était réputée pour pouvoir guérir un très

grand nombre de maladies, notamment les morsures d'animaux venimeux. Au cours du II^{ème} siècle, Galien utilise la thériaque pour soulager ses patients, dont l'empereur Marc Aurèle (3). Dans l'antiquité romaine, Virgile puis Plin l'Ancien y font référence dans leurs écrits. Les risques de surdosage et d'addiction sont décrits par ces auteurs.

Les médecins arabes l'utilisent ensuite pour ses propriétés sédatives et antalgiques. L'opium est un des éléments de base de la pharmacopée d'Avicenne, médecin, philosophe et alchimiste persan du X^{ème} siècle (1).

Le pavot est introduit en Inde dès le IX^{ème} siècle suite aux conquêtes musulmanes, puis en Chine via les échanges entre l'Inde et la Chine. L'opium est alors consommé de façon massive à l'aide de la pipe à opium mélangeant tabac et opium. Le commerce de l'opium débute au XV^{ème} siècle, notamment avec l'expansion de l'Occident vers l'Asie. Devant la consommation devenue abusive, plusieurs empereurs essaient, sans succès, d'interdire sa consommation. Un trafic d'opium s'établit entre certaines grandes puissances européennes, notamment le Portugal, l'Espagne, l'Angleterre et la Hollande, et l'Asie. Les Britanniques concurrencent rapidement le pavot chinois avec l'opium cultivé en Inde. Les différents commerciaux entraînent deux guerres de l'opium au XIX^{ème} siècle, remportées par les Britanniques (1).

La consommation d'opium se diffuse également en Europe dans toutes les classes sociales où l'opium est majoritairement bu, notamment sous forme de Laudanum (à base d'alcool et d'opium). Ce dernier est créé au XVI^{ème} siècle par le médecin suisse Paracelse, comme analgésique. Sa préparation est ensuite simplifiée par le médecin anglais Thomas Sydenham au XVII^{ème} siècle. Elle a permis, entre autres, de soulager les douleurs ulcéreuses du Cardinal de Richelieu et les crises hémorroïdaires de Louis XIV (1).

Les préparations pharmaceutiques opiacées passent de l'usage thérapeutique à l'usage récréatif, d'autant plus qu'elles sont en vente libre au Royaume-Uni. Le premier auteur à décrire son expérience des diverses phases de la dépendance est l'écrivain anglais Thomas de Quincey dans *Les confessions d'un mangeur d'Opium* qui sera traduit par Alfred de Musset puis inspirera Edgar Poe et Charles Baudelaire. Ce dernier écrira un essai, *Les paradis artificiels*, dans lequel il traite de l'opium, mais également de l'alcool et du haschich. Il y compare son état sous substance au paradis poétique auquel il tente d'accéder (4).

La loi du 19 juillet 1845 constitue la première véritable législation sur les stupéfiants : elle assimile l'opium à un poison, le range dans la liste des substances vénéneuses et renforce son

contrôle à la vente. Elle interdit à tout pharmacien la vente de substances vénéneuses sans ordonnance médicale (1).

En 1804, Armand Seguin et Bernard Courtois découvrent la morphine, mais c'est au pharmacien Sertümer que revient le mérite d'avoir découvert que la substance cristallisée isolée était un alcaloïde et qui lui donne le nom de Morphine, en rapport avec ses effets proches de ceux du dieu grec Morphée (5). Elle est commercialisée en 1817. À l'origine, la morphine est annoncée comme étant un traitement contre la douleur, mais également contre toutes sortes d'affections mentales telles que l'alcoolisme ou l'hystérie, notamment aux Etats Unis, jusqu'à ce que les drogues dérivées de l'opium y soient interdites. Après l'invention de la seringue hypodermique en 1850 par Charles Pravaz et de l'aiguille creuse par Alexander Wood (6), la morphine est administrée de façon massive. En 1871 son utilisation pendant les guerres pour traiter les soldats blessés ou pour les encourager engendre les premiers cas de morphinomanie, ou maladie du soldat. Initialement présents majoritairement dans les milieux médicaux et paramédicaux, les adeptes de la « fée grise » se retrouvent également dans les milieux bourgeois et littéraires.

Synthétisée à partir de la morphine pour la première fois par C. R. Alder Wright, en 1874, l'héroïne est ensuite commercialisée par Bayer. Elle est initialement prescrite comme antalgique puis contre la dépendance à la morphine pendant quelques années, jusqu'à ce que son potentiel addictif soit découvert (7). En 1923, la Société des Nations déclare le produit dangereux et de faible intérêt thérapeutique. L'utilisation non médicale de l'héroïne est prohibée aux États-Unis en 1924 et son usage y est totalement interdit en 1956. En France, ce n'est qu'en 1963 que l'usage de l'héroïne est totalement interdit (8).

En 1925, la structure moléculaire de la morphine est établie par le chimiste Robert Robinson. Brompton conçoit un mélange en 1950 afin d'apaiser les souffrances en fin de vie (5). Les récepteurs du système nerveux liés à l'action de la morphine sont mis en évidence par des chercheurs américains et suédois en 1973. De 1975 aux années 80, de nombreux progrès permettent d'adapter les doses aux besoins des patients et de mettre en place de nouveaux modes d'administration.

Concernant les autres antalgiques opioïdes, la codéine est isolée pour la première fois de l'opium par le chimiste français Pierre Jean Robiquet en 1832 (9). Le tramadol, quant à lui, est synthétisé en 1962 par des chercheurs du laboratoire allemand Grünenthal (10).

C. Mécanismes d'action des antalgiques opioïdes

Afin de mieux comprendre le mécanisme d'action antalgique des opioïdes agonistes des récepteurs opiacés, nous allons tout d'abord nous intéresser à la physiologie des voies de la douleur.

1. Physiologie de la douleur

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient », selon l'association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain IASP, 1979) (11).

La douleur est différenciée en deux types selon sa durée : la douleur aiguë et la douleur chronique. La douleur aiguë est un signal d'alarme qui disparaît avec un traitement étiologique de la cause de la douleur. Elle a donc un rôle de protection de l'organisme dont l'anxiété et la peur en sont l'expression affective immédiate. La douleur chronique dure plus de 3 mois. Elle altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle. Elle n'a plus de fonction de protection et est appelée alors douleur maladie (12). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) « la douleur chronique est susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ».

a. Les voies ascendantes de la douleur

La voie de la douleur emprunte trois neurones successifs.

Des détecteurs spécifiques, les récepteurs nociceptifs, détectent les stimuli douloureux. Ils sont reliés à des fibres nerveuses appelées « neurones primaires » ou « afférences primaires » dont le corps cellulaire se situe dans le ganglion rachidien. Ces récepteurs nociceptifs se trouvent dans la peau, les muscles, les os, les articulations, les tendons, et les viscères. Les fibres nerveuses nociceptives sont constituées de fibres de petits calibres A δ et C. Les fibres A δ (peu myélinisées, de vitesse de conduction moyenne) sont principalement des mécanonocicepteurs qui interviennent dans les douleurs aiguës bien localisées. Les fibres C (non myélinisées, de conduction lente) sont des nocicepteurs polymodaux (réponses aux stimuli mécaniques, thermiques et chimiques) qui sont impliqués dans les douleurs sourdes, mal localisées (13). Les signaux proprioceptifs et tactiles non nociceptifs sont quant à eux véhiculés par des fibres de

gros calibres très myélinisées, donc de conduction rapide, les fibres A β . Les neurones primaires conduisent ensuite l'information nociceptive jusqu'à leur terminaison, dans la corne postérieure de la moelle.

Par ailleurs, lors d'une lésion tissulaire ou d'une inflammation, plusieurs médiateurs vont être produits par les tissus lésés, c'est ce qui est communément appelé la « soupe inflammatoire » (14). Nous y retrouvons, entre autres, la bradykinine, les prostaglandines et l'histamine. Ces médiateurs activent et/ou sensibilisent les nocirécepteurs.

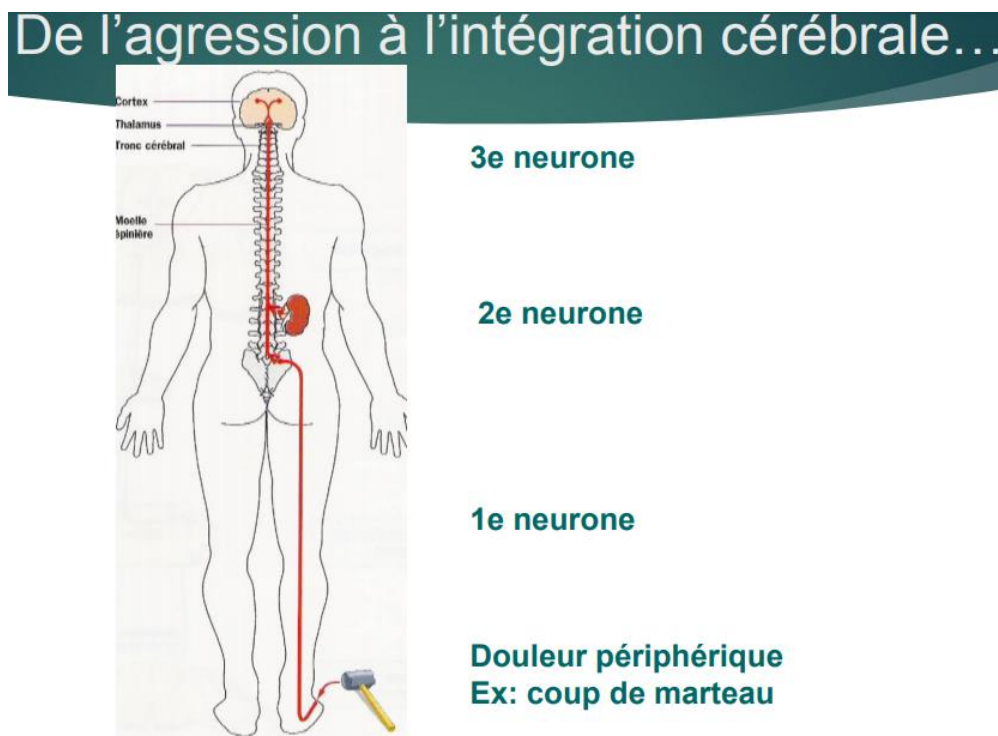


Figure 1. La voie ascendante de la douleur

Image issu de « Physiopathologie pratique de la douleur Classification des douleurs » de Dr Amélie Levesque, CHU de Nantes

Au niveau de la corne postérieure de la moelle, les fibres nerveuses font relais à un deuxième neurone. Ce neurone secondaire croise immédiatement la moelle pour former la voie spinothalamique en position ventrolatérale de la moelle et conduire l'information dans les différentes régions du thalamus. Il fait alors relais à un troisième neurone, dans la région ventrale postéro-latérale du thalamus, qui conduit l'information du thalamus vers différentes régions du cortex somatosensoriel et quelques structures limbiques. L'information transmise au cortex somatosensoriel permet la localisation précise de la douleur. L'information transmise au

système limbique donne la dimension affective de la douleur en provoquant une sensation désagréable.

b. Mécanismes de contrôle de la douleur

Il existe des mécanismes de contrôle représentés par deux systèmes principaux :

a) Le contrôle segmentaire ou « gate control »

Ce système de contrôle s'applique au niveau médullaire. La sensibilité nociceptive est véhiculée par des fibres nerveuses de petit calibre, peu ou pas myélinisées (fibre A δ et C), donc de vitesse moyenne ou lente, alors que la sensibilité tactile est véhiculée par des fibres de gros calibre très myélinisées rapides (fibres A β). La théorie du Gate Control de Melzack et Wall en 1965 suggère qu'il existe des interneurons qui inhibent les messages douloureux venant des fibres de petit calibre. Les fibres de gros calibre stimulent ces interneurons et donc inhibent le message nociceptif. Cela expliquerait l'effet antalgique du massage et de la neurostimulation transcutanée (15).

b) Contrôle inhibiteur supra segmentaire ou voies inhibitrices descendantes

Il existe deux types de contrôle inhibiteur descendant :

- Les contrôles inhibiteurs descendants déclenchés par des stimulations cérébrales

Le principe de ce système de contrôle repose sur le fait que la stimulation de certaines zones cérébrales peut bloquer la transmission spinale des messages nociceptifs.

Ces contrôles sont issus du tronc cérébral pour agir sur la moelle. Au niveau bulbaire plusieurs zones sont identifiées comme ayant une fonction analgésique : la substance grise périaqueducale, le noyau raphé magnus, le noyau giganto cellulaire et le noyau réticulé latéral du tractus solitaire. À partir de cette région bulbaire, les fibres empruntent le funiculus dorsal et rejoignent les neurones spinaux à chaque étage pour réaliser un effet inhibiteur sur les neurones convergents. Les neuromédiateurs impliqués dans ce système inhibiteur descendant sont les opioïdes endogènes, (les enképhalines, les endorphines et les dynorphines), la sérotonine et la noradrénaline. Ces opioïdes endogènes découverts en 1975 par John Hughes et Hans Kosterlitz dérivent tous de trois précurseurs : la proopiomélanocortine, la proenképhaline et la prodynorphine (16).

En thérapeutique, les mécanismes sérotoninergiques inhibiteurs descendants justifient l'utilisation des antidépresseurs tricycliques dans le traitement de la douleur

- Les contrôles inhibiteurs diffus déclenchés par stimulations nociceptives (CIDN)

La stimulation douloureuse des fibres à petit diamètre déclenche un système d'inhibition descendant issu de la substance grise périaqueducale et du noyau raphé magnus. Ces stimulations activent les neurones du bulbe rostro-ventral qui inhibent à leur tour l'activité des neurones nociceptifs des cornes dorsales de la moelle. Le contrôle inhibiteur est généré vers tous les étages médullaires sauf celui concerné par l'influx douloureux. Ce contrôle bloque les informations nociceptives arrivant à ces métamères, et on ne ressent qu'une seule douleur à la fois, la plus intense. Ce contrôle met la douleur la plus importante en évidence. L'importance du CIDN est proportionnelle à l'intensité du stimulus douloureux et à sa durée. Les neuromédiateurs impliqués sont sérotoninergiques et endomorphiniques (17).

c. Les différents types de douleur

On classe la douleur en trois types physiopathologiques :

- Par excès de nociception : la douleur par excès de nociception, aussi appelée douleur périphérique, est déclenchée par l'activation des nocicepteurs périphériques. Cette activation est causée par l'inflammation ou des dommages mécaniques sur les tissus. Le système de contrôle inhibiteur est alors dépassé. Les différentes étiologies peuvent être cancéreuses, inflammatoires, traumatiques, ou encore ischémiques.
- Neuropathiques : douleurs associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central. Le processus de transmission de la douleur est alors modifié. Les causes de douleurs neuropathiques sont les traumatismes, compressions ou dégénérescences nerveuses, les troubles métaboliques.
- Les douleurs dysfonctionnelles : elles sont liées à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans lésion identifiée. Les plus fréquentes sont la fibromyalgie, la céphalée de tension, le syndrome de l'intestin irritable et le syndrome de vessie douloureuse.

2. Les récepteurs opioïdes

Les opioïdes endogènes et exogènes (comme les opioïdes antalgiques) agissent en activant les récepteurs opioïdes présents dans le système nerveux central et les tissus périphériques.

Les récepteurs opioïdes ont été découverts entre 1971 et 1973 par plusieurs équipes (A. Goldstein, C. Pert, E. Simon, S. Snyder aux États-Unis ; L. Terenius en Suède) (18). Cependant, il a fallu attendre les années 90 pour arriver au clonage et à la caractérisation moléculaire des trois différents types de récepteurs opioïdes : μ , δ et κ (19). En 1994 un quatrième récepteur opioïde a été cloné, le récepteur nociceptine/orpharine FQ (ORL1). Ce récepteur montre une forte homologie avec les autres récepteurs opioïdes, mais n'a pas d'affinité pour les ligands classiques de ces récepteurs comme la naloxone (20). Ces récepteurs pré et post synaptiques sont répartis dans tous le système nerveux central et périphérique. Ils appartiennent à la famille des récepteurs couplés à une protéine G et présentent donc sept domaines transmembranaires qui correspondent au site de liaison des opioïdes. Ces domaines transmembranaires sont reliés par trois boucles extracellulaires, responsables de la sélectivité de la liaison, possédant un N terminal et par trois boucles intracellulaires possédant un C terminal (21).

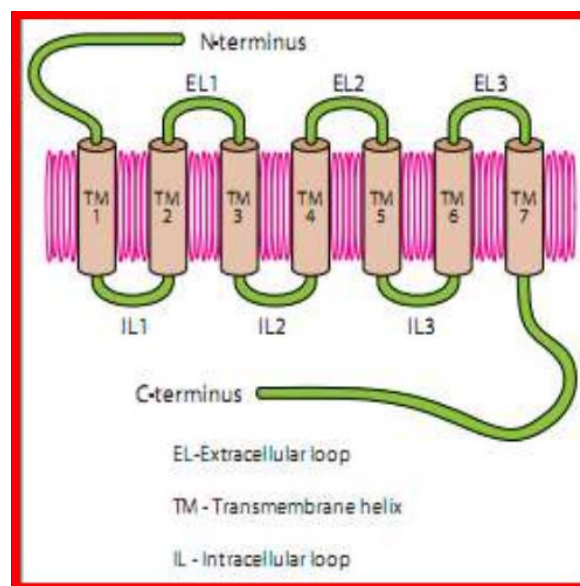


Figure 2. Structure d'un récepteur opioïde

Image issue de « Pharmacologie des opioïdes » de Pr Nguyen Anh, Université de Montréal

Les récepteurs opioïdes se classent en quatre catégories selon leur pharmacologie et leur distribution tissulaire (22).

Tableau 1. Distribution tissulaire des récepteurs opioïdes

Récepteurs	Localisation	Effets	Agonistes types
μ	Thalamus Striatum Locus coeruleus Noyau du tractus solitaire Moelle épinière Tractus digestif	Analgésie supra spinale et périphérique Euphorie Sédation Dépression respiratoire Myosis Dépendance physique Constipation	Béta-endorphine Morphine
δ	Cortex Striatum Noyaux du pont	Analgésie spinale, Antidépresseur Myosis Constipation	Enképhaline
κ	Hypothalamus Noyau accumbens Substance noire Aire tegmentale ventrale Noyau du tractus solitaire Moelle épinière	Analgésie spinale et périphérique Dysphorie Myosis Sédation Dépendance physique Inhibition de la libération de l'hormone anti diurétique (ADH)	Dynorphines et néoendorphines
ORL1	Hypothalamus Aires limbiques Pont et moelle épinière Intestins Canal déférent Rate	Anxiété Dépression Tolérance agoniste récepteurs mu Hyperalgésie	Nociceptine

L'activation de ces récepteurs induit une inhibition des canaux calciques voltage-dépendant (et donc réduction du taux de calcium ionisé intracellulaire), une stimulation de l'ouverture des canaux potassiques (K⁺) et une réduction du taux d'adénylate cyclase.

Tous ces mécanismes aboutissent à :

- Une réduction de la libération de neuromédiateurs excitateurs telles l'acétylcholine, la noradrénaline, la sérotonine et la substance P par les neurones pré-synaptiques,
- Une réduction de la transmission synaptique,
- Une hyperpolarisation de la membrane neuronale post-synaptique (23).

Les opioïdes induisent également une inhibition de la transmission GABAergique induisant une levée de l'inhibition du système dopaminergique. Cette dernière est responsable de la libération de dopamine dans le noyau accumbens (NAc), à l'origine de l'euphorie et du bien-être ressenti suite à l'administration des agonistes opioïdes et la stimulation du circuit inhibiteur descendant (23).

3. Classification des opioïdes

On classe les opioïdes selon leur action sur les différents récepteurs (24) :

- Les agonistes complets qui stimulent les trois récepteurs μ , δ et κ : comme la morphine, la méthadone, le fentanyl et l'oxycodone. Ce sont les opioïdes de palier 3, dits « opioïdes forts ».
- Les agonistes partiels qui activent les mêmes récepteurs que les agonistes purs, mais avec une action moindre : la codéine et le tramadol, ce sont les opioïdes de palier 2, dits « opioïdes faibles ».
- Les agonistes antagonistes qui stimulent certains récepteurs et en inhibent d'autres : la buprénorphine et la nalbuphine. Ils font également parties des « opioïdes faibles ».
- Les antagonistes purs qui inhibent tous les récepteurs : la naloxone et la naltrexone

Tableau 2. Interactions entre opioïdes et récepteurs

Interactions des opioïdes avec les récepteurs	μ	δ	κ
Morphine, codéine, oxymorphone, dextropropoxyphène	+++	+	+
Méthadone	+++	-	-
Méperidine	++	+	+
Fentanyl, sufentanil	+++	+	-
Buprénorphine	(+++)	-	XX
Pentazocine	X	+	++
Nalbuphine	X	+	(++)
Nalorphine	XX	-	(++)
<i>Naloxone</i>	XXX	X	XX

+ agoniste; X antagoniste; () agoniste partiel

Image issue de « Les morphiniques » de Dr Olivier Michel, CHU de Toulouse

4. Utilisation des antalgiques opioïdes dans la douleur

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé une échelle analgésique pour traiter la douleur cancéreuse. Ces recommandations ont ensuite été transposées aux douleurs non cancéreuses. Elles se basent sur une prise en charge médicamenteuse par paliers, selon le niveau de la douleur. Ainsi, chez les patients présentant une douleur modérée, des antalgiques non opioïdes tels que le paracétamol, les anti inflammatoire non stéroïdiens (AINS) ou l'aspirine seront utilisés. Il s'agit du premier palier. Dans les cas d'une douleur modérément sévère où les antalgiques non opioïdes administrés de façon régulière ne soulageraient pas assez le malade, on utilise des opioïdes faibles, c'est le palier 2. Enfin le troisième palier correspond aux douleurs sévères où les opioïdes forts, notamment la morphine, sont utilisés (25). En 1994, un rapport d'information du Sénat mettait en lumière la prise en charge insuffisante de la douleur dans notre système de soins avec notamment une sous-utilisation de la morphine (26). Puis en 1999, le Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR) a publié les premières recommandations francophones de l'utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses appelées recommandations de Limoges. Ces recommandations ont été actualisées en 2010 et montrent l'utilité des opioïdes forts dans certaines douleurs ostéo-articulaires dans le respect des règles de bon usage nécessaires pour limiter les risques associés à ces traitements (27). Enfin des études ont montré une efficacité modérée de l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs neuropathiques périphériques (28).

D. Risques liés à l'usage des antalgiques opioïdes

1. Risques immédiats

a. *Effets indésirables*

En plus de leurs effets antalgiques, les opioïdes ont plusieurs effets indésirables au niveau du système nerveux central (SNC) ou des tissus périphériques.

Concernant les effets indésirables sur le SNC nous retrouvons :

- **La dépression respiratoire** : les opioïdes diminuent de façon dose-dépendante la réponse des centres respiratoires aux stimuli hypoxémiques et hypercapniques. Ils dépriment également les centres bulbaires impliqués dans la régulation de la fréquence respiratoire ce qui induit une bradypnée, une respiration irrégulière de type « Cheyne Stokes », voire une

apnée. Ces effets se manifestent plus souvent chez les patients âgés (29). Ils sont rarement limitants lors d'une prise orale progressivement croissante, mais se produisent surtout en cas d'augmentation trop rapide des doses ou d'injection.

- **La sédation** : les opioïdes peuvent provoquer une somnolence voire une altération de la conscience. Ces symptômes doivent alerter, car peuvent être le signe d'un surdosage. La confusion est également un effet indésirable fréquent, en particulier chez les patients âgés.
- **Effet psychodysléptique** : la prise d'opioïdes peut induire un état de bien-être avec une indifférence psychique. Initialement, les opioïdes peuvent entraîner un état d'euphorie avant l'effet sédatif. Lors de la prise de fortes doses, on peut également retrouver un état de dysphorie ou un état délirant et des hallucinations.
- **Effet émétisant** : Les opioïdes induisent des vomissements par stimulation du chémorécepteur trigger zone situé dans l'area postrema du quatrième ventricule.
- **Effet antitussif** : les opioïdes, et notamment la codéine, inhibent le centre de la toux du tronc cérébral. Cet effet se manifeste dès la prise de faibles doses et est à risque d'encombrement bronchique.
- **Perturbation du sommeil** : que ce soit lors d'une consommation aiguë ou d'une consommation chronique, une diminution du temps de sommeil total avec une diminution du sommeil lent et du sommeil profond sont observées. Les éveils intra sommeil sont également plus fréquents avec une baisse de l'efficacité du sommeil. En cas de consommation chronique, de sévères anomalies respiratoires sont également constatées lors de la polysomnographie : une désaturation et une augmentation de l'index apnée/hypopnée.
- **Effet convulsivant** : un abaissement du seuil épileptogène est retrouvé, surtout chez les patients épileptiques.

Concernant les tissus périphériques, nous retrouvons comme effets indésirables :

- **Effets digestifs** : les opioïdes induisent une contraction des muscles lisses, ainsi le péristaltisme et les sécrétions hydriques sont diminués. La contraction des sphincters lisses est renforcée. Il en résulte une constipation quasi constante et un retard de la vidange gastrique. De plus nous retrouvons une diminution de la sécrétion biliaire et une augmentation de la pression dans les canaux biliaires.

- **Effets cardio-vasculaires** : les opioïdes peuvent induire une vasodilatation périphérique, une réduction des résistances périphériques et une inhibition des réflexes des barorécepteurs ce qui peut entraîner une hypotension orthostatique. De plus une bradycardie modérée est souvent constatée. En cas de posologie élevée, un allongement du QT peut être constaté, notamment en cas de surdosage d'oxycodone ou de tramadol.
- **Effet urinaire** : l'hypertonie du sphincter externe de la vessie et l'abolition du réflexe mictionnel peut engendrer, en cas de terrain prédisposé (adénome prostatique, sténose urétrale), une rétention aiguë d'urine. Les opioïdes possèdent également un effet antidiurétique par diminution de la filtration glomérulaire et sécrétion d'ADH.
- **Effet histamino-libérateur** qui entraîne une vasodilatation pouvant majorer le risque d'hypotension orthostatique, ainsi que des flushs ou des urticaires pouvant s'accompagner d'un prurit.
- **Syndrome sérotoninergique** : certains opioïdes ont la propriété d'inhiber la recapture de la sérotonine comme le tramadol, la morphine, le fentanyl, l'oxycodone, la buprénorphine et d'autres. L'association avec d'autres médicaments inhibiteurs de la recapture de sérotonine, notamment les antidépresseurs, à risque d'entraîner un syndrome sérotoninergique. Ce syndrome se manifeste par une triade de symptômes : une altération de l'état mental (confusion, délire, agitation), une hyperactivité autonome (tachycardie, hypertension, hypersudation, diarrhée, hyperthermie) et des anomalies neuromusculaires (tremblements, frissons, hyperréflexie, akathisie, mydriase). Plusieurs cas de syndrome sérotoninergique ont été décrits en cas d'association entre le tramadol et des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de sérotonine (30).

Les autres effets indésirables retrouvés sont une sécheresse buccale, une hypothermie, une diminution de la fertilité lors des consommations chroniques avec aménorrhée et inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique et une hyperprolactinémie.

En décembre 2018, l'étude DANTE (une Décennie D'ANTalgiques En France) rapporte que, sur un échantillon de patients prenant de la codéine au moins plusieurs fois par semaine, plus d'un tiers d'entre eux ont signalé des effets indésirables. La majorité se plaignent de somnolence, de nausées, de constipation et de douleurs abdominales (31).

b. Accidents et overdose

L'overdose par opioïdes, ou intoxication aiguë, est responsable d'une dépression du SNC, à l'origine d'une triade clinique quasi-pathognomonique associant trouble de conscience, myosis et bradypnée et pouvant conduire à l'arrêt respiratoire et au décès asphyxique (32).

Le risque d'overdose est majoré en cas d'injection intraveineuse, de mélange de plusieurs substances psychoactives (notamment prise concomitante d'opioïdes et d'alcool ou de benzodiazépines, antidépresseurs sédatifs, neuroleptiques ou anti-histaminiques), de consommation d'opiacé pour la première fois ou après une longue période d'abstinence et enfin de consommation d'opiacés pour gérer la descente d'autres produits (33).

L'abus d'analgésiques opioïdes représente à l'heure actuelle la première cause de mort par intoxication aux états unis (34). En effet, 115 personnes y décèdent en moyenne chaque jour d'un surdosage aux opioïdes licites ou illicites. En 2016, les opioïdes sur prescription étaient responsables de 17 087 décès. L'augmentation des décès a eu lieu en trois vagues : une première dans les années 1990 avec l'augmentation des prescriptions d'antalgiques opioïdes et des décès liés à leur consommation, une deuxième vague à partir de 2010 liée à l'usage de l'héroïne et enfin une 3^{ème} vague depuis 2013 en lien avec la consommation d'opioïdes de synthèse, notamment les fentanylloïdes qui sont généralement issus de laboratoire clandestins et fréquemment mélangés à d'autres substances (31).

En France la situation n'est pas la même, en partie grâce au cadre de prescription, de délivrance et de prises en charge des patients sous antalgiques opioïdes qui sont différentes. Cependant, entre 2005 et 2016, la Banque Nationale de Pharmacovigilance a répertorié 2 762 intoxications par des antalgiques opioïdes, 49 % concernent des opioïdes faibles, 47 % des opioïdes forts et 4 % une association des deux. Les substances les plus impliquées sont le tramadol, la morphine puis l'oxycodone. Une augmentation significative des taux de notifications pour intoxication accidentelle est observée pour le tramadol (+139 %), la poudre d'opium (+757 %) et l'oxycodone (+1229 %) (31).

Entre 2000 et 2017, le nombre d'hospitalisations liées à la prescription d'antalgiques opioïdes a augmenté de 167 % passant de 15/1 000 000 à 40 hospitalisations/ 1 000 000 (35).

Les décès directement liés aux antalgiques opioïdes sont répertoriés par trois sources.

La première est la base de données des causes médicales de décès produite par le Centre Épidémiologique sur les causes médicales de Décès (CEPIDC) à partir des certificats de décès. Celle-ci rapporte que le nombre de décès par surdosage non intentionnel d'antalgiques opioïdes a triplé entre 2000 et 2015, passant de 8,5 % à 15 % de la totalité des overdoses mortelles (31).

La deuxième source est le dispositif Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances (DRAMES), coordonné par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A) de Grenoble. DRAMES a pour objectif d'identifier les substances impliquées dans les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives afin d'évaluer leur dangerosité et de retracer les évolutions. En 2019, les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) sont les principales substances impliquées dans les décès devant l'héroïne (respectivement environ 44 % et 23 % des décès). Les décès liés aux opioïdes licites (hors MSO) représentent 10 %. La morphine est l'antalgique opioïde le plus impliqué dans les décès directs depuis plusieurs années, suivi par le tramadol et le fentanyl (36). La part imputable de décès aux médicaments opioïdes (hors MSO) fluctue entre 9 % et 14 % depuis 2010 sans qu'il soit possible de distinguer une tendance évolutive, avec une stabilisation depuis 2018 (37). En 2019, on observe une augmentation des décès liés à la morphine et diminution des décès liés au tramadol (36).

La troisième source de données est l'enquête annuelle sur les Décès Toxiques par Antalgiques (DTA) menée depuis 2013 par le CEIP-A de Grenoble et l'ANSM. Elle recueille les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques, un décès ne pouvant pas être recensé à la fois dans DRAMES et dans DTA. Les décès survenant dans un contexte d'abus et de toxicomanie sont exclus de DTA (et inclus dans DRAMES), ceux survenant dans un contexte suicidaire sont inclus dans DTA (et exclus de l'enquête DRAMES) (37). Cette enquête montre que de 2015 à 2019, le premier antalgique opioïde directement impliqué dans les causes du décès est le tramadol, suivi par la morphine, la codéine et enfin l'oxycodone (31).

2. Risques à long terme

a. *Hyperalgésie induite par les opioïdes*

L'utilisation des opioïdes à long terme peut induire un phénomène d'hyperalgésie, c'est-à-dire une sensibilité accrue à un stimulus nociceptif. Il n'est pas modifié par la prise de traitement de substitution et diminue avec un temps d'abstinence important (38). Cette hyperalgésie induite

est dose et temps dépendant, elle varie également selon la voie d'administration. Sa physiopathologie n'est pas encore totalement élucidée, mais ce processus pro-nociceptif mettrait en jeu les récepteurs opioïdes de type μ , les récepteurs glutamatergiques N-Methyl-D-Aspartique (NMDA) et les récepteurs sérotoninergiques 5-HT₃. Ainsi un antagoniste NMDA tel que la kétamine pourrait prévenir ce phénomène et amplifier l'effet analgésique de l'opiacé (39). Ainsi deux études ont montré que la co-administration de kétamine et rémifentanil abolit l'aggravation d'une hyperalgésie pré-existante (40). La rotation des opioïdes est un autre concept utilisé en cas d'effets indésirables importants ou de phénomène d'hyperalgésie induite. Il consiste à remplacer un opioïde par un autre opioïde appartenant au même palier antalgique, à doses équianalgésiques. Une des explications au bénéfice de la rotation des opioïdes est la stimulation de différentes familles de récepteurs lors du changement d'opioïde. En effet, il existe au moins sept sous-types de récepteurs μ et chaque opioïde peut avoir des affinités différentes pour les divers sous-types. Ces actions sélectives pourraient expliquer les modifications cliniques observées lors du changement d'opioïde avec mise au repos de certains récepteurs et activation d'autres (41).

b. Tolérance et syndrome de sevrage

La tolérance pharmacologique est l'accoutumance du cerveau et du reste de l'organisme envers le médicament, aboutissant à une perte progressive d'effet et la nécessité d'augmenter les doses pour conserver les mêmes effets (42). Du point de vue moléculaire, la tolérance s'explique par une désensibilisation, c'est-à-dire par une diminution de réponse d'un récepteur suite à une stimulation prolongée (39). Ce phénomène de tolérance met en jeu de nombreux mécanismes dont la phosphorylation des récepteurs par les protéines kinases C qui entraîne la désensibilisation des récepteurs (43). D'autres mécanismes agissent sur le système glutamatergique via le NMDA comme dans l'hyperalgésie induite. L'augmentation du taux de métabolisation de l'opioïde au cours de son utilisation participe également à ce phénomène (44). Enfin, la tolérance est secondaire à l'occupation continue de récepteurs. Pour obtenir un effet, l'agoniste doit occuper un plus grand nombre de récepteurs au cours du temps (45). Ce phénomène de tolérance est dose et temps dépendant.

En cas de prise prolongée d'opiacés, un syndrome de sevrage peut également se manifester en cas d'arrêt ou de réduction trop rapide de la substance. Les symptômes de sevrage sont physiques et psychiques et sont spécifiques du produit consommé, notamment de sa

pharmacodynamie. Ils sont soulagés par la reprise de la substance ou par la prise d'une substance dont le mécanisme d'action est proche.

Le syndrome de sevrage aux opiacés se traduit par plusieurs symptômes.

Au cours des 24 premières heures :

- Initialement, bâillement, rhinorrhée, hypersialorrhée, larmoiement et hypersudation,
- Anxiété, irritabilité et envie d'opiacés qui augmentent au cours du sevrage,
- Puis, mydriase, pilo-érection, frissons, sensations de chaud-froid et anorexie.

Au cours des deux jours suivants :

- Intensité croissante de l'anxiété, de l'insomnie et du malaise,
- Douleurs viscérales diffuses à type de spasmes, lombalgies, impatiences des membres inférieurs et troubles digestifs,
- Polypnée et hypertension artérielle (46).

Ces syndromes de sevrage ne se manifestent pas uniquement en cas de prise en mésusage. Ainsi le réseau d'addictovigilance a recensé que plus de 50 % des syndromes de sevrage sur prise de tramadol concernent des prises à doses thérapeutiques et parfois pendant une période très courte (inférieure à une semaine) (31).

Une autre étude réalisée sur un échantillon de patients consommant de la codéine sans ordonnance en 2013 montre que 17,8 % de ces patients présentaient des signes de pharmacodépendance (47).

Tolérance et syndrome de sevrage sont les deux aspects de la dépendance physique (pharmacodépendance) à une substance, celle-ci peut donc exister en l'absence de toute problématique addictive ou de mésusage.

c. Mésusage

Le terme de mésusage désigne un comportement d'utilisation inappropriée du médicament par le sujet, ce qui l'expose à des répercussions potentielles sur le plan social, psychologique ou physique (42). En France, le mésusage est défini dans le code de la santé publique comme l'« utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques » (48). Ce mésusage peut être aussi bien le fait du prescripteur (prescription non conforme à l'indication, non-respect d'une contre-indication) que du patient

(recherche d'un effet psychotrope non antalgique, surdosage). C'est une notion plus large que celle d'addiction, qui elle répond à des critères diagnostics très précis, définis dans la CIM-10 (classification internationale des maladies publiée par l'OMS) ou le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publié par l'APA, Association américaine de psychiatrie)(28).

L'étude DANTE rapporte que, sur l'échantillon de patients prenant de la codéine plusieurs fois par semaine sans ordonnance (avant 2017), 31 % d'entre eux la prennent en surdosage (49).

En France, les situations de mésusage d'antalgiques opioïdes sont répertoriées par le CEIP-A. Ces données proviennent de plusieurs sources :

- Les notifications spontanées (NotS) par les professionnels de santé. Ces notifications concernent les usages problématiques qui comprennent les cas d'abus, de dépendance, d'usage détourné et de mésusage. Concernant les notifications relatives aux antalgiques opioïdes, elles ont augmenté de 2006 à 2015 passant de 3,9 % à 9,2 % par rapport au nombre total de notifications. Les substances les plus représentées étant la morphine, puis le tramadol en constante augmentation depuis 2008, l'oxycodone et l'association paracétamol/codéine (31).
- Plusieurs enquêtes permettent de recenser les cas de mésusage, dont l'enquête Ordonnances Suspectes – Indicateurs d'Abus Possible (OSIAP) réalisée auprès d'un réseau de pharmacies qui permet d'analyser les ordonnances suspectes. Cette enquête rapporte qu'entre 2010 et 2017 le taux de notifications pour le tramadol est en augmentation. Il s'agit du premier antalgique cité (12,3 % des notifications en 2017). La codéine est le deuxième opioïde cité bien que certaines spécialités ne nécessitent pas encore d'ordonnance à cette date. Le taux de notification pour la morphine est quant à lui en diminution.
- Le nomadisme médical est également un indicateur de mésusage. Une analyse réalisée en 2013 montrait que les antalgiques opioïdes les plus concernés par le sujet étaient la morphine, l'oxycodone et le fentanyl. Une autre étude réalisée de 2004 à 2014 montre un nomadisme médical important concernant la codéine avec comme facteur de risque un âge égal ou inférieur à 40 ans (risque x 7,29), l'utilisation concomitante de benzodiazépines (x 3,12), l'utilisation antérieure d'opioïdes forts (x 2,94) et un trouble mental (x 2,25) (31).

Concernant les prescriptions aux États-Unis, une méta analyse de 2015 a estimé le taux de mésusages d'antalgiques opioïdes entre 21 % et 29 % chez des patients traités pour une douleur chronique (50).

d. Addiction

L'addiction est définie par Pierre Fouquet, médecin français et père de l'alcoologie, comme « la perte de la liberté de s'abstenir de consommer ». Selon Goodman en 1990, il s'agit du « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Ces conséquences peuvent être médicales (somatiques ou psychiques), sociales, financières ou encore judiciaires. L'addiction, ou dépendance, répond à des critères bien précis du DSM-5 (51) et de la CIM 10 (52). Dans le DSM – 5, le terme de « trouble de l'usage » remplace celui d'addiction.

Tableau 3. Critères diagnostiques de l'addiction

Critères diagnostiques	
DSM-5	CIM 10
Présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes sur une période de 12 mois :	Trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévu. 2. Il y a un désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance. 3. Beaucoup de temps est passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets. 4. L'usage répété de la substance aboutit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison. 5. L'usage de la substance est poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.	1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; 2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ; 3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ; 4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ; 5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se

<p>6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.</p> <p>7. Usage répété de la substance dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux.</p> <p>8. L'usage de la substance est poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.</p> <p>9. Tolérance, définie par l'un ou l'autre des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés. - Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance. <p>10. Sevrage se manifestant par l'un des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance. - La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage <p>11. Existence d'un craving ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance</p>	<p>procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;</p> <p>6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.</p>
<p>2 à 3 critères : trouble de l'usage léger</p> <p>4 à 5 critères : trouble de l'usage modéré</p> <p>6 critères ou plus : troubles de l'usage sévère</p>	

D'un point de vue neurobiologique, le processus addictif induit par une substance psychoactive vient de sa capacité à activer le « système de récompense » cérébral. Ce « système de récompense », composé de l'aire tegmentale ventrale (ATV), de l'amygdale, du NAc, du septum et du cortex préfrontal, est à l'origine des sensations de plaisir et de satisfaction. Il induit donc la motivation nécessaire pour les activités et comportements indispensables à la survie de l'individu ou de l'espèce (alimentation, reproduction...). La dopamine en est le neuro transmetteur principal. Elle est un élément clé dans le repérage des récompenses naturelles pour l'organisme, et elle participe à la mémorisation des indices associés à ces récompenses. En effet, le système dopaminergique méso-cortico-limbique, qui intervient dans le « système de récompense », est directement impliqué dans les effets renforçant induits par les substances addictives. Ainsi, dans le cas des opioïdes, les effets renforçant sont induits par l'activation du

système opioïde endogène du NAc et de l'ATV. Ainsi, les opioïdes augmentent la libération de dopamine dans le système limbique par l'activation des récepteurs μ et δ dans le noyau accumbens et par l'inhibition de l'activité GABAergique induite par les récepteurs μ au niveau de l'ATV. Dans l'ATV, les récepteurs μ sont surtout localisés au niveau présynaptique, sur les neurones GABA (acide gamma-aminobutyrique) qui inhibent l'activité des neurones dopaminergiques.

Les agonistes μ sont ceux qui ont la plus forte efficacité pour induire des effets renforçant. Les agonistes δ peuvent également induire des effets renforçant par l'activation des récepteurs δ localisés dans le NAc, mais de façon plus faible que les agonistes μ .

L'administration répétée de ces substances psychoactives produit des modifications importantes dans les circuits de récompense, ce qui entraîne des modifications progressives du comportement et finalement conduit au développement de l'addiction (53). En effet, suite à une stimulation répétée de ce système, le striatum dorsal mémorise ce renforcement et en crée des habitudes. C'est l'engagement du striatum dans ce circuit neuronal qui produit des automatismes et un usage compulsif de la substance psychoactive. C'est à partir de cette jonction que commence la perte de contrôle du patient présentant une addiction (54).

E. État des lieux de la consommation

1. Aux États-Unis

L'Amérique du Nord est confrontée depuis plusieurs années à une crise sanitaire, « la crise des opioïdes », due à une augmentation de décès liés à la consommation d'opioïdes, issus de prescriptions médicales ou d'opioïdes illicites. En 2017, 72 000 personnes sont décédées par overdose aux États-Unis, dont 2 tiers par overdose d'opioïdes. Ce nombre est supérieur à celui des décès causés par les accidents de circulation. La première vague a débuté dans les années 1990 avec l'augmentation des prescriptions d'antalgiques opioïdes et des décès dus à leur consommation. Ces derniers n'ont cessé d'augmenter depuis. Les prescriptions d'opioïdes antalgiques ont ainsi augmenté de 350 % entre 1999 et 2015 (55) et sont responsables de 17 087 décès en 2016.

2. En France

D'après les données de l'Assurance Maladie, près de 10 millions de Français ont eu une prescription d'antalgique opioïde en 2015, soit 17,1 % de la population.

La mise à disposition et une utilisation plus large des médicaments opioïdes dans le traitement de la douleur contribue à l'amélioration de la prise en charge de la douleur, notamment avec la mise en place depuis 1998 d'une succession de plans d'action de lutte contre la douleur.

Une étude publiée en 2018 a réalisé une analyse de la consommation d'antalgiques (non opioïdes, opioïdes faibles et opioïdes forts) en France de 2006 à 2015 et une comparaison avec sept pays européens (Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Danemark et Suède). Selon cette étude, en 2015, la France était le troisième pays européen le plus consommateur d'antalgiques opioïdes faibles, derrière le Royaume-Uni et le Danemark. Concernant les opioïdes forts, la France et l'Italie étaient les pays dans lesquels ces médicaments étaient le moins consommés (56).

Dans son rapport publié en 2019 sur l'état des lieux des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, l'ANSM décrit que les antalgiques les plus consommés en France sont les antalgiques non opiacés (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdien) qui représentent 78 % des antalgiques consommés, suivis des antalgiques opioïdes faibles (20 %), dix fois plus consommés que les antalgiques opioïdes forts (2 %) (31).

En 2006, l'opioïde faible le plus consommé était le dextropropoxyphène, sa consommation a ensuite été divisée par deux entre 2006 et 2010 avant son retrait du marché en 2011, suite à un avis défavorable de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA). Celui-ci était motivé par le nombre important de décès retrouvés dans plusieurs pays européens dans le contexte d'intoxications volontaires ou accidentelles à ce médicament. Les études menées par l'EMA ont mis en évidence que l'association dextropropoxyphène/paracétamol n'était pas plus efficace que le paracétamol seul ou que la codéine dans le traitement de la douleur aiguë. Par ailleurs la marge thérapeutique était trop étroite pour garantir la sécurité des patients (57). Ce retrait a entraîné une diminution du nombre total de la consommation d'antalgiques opioïdes faibles, mais une augmentation de la consommation de chacun des opioïdes faibles restants (56).

En 2017, le tramadol est l'antalgique opioïde le plus consommé, puis vient la codéine en association et la poudre d'opium associé au paracétamol. D'après les chiffres de l'Observatoire

français des Médicaments Antalgiques (OFMA) basés sur une étude de 2018, entre 2004 et 2017, la prévalence annuelle de prescription de la codéine, du tramadol et de l'opium a augmenté de 150 %, 123 % et 244 % respectivement. La prescription d'opioïdes forts a également augmenté de 104 % et de façon très significative pour l'oxycodone (+ 1950 %), la morphine restant le 1^{er} antalgique fort utilisé (35).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Objectifs principal et secondaire

L'objectif principal de notre thèse était d'étudier le vécu des médecins généralistes du Calvados face au mésusage d'antalgiques opioïdes. Plus précisément nous nous sommes intéressées aux freins et leviers identifiés par les praticiens dans ce type de situation.

L'objectif secondaire était d'étudier les pratiques des médecins généralistes du Calvados face au mésusage d'antalgiques opioïdes et de les comparer aux recommandations de bonnes pratiques.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes du Calvados. Afin de répondre à notre objectif secondaire, nous avons également récupéré les données de remboursement des antalgiques opioïdes de 2016 à 2020 en nous rapprochant du Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie.

B. Méthodologie de l'étude qualitative

1. Type d'étude

Pour mener à bien nos objectifs de recherche, nous avons opté pour une thèse qualitative par entretiens semi-directifs. Les méthodes de recherches qualitatives couvrent une série de techniques de collectes et d'analyses de données. Elles visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie (58). Le but est d'aider à comprendre ces phénomènes sociaux dans leur contexte naturel (59).

2. Constitution de l'échantillon

Étaient inclus les médecins généralistes installés en cabinet dans le Calvados, quels que soient l'âge ou le sexe. L'objectif était d'obtenir un échantillon à variation maximale (âge, sexe, type de cabinet, lieu d'exercice, ancienneté d'installation, formations complémentaires) dans un but de diversité.

Une partie des médecins a été recrutée sur volontariat parmi les médecins généralistes rencontrés par l'investigatrice au cours de ses stages d'internat. Le travail de thèse leur était présenté au préalable par oral ou par mail. Les autres praticiens ont été contactés par mail parmi

la liste des maîtres de stage universitaires en les informant du sujet de la thèse, de son objectif et de la durée moyenne de l'entretien. Une date de rendez-vous pour la réalisation de l'entretien a ensuite été décidée avec les praticiens intéressés.

Au total 12 médecins ont été inclus. Nous connaissons deux méthodes pour définir la taille de l'échantillon. La première, appelée « la saturation théorique », n'est seulement atteinte qu'une fois que l'analyse de nouveau matériel devient redondante et n'apporte plus de nouveauté dans la description du phénomène étudié. Elle a été développée par Glaser & Strauss en 1967 (60). Cependant il est impossible d'affirmer avec certitude que la saturation a été atteinte et que l'analyse de nouveau matériel ne pourra pas apporter de nouveauté. Ainsi nous avons opté pour une autre méthode, la suffisance théorique, développée par Dey en 1999 : le recueil de données et l'analyse s'achèvent lorsque le chercheur juge que les thèmes obtenus offrent un cadre explicatif suffisant au vu des données collectées (61).

3. Réalisation du guide d'entretien

Nous avons décidé de collecter les données via des entretiens individuels semi-directifs. Il s'agit d'une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. L'ordre des questions ouvertes peut varier selon l'évolution de l'entretien. Cette technique permet une grande liberté d'expression des intervenants.

Afin de réaliser le guide d'entretien, des recherches bibliographiques ont été réalisées sur les recommandations de bonnes pratiques pour l'utilisation des antalgiques opioïdes ainsi que sur la prévention et la prise en charge du mésusage d'antalgique.

Les questions du guide ont été organisées en quatre parties : la première sur les modalités de prescriptions des antalgiques opioïdes par les praticiens, la deuxième sur leurs pratiques et leurs expériences concernant le mésusage d'antalgiques opioïdes, la troisième sur l'utilisation éventuelle d'aides extérieures et la quatrième partie sur la formation des praticiens. (Annexe 1)

4. Recueil de données et interprétation

Les entretiens se sont déroulés du 21 janvier au 13 juillet 2021. Ils ont été réalisés dans la majorité des cas au cabinet des participants et au domicile pour un des participants.

L'investigatrice se présentait en début d'entretien en expliquant l'objectif de son travail de thèse et demandait aux praticiens leur accord oral afin d'enregistrer.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone et retranscrits par verbatim (Annexe 7) puis analysés de façon thématique par l'investigatrice.

Les entretiens ont été analysés de manière individuelle dans un premier temps afin d'en dégager les différentes idées. Une fois tous les entretiens analysés, une analyse globale a été réalisée afin de créer des groupes d'idées communes à tous les entretiens.

C. Données de l'Assurance Maladie

Afin d'étayer ce travail de thèse, il nous a semblé intéressant d'étudier les prescriptions d'antalgiques opioïdes dans le Calvados au cours des dernières années.

Nous avons donc contacté le Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie en novembre 2020 afin d'avoir accès aux données de santé de l'Assurance Maladie relatives à la prescription d'antalgiques opioïdes dans le Calvados (Annexe 2).

Les données demandées étaient celles des prescriptions d'antalgiques opioïdes par les médecins généralistes, les dentistes, les rhumatologues et les chirurgiens orthopédistes du Calvados au cours des 5 dernières années (2016-2020). Ces données étaient demandées en nombre de boîtes et en nombres de patients différents.

Concernant les spécialités des prescripteurs choisis, nous nous sommes basés sur l'état des lieux de la consommation d'antalgiques opioïdes publié par l'ANSM. Selon cet état des lieux, en France, en 2017, les plus gros prescripteurs d'opioïdes antalgiques sont les médecins généralistes, suivis des dentistes, des rhumatologues et enfin des chirurgiens orthopédiques (31).

Cependant, concernant les prescriptions hospitalières en secteur public, la spécialité du prescripteur n'est pas toujours précisée et le n° RPPS et/ou ADELI est parfois manquant. Dans ce cas les prescriptions ont été répertoriées en tant que « spécialité indéterminée ». Cette catégorie regroupe donc des prescriptions réalisées par des médecins généralistes, dentistes, rhumatologues, chirurgiens orthopédiques, mais aussi par tous les autres spécialistes. Par conséquent, les prescriptions hospitalières des médecins généralistes, dentistes,

rhumatologues et chirurgiens orthopédiques pour lesquelles la spécialité est identifiée sont sous-estimées.

En ce qui concerne les molécules étudiées, nous nous sommes basés sur la liste des antalgiques opioïdes disponibles en ambulatoire en 2017 en France publiée par l'ANSM, que nous avons actualisée. Concernant les opioïdes forts, nous nous sommes volontairement limités aux antalgiques opioïdes forts les plus utilisés en ville, à savoir la morphine et l'oxycodone. La liste des antalgiques opioïdes avec leur numéro Code Identifiant de Présentation (CIP) documenté via le VIDAL (Annexe 4), ainsi qu'un tableau de sortie des résultats sous forme de tableur Excel (Annexe 3) a été envoyées au Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie.

Enfin, nous avons décidé d'analyser ces données à partir de 2016, afin de pouvoir étudier l'impact de l'arrêt en vente libre des spécialités à base de codéine en 2017. Par ailleurs, le système national des données de santé permet une enquête sur la consommation de soins avec un recul maximal de quatre ans, plus l'année en cours.

Une convention a été signée entre le Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie d'une part, et l'université de Caen, la directrice de thèse, le Dr Annaïg Le Pennec et l'investigatrice d'autre part, avant la mise à disposition des données le 1^{er} juillet 2021.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude et des entretiens

Tableau 4. Caractéristiques des médecins généralistes et des entretiens

	Sexe	Âge en années	Type d'exercice	Type de cabinet	Ancienneté d'installation en années	Durée des entretiens en minutes
M1	H	57	Urbain	Groupe	25	14 min 03
M2	F	38	Urbain	Groupe	5	13 min 18
M3	H	61	Urbain	Groupe	30	19 min 02
M4	H	54	Urbain	Groupe	17	17 min 37
M5	F	43	Semi Rural	Groupe	14	16 min 20
M6	H	60	Semi Rural	Groupe	26	18 min 48
M7	F	38	Urbain	Groupe	10	16 min 33
M8	F	57	Urbain	Groupe	27	9 min 26
M9	H	38	Urbain	Groupe	8	39 min 31
M10	H	59	Semi Rural	Groupe	29	14 min 54
M11	H	36	Semi Rural	Groupe	5,5	19 min 42
M12	F	63	Urbain	Seul	29	17 min 55

L'âge moyen des médecins interrogés est de 50,3 ans. Le plus jeune ayant 36 ans et le plus âgé 63. La moyenne d'ancienneté d'installation est de 18,8 ans, allant de 5 ans à 30 ans. La majorité des médecins interrogés est de sexe masculin (58 %), exerce en groupe (92 %) et en milieu urbain (67 %).

Six médecins ont été recrutés via les connaissances de l'investigatrice. Parmi les seize médecins contactés par mail, sept ont répondu favorablement soit 44%. Malheureusement, l'un d'eux n'a finalement pas pu être interrogé faute de disponibilité. Les autres médecins n'ont pas répondu.

Les entretiens ont duré de 9 min 26 (M8) à 39 min 31 (M9) avec une moyenne de 18 min 09.

B. Modalités de prescriptions d'antalgiques opioïdes des médecins généralistes

La première partie de l'entretien nous a permis d'explorer les pratiques des praticiens concernant la prescription des antalgiques opioïdes.

1. Introduction d'un antalgique opioïde

a. *Habitudes de prescription*

Le pourcentage de la patientèle des praticiens ayant une prescription d'antalgiques opioïdes varie de 5 % à 20 %, la moyenne étant à 12,5 %. Dans notre échantillon de médecins généralistes, les habitudes de primo prescription des antalgiques opioïdes diffèrent. Ainsi certains des médecins interrogés rapportent être peu prescripteurs :

M2 : « *Moi j'ai une patientèle très jeune et je suis plutôt branchée gynéco-pédia. Donc c'est vrai que c'est pour ça que c'est pas une grosse partie de ma patientèle, je pense que ça change la donne* »

M12 : « *J'ai beaucoup d'enfants, de jeunes donc effectivement, même si on donne des opioïdes aux jeunes adultes parfois, comme j'ai une forte proportion d'enfants c'est vrai que moi dans ma patientèle il y a peu, très peu de personnes âgées.* »

D'autres prescrivent plus fréquemment :

M3 : « Je regarde surtout le palier de la douleur, si je sais que le paracétamol ne suffira pas, j'hésite pas. On nous a tous appris que fallait pas hésiter à mettre de la morphine, il y a des médecins qui sont réticents, moi je suis pas réticent du tout, donc je prescris. Je prescris quand c'est justifié ».

M11 : « Alors c'est pas mal. Surtout qu'il y a pas mal de patients âgés, mais le mésusage c'est plutôt... selon mon expérience chez mes patients, chez les patients plus jeunes. Heu... je dirais 20 %, 15-20% ».

b. Déprescription des antalgiques opioïdes

Si les médecins interrogés ne sont pas tous familiers avec le terme de « déprescription », en pratique ils prévoient dès l'initiation du traitement la fin de la prescription avec le patient selon différents critères.

La plupart des praticiens envisagent une fin de prescription après une certaine durée de prescription, au bout de laquelle une réévaluation est faite pour envisager ou non un renouvellement :

M3 : « Alors si c'est en aigu, douleurs dentaires, sciatiques ou autre, je vais le donner sur une limite, je vais le mettre une semaine, deux semaines. Des fois quand c'est des sciatiques ça peut être un peu plus long. Donc déjà je parle de la durée ».

M9 : « C'est-à-dire est ce qu'on met une dead line ? Alors systématiquement, sur toutes mes prescriptions il y a une dead line... heu... La dead line, ce que je leur dis, moi, c'est que soit c'est une réévaluation soit c'est qu'ils n'en ont plus besoin et que si y'en a plus besoin on n'est pas obligé de se revoir, mais que si on se revoit c'est pour réévaluer le truc ».

Les autres praticiens évaluent la fin de leur prescription selon la douleur du patient :

M4 : « Alors quand je leur prescris je leur explique que ce c'est pas une prescription qui est définitive, qu'il faut pas venir sans arrêt pour des renouvellements. Je fixe toujours un objectif par rapport à la douleur, et très vite je leur dis qu'il faut pas s'installer. Bon faut pas rester avec la douleur, mais néanmoins il ne faut pas s'installer dans le temps avec le médicament, le renouveler et le renouveler ».

Deux praticiens insistent sur le fait qu'il faut aborder dès l'initiation du traitement la fin de la prescription ainsi que le risque addictif :

M5 « *Je pense qu'il faut l'aborder le plus tôt possible en disant bien qu'on accompagne* ».

M8 « *Quand je leur prescris, je leur dis que c'est addictif et qu'il faudra faire attention, qu'on s'y habitue* ».

2. Renouvellement si non primo prescripteur

a. *Attitudes des praticiens*

Quasiment tous les praticiens ont dû prendre en charge des patients sous antalgiques opioïdes dont ils n'étaient pas les primo prescripteurs. L'initiation avait alors été faite par des spécialistes, souvent à l'hôpital ou en hospitalisation à domicile (HAD).

Certains des praticiens interrogés essayent alors de les arrêter rapidement :

M1 : « *J'essaye de les arrêter aussitôt !* ».

M2 : « *C'est vrai que souvent je suis assez réticente, enfin en tout cas j'engage la conversation systématiquement dessus... Enfin voilà, en faisant souligner que oui vous avez ce genre de médicament, vous en prenez depuis combien de temps ? Il serait bien de s'en débarrasser un de ces quatre, enfin j'enchaîne direct là-dessus* ».

M4 : « *Très souvent j'arrête le traitement. J'essaye de stopper la chose, qu'on ne s'installe pas dans une situation de chronicisation ou de dépendance. Je suis assez à cheval là-dessus* ».

D'autres praticiens basent leur décision sur l'évaluation de la douleur avant tout :

M5 : « *Surtout connaître l'indication, savoir si le patient est toujours douloureux. Oui parce qu'il ne s'agit pas d'arrêter un traitement si le patient est toujours douloureux* ».

Deux des praticiens rapportent avoir la même prise en charge qu'il soit primo prescripteur ou non :

M10 : « Je les gère comme les autres en fait, j'essaye de réévaluer s'ils en ont toujours besoin, comment ils le tolèrent et comment ils l'utilisent... Pareil que quand je suis le primo prescripteur en fait ».

M11 : « Je les gère très bien par contre, quand j'ai envie ou besoin de changer de molécules ou de poso je le fais, j'hésite pas du tout... Je le vis bien, que ce soit par exemple en sortant de l'hosto ou tout ça. Mais oui je dirais ça prend quand même, je sais pas, un sur trois, un truc comme ça ».

b. Antalgiques opioïdes et douleur dentaire

Concernant la prescription d'antalgiques opioïdes pour des motifs dentaires, certains praticiens reprochent à ce type de prescription d'être trop automatisé, sans réelle évaluation du patient :

M7 : « En primo prescription c'est embêtant parce que c'est des ordonnances toutes prêtes qu'ils donnent donc oui forcément c'est des gens qui commencent comme ça, qui voient un peu des effets et qui peuvent continuer après donc bon c'est dommage ».

M1 : « Je trouve ça stupide... C'est protocolisé. C'est... il n'y a plus de réflexion. J'appuie sur le bouton et j'ai mon ordonnance. Réfléchis, évalue ta douleur et après on voit ce qu'on met ».

M2 : « Alors dans ces cas-là on se rend compte très souvent que le simple Doliprane® suffit et en effet on voit beaucoup d'ordonnances... Alors hôpital je sais pas, mais dentaire oui j'en voit beaucoup qui traînent... et même les patients nous disent d'eux-mêmes « ben finalement j'ai pris qu'un simple doliprane®, ça m'a suffi ». Je pense que oui on a tendance à pas mal charger l'ordonnance quand c'est comme ça ».

M11 : « Oui c'est vrai on est amené de plus en plus à le faire parce que les dentistes ils voient de moins en moins les patients en urgence pour les soulager [...] Mais oui c'est vrai que c'est un peu une règle basique alors qu'ils sont pas tous hyperalgiques. Parfois ils ont des grosses chiques, mais ils sont pas tous hyperalgiques. Et notamment chez les jeunes je pense que ça fait partie des prescriptions d'opioïdes chez les jeunes qui pourraient être évitées ».

Pour d'autres, l'intensité des douleurs dentaires justifie l'utilisation d'un palier 2 en première intention à condition de ne pas pérenniser :

M6 : « À partir du moment où c'est ponctuel sur de l'aigu, que ce soit un anti-inflammatoire, un opioïde pur ou un dérivé comme le tramadol ça me choque pas. Si c'est huit jours, quand on est dans une douleur aiguë on donne ce qui soulage le mieux la douleur, voire même éventuellement de la morphine quand on est dans une douleur intense. Si on est sur une durée de prescription de 7 jours, je suis pas choqué. Le problème après c'est la pérennisation ».

M4 : « Alors c'est vrai que les douleurs dentaires ce sont des douleurs qui sont mal soulagées par les antalgiques habituels, c'est vrai qu'habituellement tout ce qui est Dafalgan© [...] Après il faut dire que les douleurs dentaires sont souvent fortes quand ce sont des abcès par exemple ».

3. Évolution des pratiques depuis 2017

Les praticiens ont également été interrogés sur d'éventuels changements de pratiques depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017.

La plupart des praticiens interrogés (8 sur 12) ont constaté une augmentation des demandes de prescription d'antalgiques opioïdes, dont certaines venant de patients dont ils ne soupçonnaient pas la prise de ce traitement :

M2 : « Ça fait neuf ans à peu près d'activité et j'ai vu vraiment le phénomène.... L'interdiction en pharmacie. Nous on a des patients qui sont tout de suite venus nous voir, et ce qui est fou, c'est que ces patients-là on savait pas qu'ils prenaient des opioïdes. C'est-à-dire qu'ils en prenaient à côté et qu'ils nous le disaient pas, et y'en a certains moi j'ai été surprise ».

M6 : « Ça, j'en ai eu quelques-uns comme ça, qui se sont retrouvés coincés parce que le pharmacien disait « il faut une ordonnance ». Ça m'est arrivé 2, 3 fois d'avoir des patients comme ça qui étaient coincés et dans ces cas-là...ben...on s'apercevait qu'ils boulottaient du Codoliprane© à longueur de journée ».

M9 : « Les patients qui avaient tendance à prendre de la codéine facilement qui viennent me voir pour le renouvellement... Parce que avant je les voyais pas, parce qu'ils se fournissaient sans moi ».

4. Dépistage des facteurs de risque de mésusage à l'initiation d'un antalgique opioïde

Lors de l'initiation d'un traitement antalgique opioïde, les attitudes des médecins généralistes diffèrent. Certains dépistent systématiquement les risques de mésusages avant d'introduire le traitement :

M2 : « *Alors oui je pense que j'ai une démarche de dépistage, de toute façon nos patients on les connaît bien donc y'en a certains je sais très bien qu'il faut que je les surveille. Après j'ai pas forcément d'outils* ».

M4 : « *Des outils non, mais j'essaye de dépister. Les patients on les connaît un peu, avec le temps, on les a soignés, il y a eu d'autres épisodes, d'autres prescriptions d'antalgiques. On sait très bien que c'est des gens qui d'emblée vont vous demander assez rapidement des morphiniques dès que l'occasion se présente. Ça m'est arrivé sur certains patients* ».

M5 : « *Alors j'essaye de dépister... Je n'utilise pas d'outil, mais il y a quelques éléments voilà au cours de l'interrogatoire... Ou du contexte qui vont m'orienter un petit peu* ».

Les autres praticiens n'ont pas de démarche de dépistage :

M6 : « *Les outils je connais pas trop pour le mésusage. Je pense qu'il doit y avoir des grilles... comme ça ça me vient pas. Dépister dès la première prescription non [...] en cabinet si on est sur une douleur aiguë et là pour moi il y a pas besoin d'évaluer* ».

M9 : « *J'ai pas d'outils, heu j'utilise pas d'outil pour dépister le mésusage... heu... C'est au cours de la prise en charge... Je ressens pas le besoin d'aller me dire « est ce qu'il y a... est-ce qu'ils vont déconner avec le mésusage » [...] donc je vais pas systématiquement dépister en actif avec le patient, mais je vais avoir ça en tête au cours de ma prise en charge* ».

M11 : « *Non alors je le fais absolument jamais. Et ça c'est un mea culpa. Jamais quand je les utilise, alors j'ai pas une idée de fréquence, je donne une posologie bien claire et une durée, mais par contre je les préviens jamais* ».

M12 : « *Et ben je crois que la réponse est globalement non. Non je ne mets pas en garde quand je prescris, je demande juste « dites-moi si vous supportez ou si vous supportez*

pas », je dis pas forcément que c'est quelque chose qu'on peut... consommer etc. J'ai pas d'outils ».

Aucun des médecins interrogés n'utilisait d'outil et un seul praticien avait connaissance d'un outil existant :

M5 : « Je crois que ça reprend... Il y a un outil sur ça... Mais c'est vrai que je ne l'utilise pas en systématique... Je ne l'utilise pas, mais de ce que j'avais lu c'était à peu près ça... y'avait les antécédents psychiatriques aussi ».

C. Pratiques concernant le mésusage d'antalgiques opioïdes

La deuxième partie de notre entretien étudiait les pratiques des médecins généralistes face au mésusage.

1. Facteurs de risques de mésusage

a. *Facteurs de risque identifiés par les praticiens*

Tout d'abord, même les médecins généralistes n'ayant pas de démarche de dépistage ont repéré des facteurs de risque de mésusage.

Les facteurs de risques cités par les praticiens sont :

- Les antécédents de trouble de l'usage d'une autre substance psycho active,
 - Le terrain psychologique et les comorbidités psychiatriques,
 - Certains types de douleur,
 - La consommation de somnifère,
 - Le jeune âge,
 - Le sexe masculin,
 - Le contexte psycho social.
-
- Antécédents de trouble de l'usage

Les principaux facteurs de risque identifiés sont les antécédents de trouble de l'usage d'une substance (alcool, tabac, benzodiazépines étant majoritairement cités) et plus particulièrement des opiacés :

M7 : « Donc oui les patients psy clairement, ou avec des antécédents de toxicomanie ou des antécédents de prise de médicaments ou benzo de façon inappropriée... après heu... voilà. C'est ça que je repère ».

M4 : « Et bien à travers le passé un peu, et puis souvent malheureusement, alors on va pas nommer, c'est pas toutes les personnes, mais souvent bien évidemment ce sont les toxicos où il faut par exemple se méfier, qui présentent parfois des douleurs, des lombalgies par exemple, qui nécessitent des traitements costauds. Chez eux je reste quand même extrêmement prudent, mais y'a pas que ça. On voit aussi chez des personnes de tout âge [...] C'est toujours pareil c'est les patients qui dans le passé ont eu des mésusages aux produits ».

M10 : « Alors les facteurs de risque qu'on peut repérer dans la patientèle ça serait les gens peut être qui ont d'autres... qui ont tendance à avoir d'autres toxicomanies genre tabac, alcool, les choses comme ça... Donc ils ont peut-être plus tendance à utiliser de façon incohérente les médicaments ».

- Terrain psychologique et comorbidités psychiatriques

Parmi les autres facteurs de risque repérés, nous retrouvons le terrain psychologique et psychiatrique :

M6 : « Ce sont quand même des profils psychologiques particuliers, comme tous les addicts, que ce soit le tabac, les anxiolytiques, les hypnotiques, l'alcool et les stupéfiants. C'est un profil assez addict, après je suis pas psychiatre ou psychologue, mais souvent ça correspond à des terrains de frustration, d'immaturité, de compensation un peu... ».

M7 : « C'est plus des personnalités de patients qu'on repère de façon instinctive, genre un peu, pathologies psychiatriques, ou qui ont des antécédents de toxicomanie ou des choses comme ça où je vais me dire « oulala non là je vais peut-être pas lui mettre ça » ».

M10 « Et puis certains patients... des profils psychologiques un peu particuliers qu'on repère... soit qui ont un trouble anxieux ou un peu borderline qui eux par contre risquent de faire n'importe quoi ».

M11 : « Ou les tempéraments un peu addicts : les gens qui conduisent à bloc, qui bossent comme des dingues, qui changent de femmes tous les quarts d'heure... voilà... ou d'hommes ! ».

- Types de douleur

Sont également cités certains types de douleur.

Un des praticiens évoque la douleur intense et mal soulagée comme un facteur de risque de mésusage :

M12 : « *Spontanément je dirais la douleur intense qui a déjà pas été calmée dans un premier temps, par des antalgiques premiers paliers ou autres. Et là le patient a perdu patience, c'est le cas de le dire, et je crois que c'est là le risque. S'il est bien soulagé, après ne pas avoir été soulagé par autre chose, c'est à mon avis là le risque de surconsommation* ».

Un autre décrit les patients polyalgiques comme étant plus à risque de mésuser :

M4 : « *Alors oui des facteurs de risque, je dirais que c'est souvent des patients polyalgiques qui consultent facilement et qui ont la demande d'antalgique assez facile, et qui d'emblée vous abordent en disant « ne me mettez pas que du doliprane, le Doliprane© ne me fait rien » ».*

Pour un des praticiens, les lombalgies chroniques sont repérées comme étant plus à risque de mésusage :

M1 : « *Le seul que je verrais c'est le lombalgique. [...] la pathologie la plus récurrente c'est... je trouve... là où c'est le plus compliqué d'arrêter le tramadol, c'est pour la lombalgie chronique* ».

- Consommation de somnifère

La consommation de somnifère est considérée comme un facteur de risque par l'un des praticiens :

M2 : « *Alors un profil par leurs antécédents, pas forcément médicaux, mais leurs antécédents de prise de médicament ou... heu... Typiquement ceux qui nous réclament des somnifères, je sais qu'il faut que je fasse très attention, ceux qui sont très branchés médicaments* ».

- L'âge et le sexe des patients

Deux des praticiens identifient le sexe masculin ainsi que le jeune âge comme des facteurs de risque de mésusage :

M5 : « *Le fait que ce soit un homme, qui ait des antécédents de mésusage, d'addiction... des antécédents de violence... heu.. et c'est essentiellement l'âge... les hommes jeunes dont il faut faire attention* ».

M11 : « *Jeune oui plutôt jeune, à mon avis, enfin de mon expérience aussi parce que j'ai une patiente jeune. Leur jeune âge et leur conduite addictive* »

- Le contexte social

M9 : « *Après il y a tout ce qui a autour, il y a la famille, le contexte, le contexte de vie... ici c'est quand même un quartier difficile... très pauvre... beaucoup de psychiatrie...heu... beaucoup de social aussi, on a plus de 25 % de complémentaire santé solidaire, donc c'est énorme... heu... donc le contexte voilà, social qui peut faire que la douleur elle est ressentie plus douloureusement parce qu'elle exprime aussi autre chose derrière, c'est pas que des douleurs physiques* ».

- Absence de critère particulier

Enfin, deux praticiens rapportent ne pas identifier de véritable facteur de risque, le mésusage pouvant toucher tout type de patient :

M8 : « *Mon expérience fait que tout le monde peut être addict au tramadol. Je suis pas certaine que ce soit... non je dirais non* ».

M9 : « *On peut être surpris, certains patients peuvent avoir une sensibilité aux paliers 2 et aux codéinés qu'on n'avait pas supputé alors que d'autres personnes qui pourraient être étiquetées plus à risque de mésusage comme on nous l'a appris dans le cursus médical, justement pour avoir utilisé d'autres substances ou avoir eu d'autres mésusages par le passé, ils vont pas y aller* ».

b. Attitude si présence de facteurs de risque de mésusage

Si un risque de mésusage est dépisté par le praticien, les attitudes sont différentes concernant la prescription ou non de l'antalgique opioïde.

La moitié des praticiens est réticente à l'idée de prescrire des antalgiques opioïdes à un patient ayant des facteurs de risque de mésusage. Ils vont éviter de les prescrire ou seulement en dernier recours avec des précautions :

M1 : « Dès que j'ai un patient qui a été addict à quelque chose, je ne prescris pas. Je mets des myorelaxants, non remboursés comme ça, ça m'embête plus, et puis... je vais utiliser des produits... on va dire... sans activité centrale dans la mesure du possible ».

M2 : « Y'en a certains je vais éviter de leur prescrire, clairement je vais trouver une parade pour essayer de pas leur prescrire ».

M10 : « C'est vrai qu'il y a certains patients à qui j'évite de prescrire des opioïdes parce que je sais que ça va mal se passer, mais si vraiment je suis obligé j'essaye de faire des très très courtes périodes pour éviter justement qu'ils rentrent dans un cercle vicieux ».

M7 : « J'essaye de pas le prescrire si je peux ne pas le prescrire. Après si effectivement j'ai pas le choix... alors oui je vais le faire, mais sur une durée très restreinte ».

Un des praticien prescrit même en présence de facteur de risque de mésusage mais sur des durées plus courtes :

M11 : « Alors eux c'est peut-être la petite exception auxquels... alors je leur dis pas forcément « faites gaffe ça va être dur etc », mais auxquels je fais super gaffe aux durées de prescription, je sais qu'ils en auront pas pour longtemps eux. Ça sera 7 jours ou 5 jours et... oui. Mon seul truc c'est ça, de verrouiller les ordonnances avec des durées courtes ».

Pour les autres médecins généralistes, la priorité est le soulagement de la douleur, qu'il existe un risque de mésusage ou non :

M3 : « Je regarde surtout le palier de la douleur. Si je sais que le paracétamol ne suffira pas, j'hésite pas. On nous a tous appris que fallait pas hésiter à mettre de la morphine, il y a des médecins qui sont réticents, moi je suis pas réticent du tout, donc je prescris. Je

prescrit quand c'est justifié.» « j'hésite pas à mettre des médicaments parce que je veux soulager le patient, ça c'est un impératif fort ».

M4 : *« Je ne prive pas les gens, je ne veux pas laisser les gens souffrir ».*

Nous retrouvons chez un des praticiens (M12) une ambivalence dans la volonté de soulager le patient malgré la présence de facteurs de risque : *« Ça ne va pas m'empêcher d'en prescrire même si je sais que c'est un patient qui risque d'en consommer longtemps... Si je dois le soulager, je le soulage ».* Cependant ce même médecin rapporte également ne pas prescrire d'antalgiques opioïdes aux patients présentant des antécédents de toxicomanie. Il précise également que, souvent, ce sont les patients eux-mêmes qui refusent qu'on leur prescrive ce type de traitement.

Un praticien décrit avoir la même pratique de prescription qu'il y ait ou non un risque de mésusage :

M9 : *« Je pense pas faire ni plus ni moins. Je pense que je mets le même cadre pour tout le monde et après je vois comment le patient lui s'adapte au cadre qu'on propose ».*

2. Concernant le repérage et la prise en charge du mésusage

a. Types de mésusage repérés par les médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés ont été confrontés à plusieurs types de mésusage.

- Bénéfices secondaires

Le type de mésusage le plus fréquemment repéré par les praticiens est la consommation d'antalgiques opioïdes pour un autre motif que la douleur. Le motif initial de prescription est alors petit à petit oublié. Les principaux effets recherchés cités sont l'effet sédatif et anxiolytique :

M3 : *« Des fois je me fais avoir, avec des patients qui continuent le traitement parce qu'ils se sentent mieux avec, ils dorment mieux avec... C'est pas facile ».*

M4 : *« Alors c'est pour des motifs très variables, y'en a qui prennent ça pour dormir, ce sont des accros des somnifères, des fois ils prennent ça pour des douleurs, mais qui sont pas vraiment des douleurs, pour de l'anxiété et parfois même j'ai eu des gens qui ont des toux chroniques qui prennent ça... [...] ça m'était arrivé avec des patients que j'ai dû ne*

pas voir parce qu'ils sont venus voir des remplaçants, et qui sont sous opioïdes depuis 5 ou 6 mois alors qu'en fait le motif initial a complètement été zappé ».

M9 : « S'il y en a un qui est encore sous codéine, mais pour des douleurs chroniques, enfin ouais... il cherche un effet psychotrope plus qu'autre chose » « Après il y a un effet psychotrope des opioïdes qui fait que certains n'arrivent pas à s'en débarrasser, et ils recherchent un petit peu aussi cet effet shoot ».

- Surconsommation

Les praticiens décrivent également une surconsommation de la part de certains patients :

M6 : « Et ben souvent c'est les gens qui augmentent d'eux même, un peu comme les anxiolytiques, comme avec les somnifères. Dans ces cas-là, à partir du moment où il y a eu une augmentation de dose, là on peut se demander si on ne tombe pas dans le mésusage. La prescription n'est pas adaptée parce que quelque part, le patient de lui-même augmente ».

- Nomadisme médical

Le nomadisme médical avec la recherche de multiples prescripteurs est également repéré par les praticiens :

M2 : « Typiquement oui j'ai un patient qui est migraineux et qui boulotte du tramadol... Je me suis rendue compte qu'il en boulotait parce qu'il fait plusieurs médecins ».

M6 : « J'avais une dame comme ça, comme tous ces gens qui sont un peu compliqués, elle me voyait, et après elle est allée voir un autre médecin. Elle était capable de faire 40 km pour voir des médecins, pour tourner ».

M8 : « Ça m'est arrivé une fois, ben avec cette dame-là justement. Alors en fait elle m'avait demandé du tramadol, elle avait été voir un autre confrère qui avait redonné du tramadol en disant que j'étais pas là, et du coup ben elle s'est retrouvée à prendre plus de 200mg de tramadol ».

- Falsification d'ordonnance et trafic

Certains médecins ont également été confrontés à de la falsification d'ordonnance et un des praticiens à du trafic de médicaments :

M3 : « *J'ai eu le cas d'un pharmacien qui m'a appelé il y a 15 jours pour une dame qui prenait de l'Ixprim©, elle en avait eu besoin à un moment pour une douleur aiguë, et puis elle venait chercher son ordonnance, il y avait du trafic d'ordonnance.* » « *Il y a un mésusage évident, là aussi le pharmacien qui m'a appelé, elle apportait des photocopies d'ordonnance, donc là elle avait un comportement addictif* ».

M4 : « *Oui j'ai même deux de mes patients qui collectionnaient, qui ont vendu leur produit, des tramadol des choses comme ça* ».

- Mauvaise compréhension du traitement

Deux des médecins interrogés rapportent des cas de mésusage dus à la mauvaise compréhension du traitement par les patients :

M10 : « *J'ai eu des fois des surprises comme ça, des gens qui l'utilisaient mal. En fait c'était pas sciemment qu'ils le mésusaient, mais je voyais que ça correspondait pas aux quantités prescrites. En fait ils se retrouvaient toujours à court, je leur demandais comment ils l'utilisaient et en fait ils l'utilisaient mal* ».

- Pharmacodépendance

Enfin, même en l'absence de mésusage, beaucoup de médecins décrivent des cas de pharmaco-dépendance aux antalgiques opioïdes, se traduisant par des phénomènes de tolérance et de syndrome de sevrage :

M3 : « *J'ai en mémoire une dame cancer du sein qui a eu des douleurs après sa mastectomie et tout ça, et elle, elle vient chercher tous les mois son tramadol, j'essaye de la faire diminuer, et dès que j'essaye de diminuer la moindre dose, elle me dit que ça va pas, qu'elle doit en prendre plus* ».

M4 : « *Et après parfois on sent que c'est de la dépendance parce que les gens disent « moi j'en prends parce que j'en ai toujours pris » les gens ne savent pas quelle est la vraie raison, pourquoi ils en prenaient [...] les gens avaient tendance à le prendre bien*

évidemment avec une escalade et au bout d'un certain temps on sentait qu'il y avait une dépendance [...]. D'ailleurs ils disent très souvent « il va falloir augmenter mon truc parce que ça ne me fait plus rien » et c'est là qu'on sent qu'il y a une certaine dépendance et je leur dis vous êtes dépendants ».

M12 : « J'ai une patiente [...] qui prend 5 ou 6 suppos de Lamaline© par jour, plus si je me souviens bien des gélules en plus, [...] qui prenait ça quand je l'ai rencontrée, quand je l'ai soignée et incapable de baisser la dose. » « Même si je lui redis à chaque fois que c'est beaucoup : ah oui, mais docteur si vous diminuez la dose c'est pas possible ».

b. Repérage du mésusage

Les praticiens sont vigilants à certains signes d'alerte qui pourraient évoquer un mésusage.

- Renouvellement trop précoce

Beaucoup de praticiens interrogés ont rapporté avoir suspecté un mésusage en cas de demande de renouvellement trop rapide d'un antalgique opioïde ou ne correspondant pas à la durée prescrite :

M5 : « C'est des patients qui revenaient de façon anticipée par rapport à la durée de prescription que j'avais prescrite, que j'avais faite, et qui revenaient plus tôt et qui étaient très insistants. Alors y'avait parfois des motifs de consultation un peu détournés alors qu'en fait le motif principal de consultation c'était le renouvellement... Ils étaient très regardants sur la posologie, sur le nombre de comprimés que je pouvais prescrire ».

M7 : « De toute façon on voit bien, les gens qui viennent à un renouvellement au bout de 3 mois s'ils viennent au bout de 4 mois c'est qu'il y a un problème enfin voilà donc heu après heu voilà c'est plus sur la durée des ordonnances, le nombre de comprimés qu'on a délivré, c'est plus sur ça ».

- Alerte du pharmacien

Les pharmaciens sont cités par beaucoup de praticiens comme un allié précieux dans la prise en charge du mésusage, mais également pour son repérage :

M7 : « Et puis avec la pharmacie nous on a beaucoup de liens, on est très rapprochés. Dès qu'il y a des choses qu'ils soupçonnent, s'ils se disent « oulala il m'a redemandé alors

que c'était pas prescrit » ou voilà ils nous rappellent tout de suite et du coup on est très en lien avec la pharmacie c'est pratique. Bah ça permet de dépister ces gens-là justement et puis d'éviter de faire surdosages... donc voilà on est assez pointus là-dessus ».

M10 : « Alors soit je les ai repérés justement parce qu'il y avait une discordance soit c'est le pharmacien qui me prévient, « tiens c'est bizarre, untel est revenu chercher une boîte alors qu'il avait eu son nombre » ou... généralement c'est le pharmacien ou l'infirmière de temps en temps, mais c'est plutôt le pharmacien qui peut nous avertir, donc c'est là qu'on est alerté en général ».

- Données de remboursement de la carte vitale

Les praticiens peuvent également consulter l'historique des remboursements d'un patient via sa carte vitale :

M2 : « Je me suis rendue compte qu'il en bouloittait parce qu'il fait plusieurs médecins, et en fait c'est un jour par hasard en allant voir sur les dépenses de santé grâce à sa carte vitale, avec son accord, l'historique de la pharmacie, et là je me suis rendue compte qu'il avait des prescriptions d'autres médecins ».

M9 : « On leur prescrit les antalgiques sur une certaine durée, et on les revoit bien au-delà [...] Et puis un jour on va checker les données de remboursement en douce pendant qu'on en discute et puis on voit bien qu'il y a une prescription entre-deux. Et on leur demande où est-ce qu'ils sont allés se faire prescrire ».

- Interrogatoire du patient

Les praticiens s'appuient également sur leur interrogatoire pour repérer des situations de mésusages :

M7 : « Ben à l'interrogatoire, moi je leur demande systématiquement « comment vous l'avez pris, est ce que vous l'avez pris systématiquement, est ce que vous en avez pris plus ? » Alors y'a des gens qui nous disent « ah ben oui j'en ai pris tant tant tant » alors je dis que ça va pas. Donc voilà, moi je les questionne sur l'observance médicamenteuse, que ce soit pour n'importe quel traitement ».

M 10 : « *Ceux avec qui j'ai des doutes à ce moment-là je leur demande comment ils le prennent, comment ils l'utilisent* ».

- Information par un proche du patient

Enfin, un des praticiens a été informé par un proche du patient :

M11 : « *C'était tellement important, ça avait tellement de grandes conséquences que c'est sa mère qui m'en a parlé. Donc moi j'avais rien repéré* ».

c. *Prise en charge du mésusage*

Plusieurs stratégies sont utilisées par les praticiens pour prendre en charge les cas de mésusages d'antalgiques opioïdes.

- Explication et discussion avec le patient

Pour la majorité des praticiens, la prise en charge débute par un entretien avec le patient afin de faire le point sur son mésusage pour comprendre ce qui l'a entraîné. Il s'agit également de lui ré-expliquer comment prendre le traitement et les risques encourus dus au mésusage :

M4 : « *Je leur explique tout simplement, je reprends l'histoire à zéro. Je leur dis on est parti de là, souvenez-vous pourquoi je vous ai prescrit ça, [...] Et je leur dis il va falloir impérativement arrêter parce que vous en prenez pas parce que vous avez mal, mais parce que vous êtes dépendants, votre corps réclame et vous êtes tombés dans une sorte de mésusage. Mais il faut expliquer, ça prend du temps, parfois c'est un peu sport* ».

M9 : « *Ben on fait le point sur qu'est-ce qui a provoqué ce mésusage et comment on peut en sortir, et est-ce qu'on est d'accord sur la prise en charge ou pas, parce qu'ils ont le droit de pas être d'accord avec ma prise en charge et de se dire que je sous-traite, que je traite pas bien ou que j'ai pas fait le bon bilan.* » « *Enfin ils ont le droit d'avoir plein de raisons, mais à un moment faut qu'on joue cartes sur table, qu'on sache est-ce qu'on va être d'accord ou pas sur la prise en charge, et puis voir ensemble pour que ça aille mieux* ».

M10 : « *Alors la prise en charge c'est de revoir avec le patient, déjà de voir comment ça se passe, de lui ré-expliquer les posologies* ».

- Contrôle de la prescription et de la délivrance

Afin de limiter le mésusage, certains praticiens vont contrôler la prise de leur patient grâce à leur prescription afin de diminuer et limiter la consommation d'antalgiques opioïdes :

M1 : « *Il a fallu déjà restreindre les boîtes, [...] maintenant c'est prescription contrôlée, c'est une boîte point. Donc je lui dis « Vous en avez trente dedans. Vous vous débrouillez, je n'en mettrai pas plus » ».*

M4 : « *Je mets bien les cadres, je les accompagne. J'évite de prescrire des traitements longs avec des renouvellements. Ein bien évidemment je ne parle pas pour les morphiniques, mais pour les paliers 2. Et je leur demande régulièrement d'évaluer et je mets des quantités limitées avec un nombre de boîtes limité pour leur montrer que c'est pas open-bar en mode « j'en prends quand je veux » et surtout pas à renouveler. Du coup je fais ça et je réévalue assez rapidement ».*

M9 : « *Petit à petit j'essaye de faire diminuer les doses. » « Et finalement je lui prescris deux tiers de doses en sachant qu'il y a un mésusage, je lui prescris sur 1 mois et je la revois au bout de 3 semaines. Mais comme ça on contrôle son mésusage, c'est-à-dire qu'on sait qu'elle est dans des doses thérapeutiques, elle est pas dans des doses toxiques. Que je devrais pas la voir... que si elle respectait mes prescriptions je devrais la voir toutes les 4 semaines, mais comme elle abuse je la vois toutes les 3 semaines ».*

Le contrôle de la délivrance est également utilisé par plusieurs médecins. Soit en resserrant la délivrance à la pharmacie soit en faisant délivrer le traitement par un(e) infirmier(e) à domicile :

M10 : « *La prise en charge c'est [...] de lui prescrire une délivrance soit journalière soit hebdomadaire, du coup on raccourcit, on s'arrange avec le pharmacien. Je lui dis qu'il ira voir le pharmacien, soit toutes les semaines, soit vraiment tous les jours si c'est vraiment un gros risque. J'ai quelques patients qui sont obligés d'aller chez le pharmacien comme ça chercher leurs comprimés tous les jours... comme ça, ça évite les dérapages. Je trouve que c'est la méthode plus contraignante pour le patient, mais la plus rigoureuse et la plus efficace ».*

M11 : « *Clairement c'est les infirmières à la maison, ça marche super bien. [...] Les infirmières moi dès que je peux le faire accepter par mes patients, même ceux qui sont valides et tout je les envoie. Elles sont contentes de le faire, ça fait du suivi ».*

- Alternatives thérapeutiques

Les alternatives non médicamenteuses, notamment la psychothérapie et l'hypnothérapie sont souvent évoquées par les praticiens comme outils de prise en charge. D'autres médicaments antalgiques non opioïdes sont également utilisés :

M1 : *« Utiliser moins de médicamenteux et moins de... enfin la psychothérapie, la physiothérapie, de l'hypnose... Je sais pas moi, tout ce qui peut être non médicamenteux : du traitement non médicamenteux ».*

M6 : *« Éventuellement, mais ça c'est tout l'arsenal de la douleur chronique, les traitements non médicamenteux, le TENS [neurostimulation électrique transcutanée] et tout ça et éventuellement ce qui marche pas mal, ça c'est ce que j'avais retenu, c'est le Laroxyl®, sur les terrains addicts, en général ça ils aiment bien au CETD [Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur], ils essayent de diminuer la charge antalgique en mettant du Laroxyl®. En plus de la prise en charge du profil bien sûr et des attentes ».*

M10 : *« Mais l'hypnothérapie pourrait m'aider là-dessus, je cherche pas à faire de l'hypnothérapie pour faire de l'hypnothérapie. J'ai des hypnothérapeutes quand j'arrive à faire entendre aux patients que ça pourrait l'aider si je pense que ça peut les aider, mais sur des patients peu adhérents, je pense que sur des petites thérapies brèves... heu... ça peut peut-être avoir un impact ».*

- Explorations étiologiques

Le mésusage est également vu comme le symptôme révélateur d'une douleur mal soulagée à cause d'une mauvaise orientation diagnostique. L'approfondissement de l'exploration étiologique fait donc partie également la prise en charge :

M6 : *« Si la personne ne va pas mieux au bout de 7 à 10 jours, c'est que d'une part on soulage pas, ou s'il est parfaitement soulagé, mais qu'il ne peut plus s'en passer, dans ces cas-là il faut revoir, car le traitement antalgique n'est qu'un traitement symptomatique et si il y a une pérennisation du besoin c'est que quelque part on est pas assez étiologique ».*

M9 : *« Si on se revoit pour un renouvellement c'est qu'il va falloir qu'on change notre façon de voir les choses parce que si ça n'a pas marché sur la durée prévue c'est qu'il faudra*

une imagerie, faudra un examen complémentaire, il faudra un autre type de mesure ou il faudra juste diminuer petit à petit ».

Un des praticiens évoque que des douleurs persistances peuvent être dues à l'hyperalgésie induite par les opioïdes :

M2 : « Au final je l'ai renvoyé chez le spécialiste pour ses migraines qui a un peu refait le point et qui du coup a introduit un traitement bien spécifique de la migraine. Alors on se demandait si au final ses migraines elles n'étaient pas dues à cet abus ».

- Consultations spécialisées

Le recours vers des consultations spécialisées est largement utilisé par les praticiens lorsqu'ils constatent un mésusage.

Les aides extérieures les plus utilisées sont, selon les praticiens, un CETD, ou un centre d'addictologie :

M3 : « C'est un peu comme les somnifères, ou les benzo, il faut avoir une consultation dédiée, addicto, parce que dans ces cas-là on est parti dans un système et nous ça va être compliqué ».

M11 : « De toute façon moi globalement je les envoie au centre addicto au CHU [Centre Hospitalier Universitaire] quand j'ai des problèmes, que ce soit pour l'alcool ou pour les médocs. Globalement c'est assez confortable pour les médecins traitants parce que c'est clé en main quoi... On les adresse pour la première consult et après ils ont leur suivi... Ils le font, ils le font pas, mais ils sont checkés... Mon habitude c'est le CHR [Centre Hospitalier Régional] à Caen... y'a heu, mais c'était pour l'alcool, qui est assez bien... le... hmm... à Caen le CSAPA [Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie] ? Le CSAPA c'est bien aussi parce qu'il y a des... je crois, de mon souvenir c'est facile d'avoir des premiers rendez-vous. Ils ont des consultations sans rendez-vous ou ils ont des consults rapides. » « Je pense que ça marche mieux quand c'est pluridisciplinaire, ils ont besoin de voir un psychologue, de voir une infirmière.... Souvent d'être pris par la main, d'avoir des consultations très fréquentes ».

M7 : « Ils proposent dans les centres anti-douleur des cures pour faire du sevrage ou des choses comme ça quand on est vraiment en difficulté donc de ce côté-là ça va ».

M9 : « Si le traitement ne soulage pas le patient, on va essayer plusieurs choses et notamment on va les adresser au centre d'évaluation et de traitement de la douleur, parce qu'ils auront de la méso, ils auront de l'acupuncture, ils auront la psychologue, la psychiatre plus facile... heu et pris en charge aussi ça va aider, heu et puis ça permet aussi de ramener un œil neuf aussi. On vérifie qu'on a bien fait tout le bilan, qu'il y a pas des imageries où on serait passé à côté, un avis spé où on serait passé à côté. Donc je bosse pas mal avec eux quand c'est plus possible ».

Un des praticiens décrit également avoir adressé un patient qui mésusait un antalgique opioïde sur des douleurs de migraines à un neurologue. Un autre praticien rapporte orienter facilement ses patients chez le rhumatologue.

- Préserver le lien avec le patient

Certains médecins insistent sur le fait que la prise en charge ne peut pas se faire sans l'accord du patient, sans sa participation active aux soins :

M9 : « On peut pas traiter les gens malgré eux et quand c'est mettre en place des mesures physiques, des habitudes de vie, des ré adaptations de poste... On peut pas le faire à leur place ».

M3 : « Par exemple pour la petite de 20 ans qui a été vue par le médecin de la douleur, elle a pas du tout supporté, c'était pas son médecin habituel, c'était un remplaçant qui a toute de suite diminué les doses sur les ordonnances. Elle est venue me voir 2 jours après en me disant « je comprends pas pourquoi il m'a reçue comme ça en me disant qu'il allait diminuer les doses ». Il n'avait pas son accord. Il a imposé ça avec une ordonnance et elle elle m'a dit « je comprends pas il a dit ça, que je devais faire ça, mais moi j'ai besoin » donc ça suffit pas ».

Cependant, un médecin souligne également que le mésusage, surtout quand il est volontaire et important, peut fragiliser cette relation médecin-malade :

M4 : « Alors déjà je les avertis, et après malheureusement moi très souvent je suis un peu intransigeant avec ça et je leur dis que c'est un peu trahir la confiance du médecin et que ça remet en question toute la prise en charge, et très souvent, pas que je m'en débarrasse, mais je fais comprendre que la relation de confiance n'existe pas ».

- Évolution de la prise en charge

La prise en charge du mésusage a pu changer et évoluer chez certains praticiens au fil de leurs expériences. Ainsi quasiment tous les médecins généralistes interrogés ont décrit avoir modifié leurs pratiques suite à des constatations de mésusage.

Beaucoup rapportent être plus prudents dans l'introduction et le suivi de patient sous antalgiques opioïdes :

M4 : « *Je suis plus prudent, j'avoue vraiment que, c'est peut-être pas bien, mais que je reste très prudent chez certains patients, que avant je dégainais facilement la morphine pour quoi que ce soit. Je dis pas que je le fais plus maintenant, mais en tenant compte du profil de certains patients. Certains jeunes, enfin voilà, je sais bien que des fois c'est pas facile de les sevrer donc vraiment je fais le pour et le contre pour bien peser avant de les prescrire en fait* ».

M10 : « *Peut-être que je suis plus vigilant depuis que... Enfin que j'ai été confronté quelques fois à cette situation, je suis peut-être un peu plus vigilant depuis... Peut-être qu'avant je me méfiais moins* ».

3. Freins et aides identifiés par les praticiens

Les praticiens interrogés nous ont fait part de plusieurs difficultés qui les freinent dans la prévention, le repérage et la prise en charge du mésusage d'antalgiques opioïdes. Ils ont également rapporté des leviers qui les aidaient dans cette situation.

a. *Freins*

Les freins exprimés par les médecins sont des difficultés liées au patient, à la pathologie douloureuse sous-jacente, à l'organisation du soin en médecine générale ou encore liées au praticien.

a) Difficultés liées au patient

- Difficultés relationnelles

Certains praticiens se sentent en difficulté dans leur relation avec les patients qui mésusent. Les relations sont parfois conflictuelles et les patients peuvent également éviter la confrontation avec

le médecin et ne voir que des remplaçants. Certains patients manqueraient également de sincérité dans ce type de problématique :

M1 : *« C'est lui qui a été dans le conflit dès le début [...], il s'arrange à pas prendre de rendez-vous avec moi. Il a fait ça avec mes internes. Il vient quand c'est pas moi ».*

M3 : *« Parce qu'à la limite dire non je vous le fais pas, c'est facile, j'ai des collègues qui font ça, mais du coup le patient il change de médecin c'est sûr, il change et il va en trouver un qui fera ce qu'il veut ça c'est sûr. Donc si on veut garder des liens corrects, surtout si le lien est bon par ailleurs, c'est un peu dommage de perdre le lien, je vais pas lui balancer « je vous soigne plus parce que vous voulez plus me suivre », je suis pas comme ça ».*

M4 : *« On voit bien que les gens vous évitent, parce que quand ils viennent vous voir vous dites « je trouve quand même que vous en avez beaucoup, vous avez toujours autant mal ? » alors on a toujours ce genre de réflexions « on voit bien que c'est pas vous qui souffrez » alors c'est renvoyer la balle pour faire culpabiliser ».*

M5 : *« Je suis en difficulté pour diminuer voire pour arrêter ces traitements. Parce que les patients ne veulent pas, il y a toujours des raisons... alors heu s'ils repèrent que mon motif principal pour renouveler c'est la douleur... ben ils prétexteront... enfin je pense pas que ça soit forcément très sincère dans ces cas-là ».*

Certains praticiens décrivent également une difficulté pour faire accepter des alternatives thérapeutiques aux patients :

M1 : *« En face de moi j'ai des gens, comme on a tous, très demandeurs...donc... heu... sur le plan thérapeutique on a ça, ils refusent les prises en charge soit type physio, ou kinésithérapie, psychothérapie on n'en parle pas parce que d'une part « de toute façon je suis pas fou » ».*

M2 : *« Pour le moindre souci ils vont réclamer des médicaments et si je leur propose autre chose qu'un médicament ça sera le refus systématique. Je vais me méfier sur ce genre de profil. » « Le refus du patient, enfin le refus... l'insistance en fait du patient à vouloir absolument sa dose... ça c'est quelque chose de compliqué ».*

Enfin, certains patients peuvent arrêter de venir voir le praticien si celui-ci ne prescrit pas les traitements qu'il souhaiterait :

M2 : « *Après peut-être que ça fait aussi le tri dans la patientèle, clairement, donc des gens ne viennent plus me voir à cause de ça. Et c'est pareil pour les opioïdes, j'essaye d'en prescrire le moins possible* ».

M9 : « *Mais je suis pas un médecin dit « dealer » où je me dis bah c'est leur vie, ils se soulagent avec ce qu'ils veulent [...] moi je suis pas là pour faire de la médecine et après derrière vous allez voir un dealer pour vous faire prescrire le truc juste pour qu'il soit remboursé, ça ça me convient pas. Heu donc ils le savent. Certains finissent par ne plus venir me voir parce qu'ils cherchent juste des opiacés et ils les trouvent ailleurs* ».

Afin d'éviter la confrontation avec le médecin, les demandes de prescription sont régulièrement faites en fin de consultation :

M1 : « *C'est toujours à la fin de la consultation. Au moment où tu plies, tu as la main sur la poignée « au fait je peux avoir une boîte de codéine ? ». « Et comme tu as envie de t'en débarrasser, tu rajoutes deux, trois boîtes ou tu mets pour un mois et te fais piéger* ».

M4 : « *Alors oui parce que maintenant on en a des demandes régulièrement, je dirais des prescriptions sauvages de gens qui demandent comme ça sans motif en fin de consultation, ça m'est arrivé plusieurs fois* ».

- Patients gériatriques

Par ailleurs, certains praticiens décrivent une difficulté particulière concernant les patients gériatriques :

M9 : « *Après autant je vais leur serrer la vis quand ils sont plus jeunes, autant... à 75 ans... je vais garder peut-être une ou deux gélules d'opioïdes par jour parce que... ben ils sont enkystés par leur prise en charge antérieure et on peut pas... y'en a qu'on peut rééduquer et d'autres où ça va bloquer à un moment* ».

M4 : « *Et puis même des fois chez des personnes âgées aussi chez qui j'ai prescrit de la morphine, chez qui j'ai eu beaucoup de mal à l'arrêter* ».

Les médecins interrogés décrivent une consommation d'opioïdes antalgiques très importante dans ce type de population :

M6 : « *En gériatrie.... Là il y a beaucoup de mésusage... et à mon avis j'en fais partie. Des gens, des personnes âgées, à qui on donne assez facilement... ben du tramadol, [...] le tramadol en gériatrie on le prescrit assez facilement. [...] Et je pense qu'on a un regard sur la douleur de la personne âgée un peu compassionnelle on se dit « oh la pauvre dame on va pas l'embêter avec ses douleurs donc on peut donner ».* Je pense qu'on donne beaucoup trop aux personnes âgées. Et je suis pas le dernier à prescrire ».

M12 : « *Je pense que dans ma pratique il y a tellement de vieux qui ont ou du tramadol ou des opioïdes, ou oui, de la codéine.... Ouais tramadol je sais pas combien on en voit dans la journée ».*

- Aspect financier

Enfin, parmi les difficultés de prise en charge liées aux patients, les praticiens citent également l'aspect financier, notamment des alternatives thérapeutiques :

M1 : « *D'autre part il y a le côté financier qui les freine, même si on essaye de leur dire avec leur mutuelle : vous voyez des fois les mutuelles elles prennent 3 consults... donc des formations j'ai essayé... mais heu... ça m'a pas beaucoup avancé ».*

M6 : « *Les psychologues on a très vite le frein financier. Parce que ça, dire à quelqu'un qui est dans les produits, qu'il va falloir aller voir un psychologue à 40 € la séance, ça va servir à rien ».*

b) Difficultés dues à la pathologie douloureuse et à la pharmaco-dépendance

La problématique douloureuse est difficile à gérer dans les situations de mésusage. En effet, la diminution ou l'arrêt du traitement expose le patient à un risque de recrudescence de sa douleur due à une étiologie douloureuse encore présente :

M3 : « *Donc je suis un peu balancé, parce que je me dis il faut soulager le patient. Hors de question que je laisse le patient sortir avec juste du paracétamol quand il a très mal, quand il a une EVA à 4-5. » « Le but c'est de la soulager, mais bon... Evidemment elle vient chercher sa prescription si on lui dit je vous en mets pas... Alors souvent je diminue les doses et après elle me rappelle parce que ça a pas marché, faut remettre plus fort, l'HAD rappelle parce qu'elle est toujours douloureuse et qu'est-ce qu'on fait ? ».*

M5 : « *Quand le patient il me dit qu'il a mal, c'est vrai que je suis un peu dans l'impasse et que je vais pas le laisser sans traitement, mais ça me paraît pas toujours justifié pour certains patients. Et c'est ça la difficulté, de savoir quand c'est justifié ou quand ça ne l'est pas* ».

Une recrudescence des douleurs lors de la diminution du traitement peut être également due à une pharmaco-dépendance induite par une prise prolongée d'opioïde. Dans ce cas-là, des symptômes de sevrage peuvent apparaître lors de l'arrêt ou de la diminution du traitement :

M2 : « *Parce qu'en fait en même temps on a pas envie de laisser... Enfin il peut y avoir un syndrome de sevrage... Ouais c'est pas évident clairement à gérer* ».

M4 : « *On parlait de l'arthrose, de l'arthrose diffuse mal définie, et finalement ces douleurs diffuses on les entendait toujours, mais finalement c'était aussi des douleurs de manque* ».

Certains types de douleurs et certaines pathologies représentent une difficulté particulière pour les praticiens, notamment les douleurs chroniques :

M3 : « *J'ai beaucoup de mal avec les douloureux chroniques, les douleurs de cancer notamment, ou par exemple ceux qui en ont eu besoin pendant plusieurs mois et après comment défaire, ma difficulté elle est plutôt là, les chroniques.* » « *Notamment quand c'est des douleurs aiguës qui deviennent chroniques ou des douleurs post-traumatiques ou autres où on le met plusieurs semaines et une fois que la personne est prise dedans elle veut son médicament* ».

M8 : « *Les plus grosses difficultés c'est avec les douloureux chroniques... Oui ils sont un petit peu accro... Les douloureux chroniques où j'ai certains patients qui sont diabétiques qui ont des neuropathies diabétiques et qui ont très mal* ».

Les praticiens se concentrent donc plutôt sur la prévention du mésusage dans les douleurs aiguës :

M3 : « *Les cas chroniques c'est différent, mais les cas aigus, il faut pas se faire piéger par des gens qui sont entrés dans les opiacés par des voies... ils ont eu besoin à un moment et finalement ils trouvent un autre bénéfice et ils continuent et après ça s'éternise* ».

Plusieurs praticiens décrivent un nombre trop limité de molécules antalgiques pour pouvoir trouver des alternatives thérapeutiques et soulager le patient :

M1 : « On avait beaucoup de molécules type dextropropoxyphène... heu... qu'est-ce qu'il avait d'autre.... La noramidopyrine... Il y avait des produits qui ont été supprimés, entre autres le dextro où il y avait là aussi une conduite addictive, mais en même temps qui était très efficace, [...] Il me reste plus que mon paracétamol, ma codéine, mon tramadol et puis après je passe au palier 3. Ça me fait pas beaucoup de chose de ma main ».

M10 : « On avait à l'époque le dextropropoxyphène, un médicament génial, on n'avait pas trop de problèmes de mésusage et c'était super efficace, mais ça a été dé-commercialisé et c'est vrai que depuis j'ai trouvé qu'on avait... qu'on était beaucoup plus embêté depuis qu'on n'avait plus le dextropropoxyphène. [...] Moi j'ai constaté quand même une nette aggravation quand on a été obligé de passer aux opioïdes à la suite de ça. Il faudrait effectivement qu'ils nous retrouvent un médicament efficace qui soit pas un opioïde, qui calme bien les gens, avec lequel on pourrait se passer des opioïdes ».

c) Difficultés Organisationnelles

Les freins liés à l'organisation du soin sont la gestion du temps et la difficulté pour orienter les patients vers les consultations spécialisées.

- Manque de temps

Le manque de temps lors de la consultation est un frein à la prise en charge avancée par plusieurs des médecins interrogés :

M11 : « À chaque fois c'est difficile comme consult. Parce que la première... c'est la gestion du temps dans mon activité... donc premier truc ça prend beaucoup de temps ».

M3 : « On n'a pas toujours le temps d'approfondir, pas le temps d'utiliser des outils ou des arguments pour le faire ».

M6 : « Le problème comme tous les généralistes c'est de trouver le temps, mais il y a un moment il va falloir... » « c'est vrai que très sincèrement quand on voit les consultations au CETD c'est entre une demi-heure et une heure, une demi-heure c'est vraiment le minimum du minimum, en général c'est trois quarts d'heure, une heure, je veux dire, en

une consultation de généraliste c'est un petit peu dur, surtout qu'on manque de recul et d'objectivité dans ces situations-là ».

- Difficulté d'accès aux consultations spécialisées

La première difficulté citée par les praticiens pour orienter leurs patients vers des consultations spécialisées est le délai de consultation, que ce soit dans les centres d'addictologie ou dans les CETD :

M1 : « Deux trois fois j'ai essayé de les adresser à la maison des addictions, type à la Grâce de Dieu à Caen et heu... les rendez-vous étant tellement long que les gens n'y sont jamais allés... ils ne s'y sont pas rendus... donc ça, ça a été la première difficulté ».

M3 : « Il faudrait que je pense plus à envoyer en addictologie et que les délais soient plus courts, c'est ça que je pourrais dire, que la prise en charge soit coordonnée plus facilement. Du coup je fais un courrier, je dis allez-y, et puis ils attendent ».

M6 : « Le problème c'est les délais de consultations parce qu'au CETD c'est 3 à 6 mois minimum... Donc le problème est là et quelque part on se retrouve à gérer tout seul des situations qui ne devraient pas être gérées tout seul ».

M9 : « Alors que le problème avec le centre du CHR (en douleur) ça va être l'accessibilité. C'est vrai qu'ils sont sur-bookés, ils sont obligés de filtrer, mais pas sur le type de prise en charge proposé, pas sur la qualité de la prise en charge, pas sur la discussion de la prise en charge avec le patient, on a des comptes rendus, on sait où on va. Le problème c'est le temps pour débiter la prise en charge ».

M11 : « Et en même temps j'ai pas envie de les renvoyer à une consult dans deux mois parce que si on les renvoie à une consult dans 2 mois, ils repartent dans leur addiction et puis c'est terminé [...] surtout que c'est des addicts quoi... C'est des gens ils veulent que ça aille vite... Le premier contact ils sont demandeurs que ça aille tout de suite tout de suite ».

Certains praticiens estiment avoir une mauvaise connaissance des réseaux locaux et ne pas savoir où adresser leurs patients :

M2 : « *Je pense que je m'orienterais vers tout ce qui est centre d'addiction. Mais je connais pas bien, quand c'est comme ça je demande à mes collègues [...] Et bien déjà mieux connaître le réseau local, les adresses parce que là-dessus... Après c'est vrai que j'y suis pas très confrontée, je pense que je m'y intéresse pas beaucoup* ».

Une autre difficulté rapportée par les praticiens est l'accessibilité aux consultations spécialisées dans le milieu rural :

M5 : « *J'en aurais ressenti le besoin, mais étant en semi-rural où les recours extérieurs sont très limités, surtout que c'est des patients qui ont souvent des difficultés de locomotion, des difficultés sociales... Enfin voilà, j'aurais eu le souhait qu'ils aillent par exemple dans un CSAPA, mais... comme on est leur premier voire leur unique recours... heu... j'ai du mal à les orienter... Ce qui pourrait être utile c'est que ça soit délocalisé... Si en plus ils n'en ressentent que très modérément le besoin... ben il y aura toujours l'obstacle, souvent ils n'ont pas de moyen de locomotion, ils sont dépendants d'autres personnes et ça c'est un obstacle majeur* ».

Un autre praticien déplore le manque de suivi :

M7 : « *Il y avait une prise en charge en addicto, puis il a arrêté, parce que c'était trop fréquent, il travaillait, c'était pas simple, heu donc la buprénorphine c'est retombé sur moi. Donc bah j'ai represcrit, il prenait du 8 mg par exemple puis ça suffisait pas, mais moi je voulais pas augmenter, j'aime pas du tout gérer... Enfin ce sont des traitements que je gère pas facilement donc j'ai pas voulu, donc il est retourné Rue de Bretagne pour essayer de voir, ils l'ont vu une fois et ils m'ont dit vous pouvez augmenter à 8 deux fois, mais y'a pas de suivi donc c'est embêtant* ».

Enfin, l'orientation peut également être difficile à cause de la réticence de certains patients :

M7 : « *Mais en même temps c'est des patients difficiles à adresser et qui n'adhèrent pas à un suivi quoi... donc c'est... Moi je travaille avec le CSAPA donc voilà quand j'ai besoin j'adresse, mais c'est vrai qu'il faut déjà qu'ils acceptent d'y aller. Au CHR aussi enfin voilà, une fois que c'est parti, y en a qui prennent tout de suite le pli, mais les autres c'est pas simple* ».

M11 : « *Que les patients qui ont des problèmes d'ordre psychologique ou en tout cas de dépendance, ils aiment bien avoir nous comme référents parce que « je veux parler qu'à vous docteur et je vous fais confiance » ».*

d) Difficultés liées au praticien

Le manque de formation est un frein à la prise en charge rapporté par plusieurs des praticiens interrogés :

M1 : « *Nous faire un petit peu d'addicto. Parce que... enfin... de ma génération on en a eu zéro...on en a eu aucune. Et je sais pas Je pense pas que la tienne non plus...Donc on a aucune formation. Par contre on nous dit de prescrire. Et quand tu es externe, tu vois ton interne prescrire du tramadol ou de la codéine larga manu, et quand t'es interne tu sais que tu appuies sur le bouton F5 et ton ordonnance sort et t'as plus qu'à signer. Il y n'a pas de réflexion. Donc déjà ça part mal ».*

M2 : « *Et je pense que c'est une vraie carence dans les études médicales, il y a beaucoup de sujets... qui en plus ne concernent pas du tout que la médecine générale, et notamment celui-ci. La prescription d'antalgique ça reste quand même très limitée dans nos études et notamment tout ce qui est addiction. Oui là clairement que ça soit en 2^{ème} cycle et en 3^{ème} cycle d'études médicales ».*

M11 : « *J'ai l'impression que quand j'ai fait mes études, pourtant c'était il n'y a pas si longtemps, c'est pas si à la mode de parler du mésusage de la codéine, enfin des opioïdes faibles... Heu c'était bien pratique, on nous a vendu leur effet de seuil là... Donc du coup... pas eu l'impression d'avoir eu beaucoup entendu parler de ça pendant mes études ».*

Un des praticiens soulignait que la formation des médecins généralistes dépendait beaucoup de l'époque où ils avaient fait leurs études :

M12 : « *Moi c'est facile, si vous voyez mon âge, vous savez très bien que je n'ai pas eu d'internat de médecine générale [...] Moi ma formation en médecine générale ça a été 10 demi-journées dans un cabinet ».*

Six des praticiens ont donc réalisé des formations complémentaires en douleur ou en addictologie, dont trois en douleur, deux en addictologie et un praticien dans les deux domaines.

b. Les leviers

Malgré les difficultés rapportées par les médecins interrogés, ceux-ci font également part d'éléments les aidant dans leur prise en charge du mésusage d'antalgique opioïde. Les aides citées sont liées à la pluridisciplinarité, à la place du médecin traitant dans le parcours de soin et à la législation autour de la prescription d'antalgiques opioïdes.

a) La pluridisciplinarité

- Réseaux en addictologie et en douleur

Les centres d'addictologie cités sont le service d'addictologie du CHU, les différents CSAPA de Caen notamment la Maison des Addictions et le CSAPA Rue de Bretagne :

M3 : « Si j'ai un besoin, j'envoie au centre d'addiction à la Maison des Addictions à côté par exemple ou au CHR. Peut-être que si c'était plus facile d'avoir des rendez-vous, même si c'est un mois ou deux c'est pas grave, mais c'est quelque chose que je pense pas à faire. Avoir des référents qui pourrait nous aider ça, ça serait utile dans cette démarche qui est compliquée, et indépendante de notre métier, moi je vois ça le décalage ».

M4 : « Alors à l'époque c'était le CHR. J'ai envoyé deux patients au CHR. Dépendance forte à la codéine. Et puis les centres d'addictologie à l'époque c'était les CHA [Consultations Hospitalières en Addictologie] où j'avais envoyé un petit peu pour les faire aider pour les morphiniques ».

M7 : « Donc oui les structures d'addictologie, les CSAPA, surtout Rue de Bretagne pour les traitements substitutifs, mais aussi les CSAPA pour plein de choses, maintenant c'est très large, il y a le service d'addicto au CHR aussi ».

Les autres praticiens interrogés s'adressent aux CETD. Sont cités le CETD du CHU de Caen, celui de la Polyclinique du Parc et celui de Lisieux :

M7 « Et le centre anti-douleur aussi, moi je travaille avec celui du Parc qui est plus proche des gens, il y a un service qui est assez facile d'accès avec des délais de consultation rapides. Ils voient une infirmière spécialisée au départ et ils sont pris en charge dans les 15 jours ».

M10 : « *Oui, de temps en temps ça m'est arrivé quand même de... d'adresser les patients au centre anti-douleur pour qu'il puisse évaluer de leur côté... heu... la nécessité du traitement et éventuellement ré-adapter le traitement. [...] Avec celui de Lisieux. Après c'est vrai que comme ça, soit ils peuvent leur proposer un autre traitement, ou soit ré-adapter le traitement. Et c'est vrai que des fois ça permet de se sortir d'une situation qui devient un petit peu compliquée où on n'arrive pas à sevrer les gens, où on n'arrive pas vraiment à leur faire comprendre... Donc des fois ouais en passant par le centre anti-douleur ça permet... heu ça permet d'avoir un autre, enfin une autre approche et puis peut être d'autres thérapeutiques... c'est un petit peu l'utilisation... enfin ce que je fais, l'utilisation que j'ai... C'est le recours que j'ai dans ces situations où je peux pas arriver à me débrouiller tout seul* ».

- Coordination avec les pharmaciens

Que ce soit dans le repérage des cas de mésusages ou dans leur prise en charge, le pharmacien est cité comme un soutien précieux par beaucoup des praticiens interrogés :

M6 : « *Il y a quelque chose qui a été mis en place par l'ordre des pharmaciens, je sais pas si tu les as rencontrés, ça, c'est pas mal... ils ont le dossier pharmaceutique et ça à mon avis c'est incontournable il faut en parler, il y a des réseaux d'alerte. A mon avis c'est pas mal d'aller les voir, ils ont le dossier pharmaceutique et moi ça m'est arrivé quelques fois d'avoir un coup de téléphone d'un pharmacien de la côte* ».

M7 : « *C'est vrai qu'avec la pharmacie on sait le nombre de boîtes qu'ils ont eues, on sait où ils en sont et c'est quand même un lien avec le pharmacien qui est primordial pour ce type de patient. Enfin nous ça marche bien et c'est vrai que je trouve que nous il y a souvent moins d'erreurs et de risques parce qu'on a un partenaire qui surveille quoi* ».

b) La place du médecin traitant

- Relation privilégiée avec le patient

Une bonne relation entre le patient et son médecin est citée comme une aide précieuse dans les situations de mésusage, que ce soit pour le dépistage ou la prise en charge :

M1 : « *Quand tu connais le patient depuis très longtemps, t'arrives à instaurer une certaine confiance et t'y arrives* ».

M3 : « On a le côté relationnel avec le patient où il y a un lien qui s'est établi ».

M11 : « Les patients qui ont des problèmes d'ordre psychologique ou en tout cas de dépendance, ils aiment bien nous avoir comme référents parce que : je veux parler qu'à vous docteur et je vous fais confiance ».

- Le parcours de soin

La mise en place du parcours de soin coordonné avec la déclaration d'un médecin traitant permet de limiter le nomadisme médical :

M6 : « L'histoire du médecin traitant ça a bien limité, parce que quelque part tu peux plus faire le nomadisme, parce qu'avant suffisait d'aller voir le seul médecin de la place en disant « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal, il y a que le tramadol qui marche, ou la codéine ou le Lyrica© ce que tu veux » et puis après tu faisais le tour ».

c) La prescription obligatoire

M2 : « Ça m'a fait tiquer je me suis dit ah oui, l'importance de l'interdiction de ce genre de médicament. » « Mais en même temps je me dis que maintenant c'est plus en vente libre, quelque part je le contrôle parce que s'ils en ont besoin ils sont obligés de passer par moi ».

M5 : « Moi j'ai été particulièrement interpellée, on parle beaucoup de la crise des opioïdes aux Etats Unis, voilà je me dis qu'est-ce qui nous empêche nous... enfin pour le moment je pense que c'est le fait que la prescription soit assez encadrée ça peut être... c'est un frein, mais voilà... ».

M9 : « Je pense que c'est le passage par le prescripteur qui est un bon garde-fou. Parce que la vente libre, il y a aucun garde-fou, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun registre qui va faire qu'on va dépister ce mésusage ».

M11 « Je suis pas très historien actuel des États-Unis et tout ça, mais clairement les pays anglo-saxons ont plein de... moi j'hallucine toujours, de médicaments en vente libre. Dès que je voyage je vois, il y a tous les antibiotiques, les anti-inflammatoires... Il y a tout, il suffit d'aller faire un tour dans les pharmacies et puis de prendre dans les rayons et clairement ça fait partie des raisons pour lesquelles ils se retrouvent dans cette situation ».

4. Suggestions pour limiter le mésusage

Les médecins ont été interrogés sur leurs suggestions pour limiter les risques de mésusage et améliorer les prises en charge.

a. Amélioration de la formation

Presque tous les médecins interrogés pensent qu'une meilleure formation sur le sujet leur permettrait de mieux gérer les situations de mésusage :

M2 : « *Déjà si on avait des formations un peu plus poussées là-dessus, parce que bon on a les bases, mais on a les bases de la prescription des antalgiques et après pour la suite... c'est pas simple* ».

Ces formations pourraient avoir lieu au cours de l'internat :

M5 : « *Etant moi-même formatrice... je pense que je n'y ai pas été assez formée, après en tant que formation [...] il faudrait envisager des GAAP [Groupe d'Apprentissage à l'Analyse de Pratique] thématiques sur le mésusage parce que je trouve que ce qui est le plus formateur c'est de soi-même aller chercher les informations et puis le fait aussi d'avoir des animateurs on pourrait aussi avoir une coopération médecins généralistes/addictologues. [...] On pourrait aussi envisager des terrains de stage de SASPAS [Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée] où le troisième lieu de stage ça serait d'assister à des consultations d'addictologie* ».

M7 : « *Pour les internes de médecine gé il y a quand même des séminaires où on pourrait, rien que sur la douleur, ou un séminaire d'addicto tout court. Je pense que ça prend quand même énormément de nos consultations tous les jours ces problèmes-là, donc ça me paraîtrait un minimum* ».

Ou en formations complémentaires post universitaires :

M4 « *Moi je pense que c'est bien de sensibiliser les médecins c'est-à-dire de peut-être faire des EPU [Enseignement Post Universitaire], des choses comme ça, ce qui permet d'en parler un peu* ».

M6 : « *C'est la formation continue, je pense qu'à mon avis c'est incontournable, c'est une formation continue, c'est quelque chose qui s'acculture un petit peu quand même, parce*

qu'il y a des obligations déontologiques que peu respectaient au départ, maintenant il y a des obligations je dirais qui vont devenir de plus en plus fortes, conventionnelles, des obligations réglementaires, ce qui fait que oui, par ce biais-là ».

b. Davantage de pluridisciplinarité

- Meilleure accessibilité aux consultations spécialisées

M3 : « Il faudrait que je pense plus à envoyer en addictologie et que les délais soient plus courts, c'est ça que je pourrais dire, que la prise en charge soit coordonnée plus facilement ».

M9 : « Plus de centre d'évaluation et de traitement de la douleur, plus de médecin de la douleur.... Mais ouais ça va surtout être ça ».

- Plus de coordination avec les pharmacies

M5 : « Je pense qu'en termes de coopération il pourrait y avoir une coopération à améliorer avec les pharmaciens parce qu'ils peuvent aussi... ils connaissent aussi nos patients, ils ont aussi un autre regard sur les patients et ça, ça pourrait être intéressant d'échanger à ce sujet et de travailler sur ça. ».

- Délégation auprès d'infirmiers formés

Un des praticiens suggère un temps avec des infirmier(e)s formé(e)s à l'addictologie pour mieux prendre en charge les patients présentant un mésusage :

M11 : « Clairement ça serait du temps para-médical avec moi. C'est sûr que ça serait mieux. Les infirmières qui commencent à débrouiller le truc, avec qui on peut échanger pour être en entretien et les garder une demi-heure toutes les semaines ou tous les 15 jours ça, ça serait... un mode de fonctionnement qui serait super ».

c. Plus d'outils à disposition

Plusieurs praticiens ne connaissent pas d'outils pouvant les aider dans leur prise en charge et seraient en demande d'en utiliser pour aider à la prescription, la déprescription ou le repérage de patient à risque :

M4 : « Qu'est ce qu'on aurait besoin ? Heu... je dirais des outils qui permettent un petit peu... enfin des outils, c'est plutôt aux médecins de connaître les patients, mais de mieux les cibler un tout petit peu, et puis de ne pas tomber dans le cercle vicieux en fait. Avoir des outils qui permettraient d'éviter d'emblée d'en prescrire, voilà ça, ça peut être intéressant ».

M7 : « Des outils, peut être faudrait que je regarde ce qui existe, ou peut-être des livrets d'informations, des formations, ça pourrait effectivement être utile ».

M8 : « Après comment on sèvre, ça sur le sevrage peut être chez les douloureux chroniques. C'est là que j'aurais besoin d'un petit outil ».

Cependant certains praticiens soulignent que les outils ne sont pas facile à utiliser en médecine générale, car chronophages et s'intégrant mal à la consultation de médecine générale :

M2 : « Peut-être des outils, s'il existe des outils, des aides à la prescription et à la déprescription. Après faut que ce soit toujours jouable dans la réalité parce que bon des fois... les outils... on a nos patients en face de nous et c'est de la médecine générale donc c'est des gens qu'on suit depuis longtemps... c'est pas évident ».

M12 « Alors là c'est moi qui vais vous poser une question, en pratique, en consultation, les grilles, vous trouvez que c'est facile à utiliser ? Parce qu'il y a des échelles dans tout : des échelles dans la dépression, dans la douleur etc. Et honnêtement si on arrive à voir le patient en 15 minutes, ce qui pour moi est impossible, clairement arriver à caser une échelle... ».

d. Concernant les pratiques des médecins

- Optimisation de l'information auprès du patient

Pour plusieurs praticiens, une meilleure information du patient concernant le risque addictif des antalgiques opioïdes pourrait réduire les situations de mésusage :

M11 : « Je me vais changer mes pratiques notamment sur l'information, c'est trop con parce que c'est vite fait, on informe bien les patients qu'on met sous quinolones qu'ils vont avoir des tendinites ou qu'ils vont être photosensibilisés, ça prend 4 minutes ou non, 4 secondes dans une consultation de dire « faites gaffe n'en prenez pas trop parce qu'on

peut devenir addict. » » « Pour pas se rendre dans cette situation-là donc là clairement c'est l'information et la prévention, ça clairement on peut faire mieux, mais à mon avis c'est vite fait. » « Clairement c'est les informations des patients en direct, parce que je pense que pour une grande part les addicts ils savent qu'ils sont addicts. Les gens ils savent qu'ils ont une dépendance et tout ça. Donc voilà comme il y a des pictogrammes pour la grossesse ou pour la conduite, il pourrait tout à fait y avoir un pictogramme pour l'addiction ».

Un des praticiens nous explique être beaucoup plus actif dans la prévention du risque addictif concernant les benzodiazépines que concernant les antalgiques opioïdes :

M11 : « Je leur dis jamais : faites gaffe, comme on fait avec les benzos je le fais quasiment systématiquement avec les benzos. Les rares à qui... les jeunes qui ont des problèmes très aigus à qui je donne des benzos je leur dis « mais attendez c'est une semaine et c'est pas plus et faut l'arrêter, et parce qu'après vous aurez du mal, vous aurez des troubles cognitifs et tout ça » ».

- Des prescriptions plus courtes avec une meilleure évaluation de l'indication initiale et des réévaluations fréquentes

M5 : « Et puis pour éviter les situations de mésusage, c'est tout simplement l'indication initiale, c'est bien évaluer l'indication initiale et puis limiter la durée de prescription. Des prescriptions initiales de 3 mois... enfin des fois on voit des prescriptions ne serait-ce que d'un mois pour une initiation je trouve que ça fait beaucoup ».

M12 : « Toujours faire des prescriptions courtes la première fois, toujours. Ne pas mettre à renouveler d'emblée. Réévaluer le vrai besoin ».

Tout en prévenant le patient que le traitement sera de courte durée :

M12 « Prévenir les patients que ça va être un traitement court parce qu'il est fort et efficace, mais qu'on le renouvellera pas ».

- Être plus vigilant sur les douleurs aiguës

M3 : « Il faut en parler au départ ça c'est sûr. Les cas chroniques c'est différent, mais les cas aigus, il faut pas se faire piéger par des gens qui sont entrés dans les opiacés par des

voies... ils ont eu besoin à un moment et finalement ils trouvent un autre bénéfice et ils continuent et après ça s'éternise. Moi j'ai eu des cas avec la codéine pour des maux de tête, c'est le plus mauvais médicament pour les maux de tête » « Je pense qu'il faut que nous, le médecin, il explique dès qu'il prescrit, l'avantage de prendre le médicament, mais de savoir que ça va être une période limitée dans le temps, il faut que nous on soit plus actif là-dessus, il faut être plus actif dans l'aigu ».

- Une meilleure évaluation des facteurs de risques de dépistage

M2 : « Savoir repérer les gens qui sont à risque peut-être ».

M3 « Comment dépister, moi j'ai ma façon de dépister, mais est ce qu'il n'y a pas d'autres façons, un petit peu d'anticiper, de donner d'autres cadres, d'autres outils, d'autres aides, je serais pas... ça serait le bienvenu ».

- Être plus actif dans le repérage

M3 : « Mais je pense qu'il faut que ce soit nous, qu'on soit plus actifs, que le médecin commence à rentrer dans le système d'addiction et faut pas qu'on hésite à demander un appui, au moins de pointer du doigt « C'est pas normal que vous preniez un médicament aussi longtemps » voir pourquoi, est ce qu'il n'y a pas une autre recherche. J'ai pas toujours le temps d'approfondir ».

e. Des ordonnances sécurisées

Deux praticiens (M8 et M11) proposent que tous les antalgiques opioïdes soient prescrits sur des ordonnances sécurisées pour limiter leur accès :

M11 : « Et clairement il faut que ce soit de moins en moins accessible et si c'est comme pour le Lyrica©, être sur ordonnance sécurisée et tout ce genre de truc là, oui clairement, ça, ça fait partie des trucs qui... en fait faut que ce soit moins accessible ».

D. Données de prescription des médecins généralistes du Calvados

1. Evolution des prescriptions d'antalgiques opioïdes depuis 2016

Les données de remboursement récupérées auprès de l'Assurance Maladie nous ont permis d'étudier l'évolution des prescriptions d'antalgiques opioïdes par des prescripteurs de différentes spécialités depuis 2016.

Nous pouvons tout d'abord constater que depuis 2017, l'antalgique opioïde le plus prescrit est le tramadol, seul ou en association. Suivent la codéine, seule ou en association, puis les associations à base d'opium. En 2020, les antalgiques à base de tramadol représentaient environ 40 % des boîtes d'antalgiques opioïdes faibles prescrits en ville et à l'hôpital dans le Calvados. La codéine, seule ou en association, représentait environ 37 % et les associations à base d'opium environ 22 %. Concernant les antalgiques de palier 3, la morphine est plus prescrite que l'oxycodone.

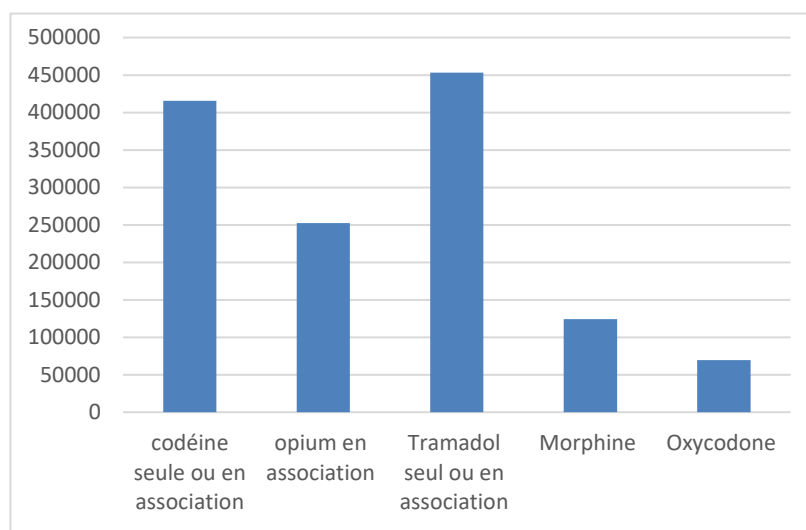


Figure 3. Prescriptions d'antalgiques opioïdes dans le Calvados en nombre de boîtes en 2020

Concernant l'évolution des prescriptions en ville, nous observons une augmentation initiale de la prescription de tramadol en 2017 avant une diminution. De même, nous retrouvons une diminution globale de la prescription d'antalgiques à base de codéine depuis 2016. En revanche la prescription d'opium en association a augmenté de 2016 à 2020.

Concernant les opioïdes dits forts, une légère augmentation de la prescription de morphine est constatée dans le Calvados et une stabilité de celle d'oxycodone.

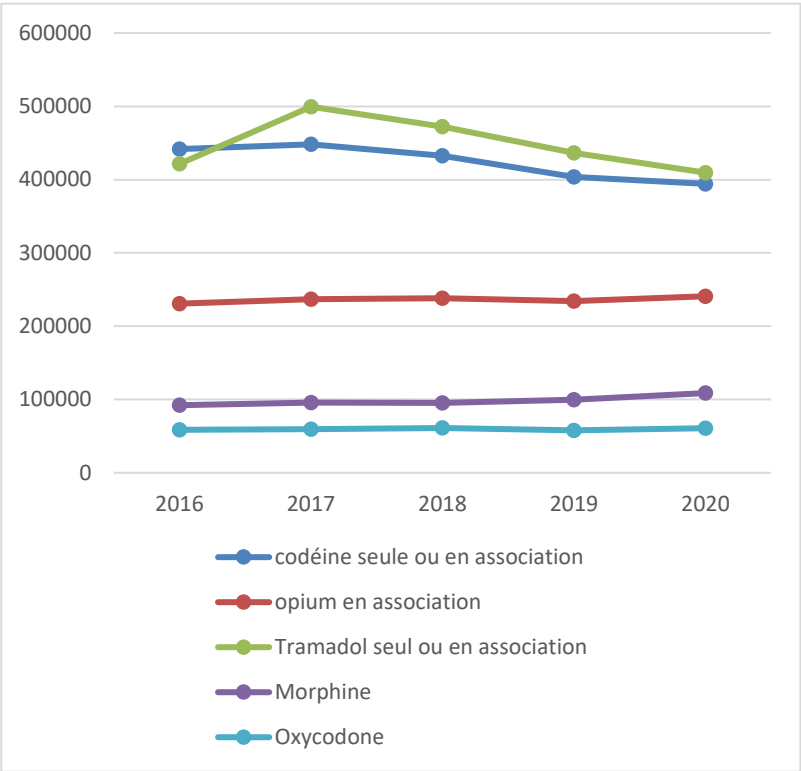


Figure 4. Evolution de la prescription d’antalgiques opioïdes en ville en nombre de boîtes dans le Calvados

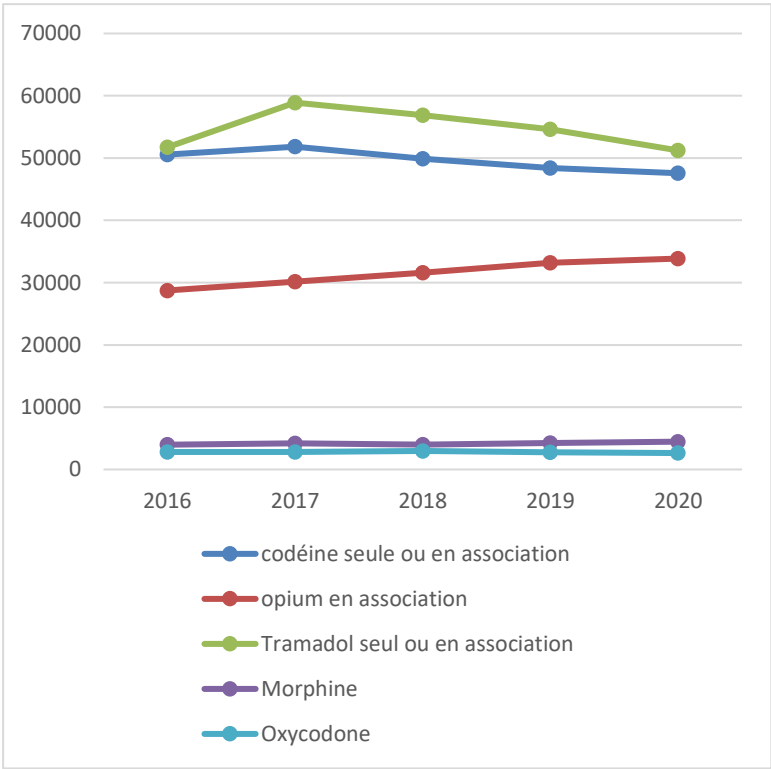


Figure 5. Evolution de la prescription d’antalgiques opioïdes en ville en nombre de patients différents dans le Calvados

Concernant spécifiquement les prescriptions d'antalgiques à base de codéine, très majoritairement représentées par le paracétamol codéiné, on constate une diminution depuis 2017, que ce soit en nombre de patients ou en nombre de boîtes prescrites, en ville et à l'hôpital. Les autres spécialités à base de codéine comprennent la codéine seule et la codéine en association avec l'ibuprofène.

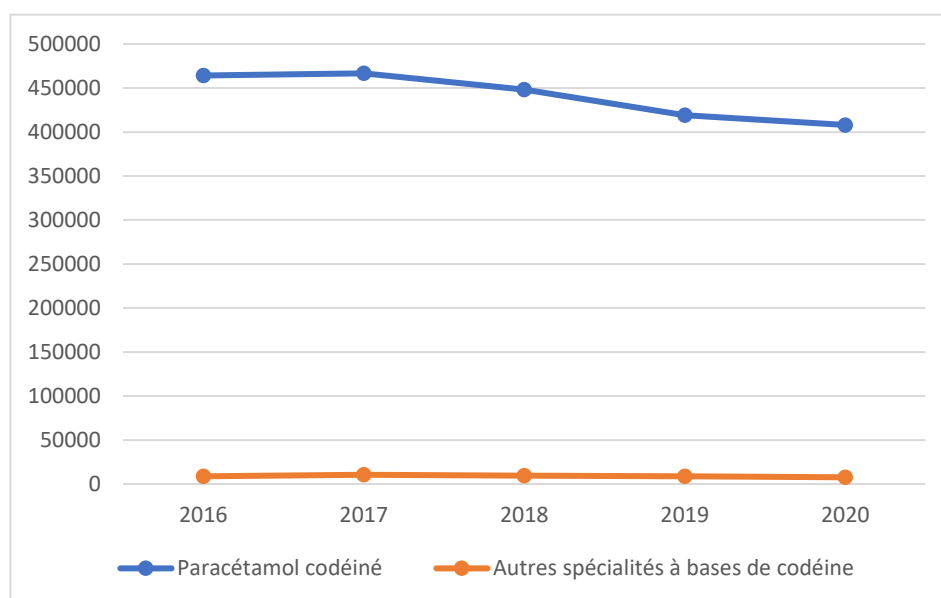


Figure 6. Evolution de la prescription de codéine en boîtes prescrites dans le Calvados

2. Répartition des prescripteurs d'antalgiques opioïdes

Dans le Calvados, en 2017, les principaux prescripteurs d'opioïdes sont les médecins généralistes, suivi des dentistes, des rhumatologues et des chirurgiens orthopédistes, en comptant en nombre de patients différents. Cependant, les spécialités des prescripteurs étant difficilement identifiables en hospitalier, nous nous sommes concentrés sur les prescriptions de ville.

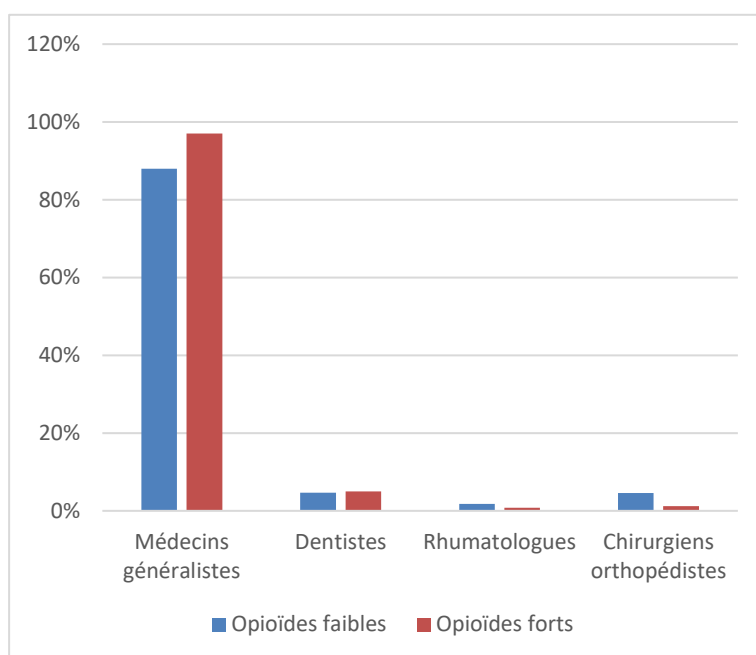


Figure 7. Répartition de la prescription d'antalgiques opioïdes en ville en nombre de patients différents en 2020 dans le Calvados

Tableau 5. Répartition de la prescription d'antalgiques opioïdes en ville en nombre de patients différents en 2020 dans le Calvados

Prescriptions en nombre de patients différents	Médecins généralistes	Dentistes	Rhumatologues	Chirurgiens orthopédistes
Opioïdes faibles	88 %	5 %	1,80 %	4,60 %
Opioïdes forts	97 %	5 %	0,80 %	1,20 %
Opioïdes faibles + forts	89 %	5 %	1,70 %	4,50 %

En nombre de boîtes prescrites, la répartition est modifiée : les médecins généralistes prescrivent 96 % des opioïdes antalgiques, devant les rhumatologues (1,60 %), les chirurgiens orthopédiques (1,30 %) et les dentistes (0,80 %).

IV. DISCUSSION

Au cours de la discussion, nous comparerons tout d'abord les données de prescriptions du Calvados aux données nationales. Nous nous concentrerons ensuite sur le vécu des praticiens face au mésusage d'antalgiques opioïdes, notamment sur les freins et leviers dans le soin. Enfin, nous étudierons les pratiques des médecins généralistes concernant ce type de mésusage.

A. Données de prescription en France et dans le Calvados

1. Prescription d'antalgiques opioïdes depuis 2016

Nous avons pu comparer les données de remboursement du Calvados récupérées auprès de l'Assurance Maladie aux données nationales publiées par l'ANSM en 2019 (31).

La répartition des différents antalgiques dits faibles prescrits est identique dans le Calvados et au niveau national : l'antalgique opioïde le plus prescrit est le tramadol, seul ou en association. Suit par les spécialités à base de codéine puis celles à base d'opium. La morphine est également l'opioïde de palier 3 le plus prescrit.

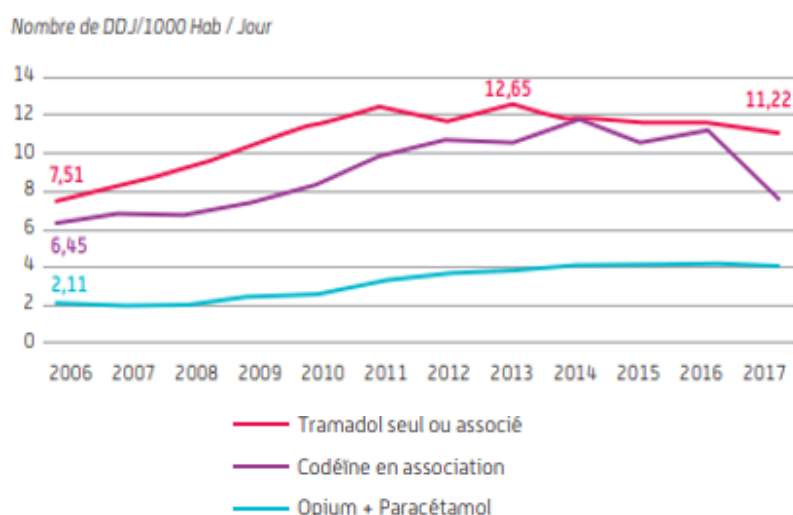


Figure 8. Evolution de la consommation des principaux opioïdes faibles en ville en France

Image issue de « État Des Lieux De La Consommation Des Antalgiques Opioides Et Leurs Usages Problématiques » de l'ANSM

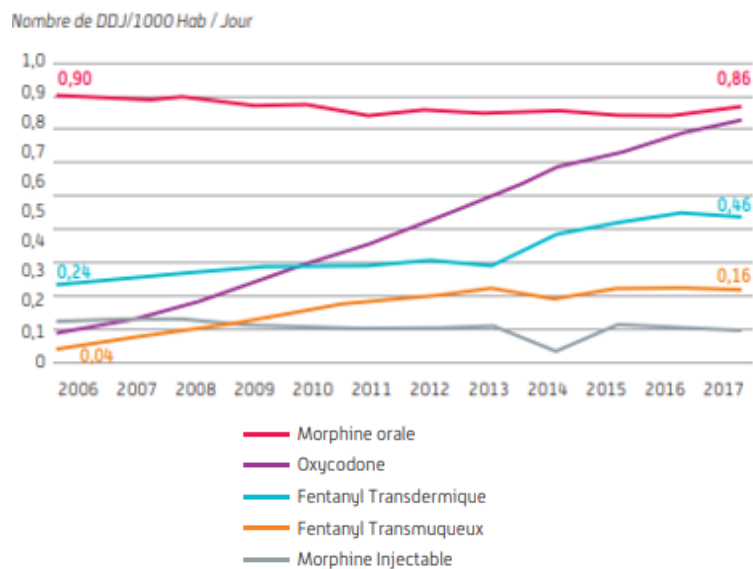


Figure 9. Evolution de la consommation des principaux opioïdes forts en ville en France

Image issue de « État Des Lieux De La Consommation Des Antalgiques Opioïdes Et Leurs Usages Problématiques » de l'ANSM

De même qu'au niveau national, on observe dans le Calvados une diminution globale de la prescription du tramadol et de la codéine avec une augmentation de la prescription des antalgiques à base d'opium.

Concernant les opioïdes dits forts, la prescription d'oxycodone connaît une forte augmentation au niveau national, + 738 % entre 2006 et 2017, alors qu'on observe une stabilisation dans le Calvados. La prescription de morphine est stable depuis ces dernières années en France et dans le Calvados.

2. Place des médecins généralistes du Calvados dans la prescription d'antalgiques opioïdes

En France, en 2017, les prescripteurs d'opioïdes sont des médecins généralistes (86,3 % des opioïdes faibles et 88,7 % des opioïdes forts), des dentistes (2,8 % et 0,3 %), des rhumatologues (2,2 % et 1,7 %) et des chirurgiens orthopédistes (1,9 % et 1,3 %).

Dans le Calvados, en 2017, la répartition est à peu près équivalente en comptant en nombre de patients différents. Le pourcentage concernant les prescriptions des médecins généralistes augmente lorsque l'on compte en boîtes prescrites (passant de 89 % à 96 %). Cela pourrait être expliqué par le fait que la majorité des renouvellements sont faits par les médecins généralistes, y compris des traitements introduits par les autres spécialistes. Cependant, ces données ne permettent pas d'appréhender les prescriptions faites en milieu hospitalier. En

tenant compte des prescriptions hospitalières, les répartitions ci-dessus seraient probablement modifiées.

Interrogés sur le sujet, la plupart des praticiens de notre étude ont rapporté avoir à renouveler des ordonnances dont ils n'étaient pas les primo prescripteurs, même si cela représente une minorité de leurs prescriptions.

3. Antalgiques opioïdes et affections bucco-dentaires

La question spécifique des antalgiques opioïdes prescrits pour des affections bucco-dentaires a été abordée avec les praticiens.

Aux États unis où sévit actuellement une « crise des opioïdes », 12 % des ordonnances d'analgésiques opioïdes à libération immédiate seraient rédigées par des dentistes, soit un pourcentage à peine inférieur à la proportion observée parmi les médecins de famille (15%) (62). Une étude menée auprès de 563 chirurgiens-dentistes américains rapporte que 73,5% d'entre eux considèrent l'ibuprofène comme l'analgésique le plus efficace après l'extraction d'une molaire. Cependant, 85% d'entre eux prescrivent également des opioïdes antalgiques après cette chirurgie (62). Une étude de 2019 a également montré qu'aux États Unis, 22,3% des prescriptions faites par les dentistes concernaient un antalgique opioïde contre 0,6% en Angleterre, où les anti inflammatoires sont préférés (63). Concernant les autres prescripteurs, une étude révèle que dans le service d'urgence d'un hôpital américain, des analgésiques opioïdes sont prescrits dans environ 60 % des cas pour soulager la douleur bucco-dentaire (64).

Au cours de mes différents stages, j'ai pu constater que les antalgiques opioïdes sont largement prescrits en cas de douleurs dentaires, notamment aux urgences ou suite à des soins réalisés par des dentistes. Grâce à notre étude, nous avons pu voir que la majorité des praticiens partagent ce constat. Certains critiquent une prescription automatisée. D'autres rapportent utiliser régulièrement des opioïdes antalgiques dans ce type de situation, car les douleurs dentaires sont difficiles à soulager. Cependant tous se rejoignent sur le fait que cette prescription n'est adéquate qu'après une réelle évaluation de la douleur.

Un des praticiens, M11, souligne que « *ça fait partie des prescriptions d'opioïdes chez les jeunes qui pourraient être évitées.* »

Par ailleurs, les prescriptions d'antalgiques opioïdes réalisées par des dentistes en ville représentent 5 % des prescriptions d'antalgiques opioïdes du Calvados en 2020 en nombre de

patients différents. Cela en fait les deuxièmes plus gros prescripteurs en ville, derrière les médecins généralistes et devant les chirurgiens orthopédistes et les rhumatologues. Il est important de préciser que le nombre de dentistes installés en ville est nettement plus important que le nombre de rhumatologues et de chirurgiens orthopédistes en ville. En effet, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 2019, 26 rhumatologues et 35 chirurgiens orthopédistes pratiquaient dans le Calvados, en ville ou à l'hôpital (65). Concernant les chirurgiens-dentistes, on en dénombre 347 en juillet 2021 en ville ou à l'hôpital dans le Calvados (66).

Cependant, en nombre de boîtes ce pourcentage tombe à 0,8 % et en fait le dernier prescripteur derrière les 3 autres spécialités. Cette différence entre prescriptions en nombre de boîtes et en nombre de patients différents souligne que les dentistes de ville ne prescrivent pas de grosses quantités d'antalgiques opioïdes et font peu de renouvellements, mais en prescrivent à un nombre important de patients, ce qui semble cohérent avec leur pratique clinique.

Par ailleurs, parmi les 4 spécialités étudiées, les prescriptions de codéine par les dentistes sont les seules à avoir augmenté de 2016 à 2020.

4. Evolution des prescriptions de codéine depuis 2017

Depuis juillet 2017, les médicaments à base de codéine sont interdits en vente libre. Une prescription médicale est depuis obligatoire pour ces médicaments. Nous supposons que les médecins généralistes allaient être plus sollicités à partir de cette date pour la prescription de ce type de médicament.

Huit des douze praticiens interrogés ont été sollicités par des patients pour renouveler des médicaments par codéine qu'ils prenaient auparavant en vente libre. Plusieurs médecins nous ont fait part de leur surprise, car ils n'imaginaient pas que certains de leur patient prenaient des opioïdes.

Nous nous sommes interrogés sur l'impact de cette mesure sur la prescription des antalgiques à base de codéine, et plus précisément, si celle-ci avait augmenté depuis. Cependant grâce aux données fournies par l'Assurance Maladie, nous avons pu constater que dans le Calvados, les prescriptions des spécialités à base d'opium avaient au contraire tendance à diminuer depuis 2016. Nous pouvons donc en conclure que même si les praticiens Calvados ont été davantage sollicités, ils n'ont pas prescrit davantage d'antalgiques codéinés depuis 2017.

B. Vécu des praticiens face au mésusage d'antalgiques opioïdes

Les trois quarts des praticiens interrogés (9 sur 12), nous ont rapporté se sentir en difficulté dans les situations de mésusage d'antalgiques opioïdes. Ces praticiens rapportent que ce type de consultation est difficile, avec une prise en charge compliquée. Un des médecins, M1, décrit se sentir isolé dans ce type de situation.

Ce vécu difficile est dû à plusieurs freins qui compliquent la prise en charge des patients qui mésusent leurs antalgiques opioïdes. Ces difficultés peuvent être liées au patient lui-même, aux types de pathologies douloureuses et à la pharmacodépendance présentée par le patient, à l'organisation des soins, ou encore au praticien.

Il existe cependant des leviers qui aident les médecins généralistes à gérer les situations de mésusage, notamment la place du médecin traitant dans le parcours de soin, le recours à la pluridisciplinarité et la prescription obligatoire.

1. Freins au soin face au mésusage d'antalgiques opioïdes

a. *Difficultés liées aux patients*

- Difficultés relationnelles

Un des freins à la prise en charge cités par les praticiens est la relation avec le patient. Plusieurs praticiens ont un ressenti de difficulté relationnelle et relatent des consultations qui peuvent être conflictuelles avec certains patients, « *c'est lui qui a été dans le conflit dès le début* », M3. Certains patients sont décrits comme présentant une résistance importante aux changements et déclinant toutes les autres propositions thérapeutiques, notamment non médicamenteuses. Les consultations peuvent alors tourner à la confrontation.

Cette difficulté a été rapportée dans plusieurs travaux de thèse. Ainsi une thèse de 2020 sur le dépistage des risques de mésusages chez les patients présentant une douleur chronique non cancéreuse met en évidence la difficulté de certains médecins généralistes face aux patients douloureux chroniques, notamment lors de mésusage avec refus de prise en charge alternative (67).

Le refus systématique d'envisager d'autres traitements est d'ailleurs décrit comme un signe d'alerte de mésusage par plusieurs référentiels, notamment la Société Française d'Etude et

Traitement de la Douleur (SFETD) (28) et par l'étude de B. Rolland sur le mésusage et la dépendance aux opioïdes de prescription (42).

Un parallèle est fait par plusieurs praticiens avec les profils de patients consommateurs de benzodiazépines ou de somnifères de façon chronique. Cette difficulté relationnelle est d'ailleurs rapportée par plusieurs thèses sur la prise en charge des patients dépendants aux benzodiazépines, notamment concernant la résistance au changement (68) (69).

Un des praticiens décrit également une certaine impatience et une impulsivité chez les patients présentant des troubles de l'usage : « *c'est des addicts quoi... c'est des gens ils veulent que ça aille vite... le premier contact ils sont demandeurs que ça aille tout de suite tout de suite* », M11.

Plusieurs études ont été réalisées pour mettre en évidence les liens entre certains traits de personnalité et les troubles de l'usage. Ainsi l'impulsivité est rapportée comme étant à la fois un facteur de risque, mais également une conséquence d'un trouble de l'usage (70). L'impulsivité serait significativement liée à l'initiation, au maintien et à la rechute dans les troubles de l'usage (71).

L'impulsivité est également un des symptômes clé du trouble de la personnalité borderline (ou état limite) avec l'instabilité des relations interpersonnelles et affectives et la peur de l'abandon. Les troubles de la personnalité sont fréquents chez les sujets présentant des addictions, notamment le type borderline. Ainsi dans l'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), la prévalence vie entière des troubles de la personnalité état limite est de 5,9 % en population générale, de 16 % chez les sujets alcoolodépendants et de 31 % chez ceux dépendants aux drogues (72). Les troubles de la personnalité type borderline sont d'ailleurs répertoriés comme des facteurs de risque de trouble de l'usage d'une substance.

D'autres praticiens évoquent le risque que certains patients interrompent leur suivi si la prise en charge ne leur convient pas ou qu'ils évitent le médecin et ne prennent rendez-vous qu'avec les remplaçants, (M1 et M3). L'évitement du médecin traitant et la prise de rendez-vous systématique avec les remplaçants ou les internes peut être un premier pas vers le nomadisme médical, ce qui est reconnu comme un signe d'alerte de mésusage (28) (42).

Enfin, plusieurs médecins rapportent que dans ce type de consultation, le véritable motif de consultation est souvent abordé à la fin, sur le pas de la porte, afin d'éviter la confrontation avec le médecin (M1 et M4).

Tous ces éléments font que la relation avec le patient qui mésuse son traitement peut être difficile et rendre la prise en charge complexe.

Cependant, la difficulté des relations avec les patients présentant des troubles de l'usage ne peut pas être uniquement imputée à des caractéristiques pré-existantes, comme les traits de personnalité. Dans l'introduction de leur livre sur l'entretien motivationnel, Willer et Rollnick suggèrent que l'attitude ouverte ou défensive du patient est beaucoup le produit de la relation thérapeutique. La résistance et le déni seraient donc moins le problème du patient que celui des compétences de l'intervenant. En fonction de sa façon d'intervenir, il est possible d'augmenter ou de diminuer la motivation ou la résistance d'un patient. L'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif qui permet de faire émerger les motivations propres du patient au lieu de le contraindre à la défensive. Former les médecins généralistes à l'entretien motivationnel serait donc une solution pour aider les patients à changer leur comportement, que ce soit dans un contexte de trouble de l'usage ou d'un autre comportement nocif pour leur santé (73).

- Difficultés liées aux patients gériatriques

Plusieurs praticiens soulèvent le cas particulier des antalgiques opioïdes en gériatrie. Les antalgiques opioïdes sont largement prescrits en gériatrie et représentent une difficulté supplémentaire dans les cas de mésusage.

Une étude publiée en 2020 rapporte qu'en France, les antalgiques, opioïdes ou non, seraient les médicaments de prescription les plus mésusés par les sujets âgés (74). Du fait d'une diminution de la tolérance aux stimuli douloureux et d'une perte d'efficacité des systèmes de contrôle nociceptif avec l'avancée en âge, les sujets âgés représentent une population particulièrement exposée aux douleurs chroniques et donc aux prescriptions d'antalgiques opioïdes. En 2015, 81,6 % des Français de plus de 65 ans bénéficiaient d'une prescription d'au moins un antalgique. Chez 28 % d'entre eux (contre 18,2 % en population générale) au moins un antalgique opioïde avait été prescrit dans l'année. De plus, de par les modifications des propriétés pharmaco-cinétiques liées à l'âge, les patients âgés sont plus à risque de présenter des effets indésirables liés à la prise d'antalgiques opioïdes.

Tous ces éléments conduisent les praticiens à un certain découragement concernant le mésusage d'antalgiques des populations gériatriques avec un risque de renoncement à une prise en charge pour certains. M6, M9 : « à 75 ans... je vais garder peut être une ou deux gélules

d'opioïdes par jour parce que... ben ils sont enkystés par leur prise en charge antérieure et on peut pas [diminuer] ».

- Difficultés financières

Il existe de nombreuses alternatives thérapeutiques non médicamenteuses proposées dans la prise en charge de la douleur. Ces alternatives peuvent être utilisées en complément d'un traitement médicamenteux ou en cas d'inefficacité de celui-ci. Ces thérapeutiques comprennent les méthodes physiques notamment la kinésithérapie, le soulagement par le chaud et le froid, la neurostimulation et l'acupuncture. Nous retrouvons également les méthodes psychocorporelles qui comprennent la relaxation, l'hypnose et la sophrologie. On peut également ajouter la psychothérapie qui permet un accompagnement et un soutien au patient afin de mieux gérer sa douleur (75).

Le coût financier de certaines des alternatives thérapeutiques est rapporté comme une difficulté par les praticiens. En effet, l'absence de remboursement des alternatives non médicamenteuses comme la psychothérapie, l'hypnothérapie ou encore la sophrologie apparaît comme un frein à la prise en charge pour le médecin comme pour le patient (M1 et M6).

Seules les consultations par un psychologue à l'hôpital ou en Centres médicaux psychologiques (CMP) sont financées par la sécurité sociale. Cependant les délais d'attente de ce type de structure sont généralement très longs.

Il a été annoncé en mars 2021 que les consultations avec un psychologue recensé au répertoire national des professionnels réglementés seront prises en charge par certaines complémentaires santé à hauteur de 60 € par séances et de 4 séances par an.

Cette difficulté d'absence de prise en charge des alternatives non médicamenteuses est également rapportée dans la prise en charge du sevrage en benzodiazépines notamment pour traiter l'anxiété (68).

Parmi les alternatives thérapeutiques non médicamenteuses, l'Activité Physique Adaptée (APA) apparaît comme étant accessible, avec peu d'effets indésirables et moins stigmatisante que la plupart des traitements des troubles de l'usage. Chez les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool, l'activité physique permettrait d'améliorer la neuroplasticité et le fonctionnement cognitif, de réduire l'impulsivité et d'améliorer la gestion des émotions et enfin de réduire le craving (l'envie irrépressible de consommer) (76).

Depuis 2017, les médecins généralistes peuvent prescrire de l'APA à leur patient présentant une Affection Longue Durée (ALD). Cependant, le frein financier est également problématique pour ce type d'alternative car l'APA n'est pour le moment pas remboursée par l'Assurance Maladie. Certaines mutuelles ou certains secteurs territoriaux la prennent en partie ou totalement en charge. A Caen, le dispositif « sport sur ordonnance » propose un parcours d'APA aux patients identifiés comme étant sédentaires par le médecin, et atteints de l'une des cinq pathologies chroniques suivantes : diabète de type 2, troubles psychotiques, dépression, affections de l'appareil locomoteur et obésité infantile. Le parcours d'APA est alors gratuit pour le patient (77).

b. Difficultés liées au type de pathologies douloureuses

Certains types de douleur semblent plus à même d'entraîner des cas de mésusage et rendent leur prise en charge délicate.

C'est le cas des douleurs chroniques qui, de l'avis des praticiens interrogés, induisent des mésusages difficiles à gérer. Un certain découragement est ressenti et une lassitude lors de ce type de prise en charge (M8). La plupart des médecins interrogés rapportent qu'ils concentrent plutôt leur effort sur la prévention et la prise en charge des mésusages lors des douleurs aiguës (M3). Ils expriment se sentir en difficulté dans les douleurs chroniques et dans ces cas-là, orientent rapidement les patients vers des centres spécialisés.

Les douleurs chroniques posent également le problème de la pharmaco-dépendance, inhérente à toute prescription prolongée d'opioïdes. Dans ces situations, il est difficile de savoir si une recrudescence douloureuse lors d'une diminution est due à la pathologie douloureuse initiale ou à des symptômes de sevrage. La présence d'une pharmaco-dépendance complique la prise en charge du mésusage et peut nécessiter une consultation spécialisée avec, le cas échéant, l'introduction d'un traitement de substitution.

c. Difficultés organisationnelles

- La gestion du temps en médecine générale

Le manque de temps au cours d'une consultation de médecine générale est pointé par beaucoup de médecins généralistes comme un frein la prise en charge de pathologies complexes telles que les problématiques addictives.

La demande de soins est de plus en plus importante et le nombre de praticiens diminue, ce qui oblige les praticiens à trouver un équilibre entre assurer une disponibilité pour tous les patients et offrir des soins de qualité.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes. Les consultations s'allongent lors de pathologies complexes, notamment pour des motifs psychologiques ou psychiatriques (78) (79).

Plusieurs thèses sur la prise en charge de troubles de l'usage de substance en médecine générale identifient la durée des consultations et la gestion du temps comme des freins à la prise en charge. Les médecins généralistes estiment ne pas avoir suffisamment de temps lors de la consultation pour bien prendre en charge un trouble de l'usage d'alcool (80), de benzodiazépines (81) ou d'opiacés (82).

Il en est de même pour plusieurs médecins de notre étude.

Le manque de valorisation de ce type de consultation est également pointé du doigt. En effet la tarification à l'acte ne tient pas compte de la durée de ce type de consultation. La rémunération est la même pour une rhinopharyngite banale et une consultation plus longue d'addictologie (80). Une tarification à la hausse permettrait une revalorisation de ce type de consultation. C'est le cas depuis 2017 avec une majoration de 16€ pour les consultations complexes (concernant notamment les consultations pédiatriques et gynécologiques) et à 60€ pour les consultations très complexes qui incluent, depuis juillet 2021, la réalisation et la transmission des dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (83).

Un des praticiens (M11) évoquait le développement de postes d'assistants médicaux pour permettre au médecin de se dégager plus de temps médical et de mieux prendre en charge ce type de patient. L'assistant médical remplirait des missions administratives et optimiserait le temps de consultation avec, par exemple, une aide au déshabillage, à la prise des constantes ou à la mise à jour des dossiers des patients. Il pourrait également remplir des missions de coordination entre les différents acteurs du soin (84).

- Difficulté d'adressage en consultations spécialisées

La plupart des médecins interrogés adressent leurs patients en consultation spécialisée d'addictologie ou vers un CETD en cas de difficulté à gérer une situation de mésusage.

En addictologie, le réseau se divise en trois secteurs, selon la circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie :

- Le secteur médico-social spécialisé en addictologie qui comprend :
 - Les CSAPA. Dans le Calvados nous retrouvons 4 CSAPA : un à Lisieux, un à Vire et 2 à Caen (celui de l'Association Addictions France (AAF) et celui de l'EPSM situé Rue de Bretagne. Le CSAPA de l'AAF est réparti sur trois sites, dont deux lieux de soins : le CSAPA Rive Gauche et le CSAPA Rive droite.)
 - Les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs). Il existe des CJC à Caen, à Lisieux, à Honfleur et à Deauville
 - Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues). Dans le Calvados, le CAARUD se situe à Caen, adossé au CSAPA rue de Bretagne.
- Le secteur hospitalier qui comprend les consultations d'addictologie, les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), les hospitalisations de jour, les hospitalisations complètes et les soins de suite et de ré-adaptation en addictologie (SSRA).
- Le secteur libéral qui comprend les professionnels de santé participant aux prises en charge addictologiques. On y trouve des addictologues libéraux, des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues, des pharmaciens.

Concernant l'offre de soin en douleur, on retrouve le CETD du CHU de Caen, le centre anti-douleur de la polyclinique du Parc à Caen, et les centres anti-douleur du centre hospitalier de Bayeux, du centre hospitalier de Lisieux et du centre hospitalier de Vire.

La difficulté pour orienter les patients vers ces structures est préoccupante pour les praticiens.

La difficulté la plus mentionnée est liée aux délais de consultation. En effet, la majorité des praticiens interrogés orientent leur patient vers des centres d'addictologie ou des CETD. Dans ces deux types de structures, les délais de consultations sont longs, généralement plusieurs mois. Que ce soit en addictologie ou en douleur, les demandes de consultations sont nombreuses avec un personnel médical et paramédical insuffisamment nombreux pour

répondre rapidement à ces demandes. Ces difficultés sont encore majorées dans les zones reculées où l'offre de soin est limitée.

Cela oblige les praticiens à gérer la situation seuls jusqu'à la date du rendez-vous et est également à risque que le patient ne se rende jamais à la consultation prévue. Pour certains praticiens, c'est une perte de chance pour le patient, car celui-ci pourrait perdre la motivation qu'il avait au moment de la demande de prise en charge. Comme vu précédemment, les patients concernés par les situations de mésusage présentant souvent des traits de personnalité d'impulsivité et la frustration de l'attente peut être difficile à gérer (M11).

Ces difficultés sont partagées par beaucoup médecins et révélées par de nombreuses thèses sur les prises en charge des addictions en médecine générale (82) (80).

Un meilleur accès aux consultations d'addictologie pourrait passer par les Infirmier(e)s en Pratique Avancée (IPA) en addictologie. La pratique avancée de l'art infirmier a deux objectifs : améliorer l'accès aux soins des patients et la qualité de leur parcours. La publication en 2020 d'un référentiel des pratiques infirmières avancées en addictologie avait pour objectif de garantir un haut niveau de compétence et une prise en charge réellement spécialisée (85). Un premier contact avec un IPA en addictologie permettrait de raccourcir les délais de prise en charge dans plusieurs centres de soins. Ce type de suivi existe déjà dans certaines pathologies chroniques, notamment le diabète.

La télémédecine est une autre solution pour optimiser l'accès au soin. La téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Elle vise à favoriser l'accès au soin, notamment dans les territoires dotés d'une faible densité médicale. Elle permet également de faciliter l'accès aux consultations aux patients présentant des difficultés financières ou logistiques pour se déplacer dans un centre de soin. Dans le champ de l'addictologie, elle est possible car la consultation s'appuie principalement sur l'entretien et l'observation du patient. La téléexpertise, quant à elle, permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux. Son objectif est de pallier la faible disponibilité des ressources en spécialistes et de structurer la communication entre intervenants, dans la mesure où elle donne systématiquement lieu à un compte rendu. Depuis aout 2018, les actes de téléconsultation et de téléexpertise sont intégrés à la nomenclature de l'Assurance Maladie avec des conditions de remboursement précises. Cependant les personnes en situation de précarité sont fréquemment exclues de l'accès aux

technologies de l'information et de la communication. Elles ont donc peu accès à la télémédecine (86).

La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est un autre dispositif pouvant aider le médecin généraliste à gérer des situations complexes et à organiser le parcours de soin. Il peut s'agir d'une complexité médicale (pluri-pathologie) ou d'une complexité psycho-sociale (isolement social, addiction). Elle peut notamment procéder à l'évaluation des besoins du patient, proposer différentes interventions et assurer leur suivi. La capacité de réponse de la PTA s'appuie sur une équipe ayant une connaissance des dispositifs sanitaires et médico-sociaux du territoire. (87). A Caen, la PTA est portée par l'Association Revivre.

Une autre des difficultés rapportées par des praticiens est le manque de suivi et de coordination avec les centres d'addictologie. Certains déplorent un manque de communication freinant la prise en charge (M7). Une thèse de 2018 a été réalisée en Picardie sur l'échange d'informations médicales entre les centres d'addictologie et les médecins généralistes. Elle conclut que la majorité des médecins traitants interrogés estiment leur coopération comme mal organisée et le suivi médical conjoint des patients non satisfaisant. Le premier frein dans la coordination des soins est la mauvaise connaissance du réseau de soin en addictologie. Les délais de consultation et la mauvaise communication entre médecins généralistes et addictologues, de façon bilatérale, représentent également des freins (88).

Dans une autre thèse explorant les pratiques des médecins généralistes face aux principales addictions aux produits, un des médecins interrogés rapporte que : « *Les CSAPA savent qu'on existe, nous, les médecins traitants, mais nous on ne sait pas qu'eux existent* ». Les médecins interrogés déplorent également un manque de retour de la part des addictologues (89).

Dans notre étude, la mauvaise connaissance du réseau addictologique local est également soulignée comme majorant la difficulté de la prise en charge (M2).

Il semble donc exister un manque de visibilité des structures addictologiques de la part des médecins généralistes ainsi qu'un manque de communication entre les professionnels de santé.

Les médecins généralistes du Calvados sont en demande d'un meilleur lien avec le réseau de soins en addictologie. Une des solutions à mettre en place serait de renforcer la coordination. L'optimisation des interactions entre médecins généralistes et addictologues pourrait, dans un

premier temps, passer par la réalisation systématique de comptes rendus des consultations spécialisées adressés au médecin traitant.

d. Difficultés liées au praticien

- Le manque de formation

La plupart des médecins interrogés se sentent insuffisamment formés pour prendre en charge les mésusages d'antalgiques opioïdes.

En effet, plusieurs praticiens déplorent un manque de formation en addictologie ainsi qu'en douleur, et notamment sur les effets indésirables et précautions d'emploi des antalgiques opioïdes.

Concernant la formation initiale, 10 sur 12 des praticiens interrogés la jugent insuffisante pour gérer ce type de situation.

Un des praticiens (M12) a souligné que cette formation initiale différait fortement selon l'âge du médecin. Ainsi, les praticiens les plus âgés de notre échantillon nous ont rapporté avoir eu une formation initiale qu'ils jugent très limitée, non spécifiquement concernant la douleur et l'addictologie, mais en ce qui concerne la pratique de la médecine générale (M3, M6, M12).

Avant 2004, les médecins généralistes ne passaient pas le concours de l'internat à la fin du 2^{ème} cycle des études médicales. Celui-ci était réservé aux étudiants se destinant à une carrière de spécialistes. À la fin du 2^{ème} cycle, les futurs médecins généralistes devaient effectuer un résidanat et soutenir une thèse d'exercice au cours de leur 3^{ème} cycle. La durée de ce résidanat a augmenté au fil du temps. Elle est passée de 1 à 2 ans en 1984, puis à 2 ans et demi en 1995 et enfin à 3 ans à partir de 2001.

En 2004, la médecine générale devient une spécialité médicale. Tous les étudiants doivent alors passer par l'Epreuve Classante Nationale (ECN) pour postuler au Diplôme d'études spécialisées en Médecine Générale (DES de médecine générale) et accéder au 3^{ème} cycle des études médicales.

À partir de 1995, les résidents doivent effectuer dans leur maquette un semestre chez un médecin généraliste agréé. Avant cette date, les stages chez les médecins généralistes ne duraient que quelques journées au cours du résidanat (90).

Cependant, le rallongement du 3^{ème} cycle des études médicales ne semble pas avoir suffi à mieux former les médecins généralistes dans les domaines de l'addictologie et de la douleur. Ainsi, même les médecins les plus jeunes de notre étude estiment ne pas avoir reçu une formation initiale suffisante pour la prise en charge du mésusage d'antalgiques opioïdes (M2, M7, M11).

Que ce soit lors du 2^{ème} cycle ou du 3^{ème} cycle des études médicales, l'addictologie n'est quasiment pas abordée au cours des études de médecine générale. Ainsi, au cours du 2^{ème} cycle, elle est abordée dans 6 items du collège de psychiatrie (un seul item avant 2016) où les définitions générales et notions de base sont apportées, sans éléments précis de prise en charge. Concernant la douleur, un seul item est dédié à la prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'adulte : il liste les principaux antalgiques avec leurs contre-indications et précautions d'emploi. Il n'existe ensuite pas de cours d'addictologie ou de prise en charge de la douleur au cours du 3^{ème} cycle en médecine générale.

L'enseignement initial semble donc très limité comparé à l'importance des problématiques addictologiques en médecine générale d'un point de vue épidémiologique. En effet une consultation sur cinq de médecine générale est en rapport avec un mésusage d'alcool (91). En 2009, deux tiers des médecins généralistes ont vu en consultation au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année (92) et 70 % d'entre eux ont vu un patient pour un sevrage tabagique dans les sept derniers jours de leur exercice professionnel (93).

Presque tous les médecins interrogés estiment avoir été insuffisamment formés concernant le mésusage des antalgiques opioïdes. Certains ont donc passé des diplômes complémentaires à la fin de leurs études en douleur ou en addictologie.

Ce manque de formation est un frein cité de façon récurrente dans les thèses sur la prise en charge des troubles de l'usage en médecine générale (89) (80).

Une étude réalisée en 2015 évaluait les connaissances et pratiques addictologiques des internes de médecine générale (IMG) en fin de cursus grâce à un questionnaire électronique envoyé aux départements de médecine générale. Un lien entre le niveau de connaissance et les modalités de formation à l'addictologie était recherché. L'étude montrait 77,5 % des étudiants n'obtenaient pas la moyenne au test proposé. Par ailleurs, cette étude mettait en évidence une relation entre la présence d'une formation à l'addictologie durant le 3^e cycle (6 heures en moyenne) et l'observation d'un meilleur niveau de connaissance en fin de cursus. De même, il

y avait significativement plus de poste ouvert en stage d'addictologie dans les facultés (en moyenne 3 fois plus) lorsque les internes obtenaient la moyenne au test (94).

Enfin, une thèse réalisée en 2020 par deux internes de médecine générale à Caen a évalué si le fait de suivre une formation utilisant la méthode systématisée de l'enseignement explicite améliorait significativement les compétences des IMG pour la prise en charge du mésusage d'alcool en soins de premier recours. L'enseignement explicite est une méthode d'enseignement basée sur la réalisation de cours magistraux. Son objectif est de favoriser la compréhension et la mémorisation à long terme de l'apprentissage. Les IMG volontaires étaient évalués avant puis après la réalisation de l'enseignement. A la fin de l'étude il était observé qu'avant intervention, en fin d'internat, 63 % des IMG n'obtenaient pas la moitié des points au test de compétences. Délivrer une formation suivant les principes de l'enseignement explicite et se basant sur des objectifs pédagogiques préalablement identifiés par consensus d'experts, permettait une progression significative des notes au test de compétences dans le même échantillon comparé aux témoins n'ayant pas suivi la formation (95)(96).

Plusieurs solutions ont été mises en avant par les praticiens notamment concernant la formation au cours de l'internat de médecine générale. Cette formation pourrait se faire sous la forme d'un séminaire de quelques jours sur les principaux troubles de l'usage retrouvés en médecine générale et leur prise en charge. Des situations cliniques pourraient être étudiées lors de séances de GAAP dédiées à l'addictologie. Des professionnels de santé en addictologie pourraient animer ces séances en collaboration avec les enseignants de médecine générale. Une formation en addictologie pourrait également être dispensée aux enseignants avant les séances de GAAP. Des simulations de consultations d'addictologie seraient un moyen original d'aborder la prise en charge addictologique et notamment l'entretien motivationnel. Enfin, un aménagement des terrains de stage pourrait être réalisé afin d'accueillir les internes sur des lieux de soin en addictologie. Un des praticiens (M5) suggérait qu'au cours des stages en cabinet de médecine générale, une partie du temps de travail soit dédié à des consultations dans une structure d'addictologie. Ce partage des lieux de stage pourrait se réaliser au cours d'une éventuelle quatrième année d'internat.

2. Leviers dans la prise en charge

Nous avons également exploré les leviers qui facilitent la prise en charge par les médecins généralistes.

a. La place du médecin traitant dans le parcours de soin

Le médecin traitant est le médecin de premier recours. Il fait également partie du réseau de soin en addictologie et en douleur, il en est la porte d'entrée principale.

La place du médecin traitant dans le parcours de soin en fait un élément central de la prise en charge et du dépistage des mésusages. Comme l'ont rapporté plusieurs des praticiens interrogés, la proximité et la relation de confiance avec le patient sont des atouts importants. En effet, une bonne connaissance de ses patients est un outil précieux pour évaluer un éventuel risque de mésusage et en repérer un le cas échéant. Le médecin généraliste connaît également l'environnement du patient, son mode de vie, sa situation socio professionnelle.

Cependant cette connaissance du patient peut être mise en défaut. Plusieurs des praticiens ont exprimé leur surprise en découvrant que leurs patients consommaient des antalgiques opioïdes avant que la prescription ne soit obligatoire (M2, M7, M11). D'autres indiquent également se méfier des représentations, car les patients qui mésusent ne sont pas forcément ceux qu'ils auraient imaginé. *M9 : « parce qu'on peut être surpris, certains patients peuvent avoir une sensibilité aux paliers 2 et aux codéinés qu'on n'avait pas supputés alors que d'autres personnes qui pourraient être étiquetés plus à risque de mésusage comme on nous l'a appris dans le cursus médical, justement pour avoir utilisé d'autres substances ou avoir eu d'autres mésusages par le passé, ils vont pas y aller ».*

Le parcours de soin participe également à la limitation du nomadisme médical.

b. La pluridisciplinarité

En cas de difficulté, le médecin généraliste doit pouvoir s'appuyer sur le réseau de soin en addictologie et en douleur.

Ainsi, malgré les difficultés évoquées précédemment, ces deux réseaux restent un soutien incontournable pour les praticiens.

Les centres d'addictologie et de douleur permettent la prise en charge coordonnée par plusieurs acteurs de santé notamment infirmiers, psychologues, assistants sociaux et médecins. Ce travail en équipe permet une prise en charge globale des situations complexes, où chaque acteur du soin apporte ses propres compétences. Il est plus difficile pour le médecin généraliste d'avoir accès à cette pluridisciplinarité.

Dans les CETD, cette pluridisciplinarité permet de proposer aux patients algiques de nombreuses alternatives thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

Ces réseaux sont donc un recours important pour les praticiens, dont la plupart, même s'ils en ont une connaissance limitée, ont un interlocuteur à qui adresser leur patient en cas de besoin.

Parmi les autres acteurs du réseau de soin en libéral, nous retrouvons les pharmaciens.

Le travail en coordination avec les pharmacies est un levier important rapporté par les praticiens. Que ce soit pour le dépistage du mésusage ou pour sa prise en charge en cadrant les délivrances (M10), le pharmacien est un allié précieux. Ainsi plus de la moitié des praticiens interrogés s'appuie sur la pharmacie pour mieux gérer cette problématique. Grâce au dossier pharmaceutique évoqué par l'un des praticiens (M6), les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois sont recensés, pour chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie. Il faut l'accord du patient pour créer le dossier pharmaceutique et que le patient ait sa carte vitale avec lui le jour de la délivrance. Ce système permet de sécuriser les délivrances en évitant la iatrogénie ou la redondance des traitements.

c. Législation de la prescription d'antalgiques opioïdes

Enfin, plusieurs des médecins interrogés sont rassurés par l'obligation de présenter une ordonnance pour consommer des antalgiques opioïdes. Cela leur permet de contrôler la prise de leur patient. L'interdiction de la codéine en vente libre depuis 2017 est d'ailleurs saluée par beaucoup d'entre eux.

Plusieurs des praticiens ont également évoqué la crise des opioïdes aux Etats Unis. Selon eux, un des éléments qui protège la France d'une telle épidémie est justement la prescription obligatoire (M5 et 11).

En effet, plusieurs travaux ont été réalisés mettant en évidence les différences entre le système de soin français et américain qui rassurent quant à une éventuelle crise française des opioïdes. Parmi ces éléments nous retrouvons les conditions de prescription et de délivrance des opioïdes, plus strictes en France, ainsi qu'un meilleur contrôle de la publicité en faveur des médicaments et l'impossibilité pour une firme de faire de la publicité auprès du grand public (97) (98).

C. Etude des pratiques des médecins généralistes du Calvados concernant le mésusage d'antalgiques opioïdes

Dans cette partie de la discussion, nous allons étudier les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la prévention, du repérage et de la prise en charge du mésusage d'antalgiques opioïdes. Nous allons également comparer ces pratiques aux recommandations de bonnes pratiques.

1. Prévention du mésusage

Des recommandations de bonnes pratiques sur la prescription des antalgiques opioïdes ont été publiées pour limiter les situations de mésusage.

Ainsi les recommandations de Limoges de 1999 mises à jour en 2010, dans la douleur non cancéreuse en rhumatologie, ont proposé un repérage des sujets à risque (27).

L'American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) a également édité des recommandations portant notamment sur le repérage et la prévention. On y retrouve des principes généraux de prévention des situations de mésusage à l'initiation du traitement, c'est-à-dire une bonne information et éducation du patient, ainsi qu'une contractualisation systématique des objectifs thérapeutiques, de l'observance thérapeutique et de sa surveillance (99).

La prévention passe par une évaluation des facteurs de risque de développer un mésusage avant l'introduction du traitement. Selon B. Rolland et al., ces facteurs de risque doivent être dépistés avant toute introduction d'un traitement par antalgique opioïde et une information claire doit être donnée au patient sur le risque de dépendance (42). Le risque de mésusage ne contre-indique alors pas la prescription, mais impose une surveillance et une contractualisation plus importante. Il s'agit d'anticiper avec le patient, que celui-ci présente des facteurs de risque ou non, que le traitement initié est destiné à être arrêté après la disparition de la douleur ou de sa cause, ou en cas d'inefficacité (100).

Les facteurs de risque mésusage rapportés par la SFETD sont :

- Le jeune âge,
- Le sexe masculin,
- Une comorbidité psychiatrique présente au moment de la prescription,

- Des problèmes légaux et comportementaux chez les hommes,
- Un antécédent de mésusage de substance comprenant alcool, médicaments et substances illicites,
- Un tabagisme actif,
- Une consommation de produits illicites,
- Une prescription d'opioïdes faibles supérieure à la posologie quotidienne recommandée avant un opioïde fort (28).

Ces critères sont également retrouvés dans une méta analyse sur les facteurs de risque de mésusage d'opioïdes de prescription publiée par Cragg en 2019 (101). Les autres facteurs de risques retrouvés dans la littérature sont l'intensité de la douleur, une analgésie inadéquate ainsi que les antécédents familiaux d'abus de substance (102).

Concernant les comorbidités psychiatriques, les pathologies citées comme majorant le risque de mésusage d'une substance (et non spécifiquement des antalgiques opioïdes) sont : les troubles dissociatifs, la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression, le trouble de la personnalité à type borderline, les idées suicidaires, l'état de stress post-traumatique, le jeu pathologique, les troubles anxieux, les dysmorphophobies et enfin l'anxiété sociale et l'agoraphobie. Concernant le risque de mésusage spécifique des antalgiques opioïdes, la pathologie psychiatrique la plus répertoriée est la dépression (102). Au sujet des antécédents de troubles de substances, une étude rapporte que dans un échantillon de patient sous antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques, les antécédents de troubles de l'usage datés de plus de 5 ans avant le début du traitement ne seraient plus liés à un risque accru de mésusage (103).

Plusieurs outils peuvent être utilisés comme aide à l'évaluation des facteurs de risque de mésusage dont l'Opioid Risk Tool (ORT) (Annexe 5) et le Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain–Revised (SOAPP-R). Le SOAPP-R étant plus complet et précis, mais plus long à réaliser, l'ORT est l'outil plus utilisé en pratique (42).

Il permet une évaluation rapide, en 5 questions, du risque de mésusage avant l'introduction d'un traitement par antalgique opioïde. Selon le résultat, le risque est faible, modéré ou élevé (104).

Les facteurs de risque explorés dans l'ORT sont les antécédents familiaux et personnels de troubles de l'usage de substance (les troubles de l'usage de médicaments prescrits étant les plus à risque), l'âge entre 16 et 45 ans, le sexe masculin, les troubles psychiques (comprenant les troubles de l'attention, les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels compulsifs, la

schizophrénie et la dépression) et enfin les antécédents d'abus sexuel dans l'enfance qui sont un facteur de risque uniquement chez les femmes.

L'item sur les abus sexuels dans l'enfance chez les femmes est basé sur un article de Kendler et al. publié en 2000 (105) qui retrouve que les femmes rapportant un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance sont plus à risque de développer un trouble psychiatrique à l'âge adulte, incluant un trouble de l'usage d'alcool ou d'autres substances psycho actives (106).

Peu des praticiens interrogés ont une démarche de dépistage systématique (33 %) et aucun n'utilise d'outils, la plupart ne les connaissant pas. Ils ont cependant une bonne connaissance des principaux facteurs de risque de mésusage. En effet, lors de nos entretiens les principaux facteurs de risque ont été cités par les praticiens. Le facteur de risque le plus cité est l'antécédent d'usage problématique d'autres substances psycho actives, évoqué par tous les médecins interrogés, notamment d'alcool, de substances illicites et de médicaments comme les somnifères ou les benzodiazépines. Les comorbidités psychiatriques et les troubles du comportement sont cités par 42 % des praticiens, le jeune âge par 17 % des médecins et enfin le sexe masculin et l'analgésie inadéquate sont cités par un seul praticien. Les antécédents familiaux d'abus sexuel dans l'enfance chez les femmes et les antécédents familiaux de troubles de l'usage n'ont pas été évoqués comme facteurs de risque.

Cependant, cette évaluation des facteurs de risque implique une bonne connaissance des consommations du patient. Or, plusieurs travaux ont montré que l'interrogatoire du patient sur ses consommations n'était pas systématique. Ainsi, des études ont montré que la consommation d'alcool n'était pas systématiquement interrogée en médecine générale, mais plutôt en cas de suspicion sur certains points d'appel (107) (80). Un des médecins a également évoqué que la question de l'antécédent d'abus sexuel dans l'enfance n'était pas évidente à aborder lors de la consultation.

Les praticiens n'ont pas la même prise en charge s'ils dépistent un risque de mésusage.

En effet les deux tiers d'entre eux vont éviter au maximum de prescrire un antalgique opioïde en cas de facteur de risque, malgré un risque alors accru de mésusage dans un contexte d'analgésie insuffisante.

D'autres praticiens veulent soulager le patient en priorité, qu'il y ait ou non des facteurs de risque de mésusage. Plusieurs d'entre eux précisent que cette volonté de soulager le patient avant tout vient de ce qu'on leur a appris au cours de leur exercice :

M3 « On nous a tous appris que fallait pas hésiter à mettre de la morphine, il y a des médecins qui sont réticents, moi je suis pas réticent du tout, »

M4 « moi j'ai connu une époque où on nous disait « olala la douleur, faut pas laisser les gens souffrir, morphine, morphine ! » enfin moi j'ai connu ce discours-là, mais il y a quelques années »

Concernant l'information transmise aux patients, plusieurs médecins admettent ne pas assez informer le patient du risque de mésusage. M3 : *« je le fais absolument jamais. Et ça c'est un mea culpa. Jamais quand je les utilise, alors j'ai pas une idée de fréquence, je donne une posologie bien claire et une durée, mais par contre je les préviens jamais. Je leur dis jamais « faites gaffe » [...] Comme on fait avec les benzos, comme je le fais quasiment systématiquement avec les benzos.[...] et je ne le fais jamais pour la codéine... pour les opioïdes faibles. Faut reconnaître, ce qui est débile hein ! »*

Ce même praticien proposait la création d'un pictogramme informant du risque addictif sur les boîtes de médicaments en question.

Une meilleure information du patient serait donc un moyen efficace de prévention.

Un des moyens de prévenir le mésusage est également la déprescription du traitement s'il n'est plus ou pas indiqué. La déprescription se définit comme "l'arrêt volontariste d'une prescription" de médicaments inutiles ou délétères (7) ou encore comme la diminution ou l'arrêt de médicaments dans le but de prévenir les événements indésirables et de réduire l'utilisation inappropriée de médicaments (8).

Ce processus est planifié et supervisé avec pour objectif la réduction de dose ou d'interruption d'un médicament. La déprescription est de plus en plus encouragée en gériatrie pour diminuer le risque de iatrogénie lié à la polymédication.

Ainsi, en cas d'inefficacité ou d'effets indésirables, l'OFMA préconise la déprescription des antalgiques (108).

Cette déprescription est, en pratique, souvent abordée par le praticien avec son patient, généralement lors du renouvellement. Les médecins de notre étude expliquaient envisager cette déprescription si le patient était soulagé d'un point de vue de la douleur ou après une durée de prescription prédéfinie, notamment pour les douleurs aiguës. Quelques médecins nous ont rapporté anticiper l'arrêt du traitement dès son initiation. Ils expliquaient alors au patient que le traitement était transitoire, qu'il avait pour but de soulager une douleur due à une étiologie précise et était voué à être arrêté dès la résolution de cette étiologie.

2. Repérage du mésusage

Au cours de la prescription, le traitement doit être régulièrement réévalué sur le point de vue de la douleur et de la tolérance, en particulier lors des renouvellements. Les situations de mésusages doivent également être recherchées, notamment en cas de signes d'appel, comme des demandes d'augmentation de posologie sans explication physiopathologique, un non-respect de la prescription, un refus systématique des alternatives thérapeutiques ou encore le recours à d'autres prescripteurs (42). Deux outils peuvent être utilisés comme aide au dépistage d'un mésusage. Il s'agit du Prescription Opioid Misuse Index (POMI) (Annexe 6) et du Current Opioid Misuse Measure (COMM). Il s'agit d'auto-questionnaires, le POMI étant plus court (6 items) donc plus simple et adapté en consultation que le COMM dans sa version originale (17 items). Il existe également une version raccourcie du COMM à 9 items, le COMM-9 (109).

Au cours du traitement, les praticiens interrogés sont vigilants aux signes d'alerte pouvant indiquer un mésusage. Les signaux rapportés au cours des entretiens sont notamment les renouvellements trop précoces, les recours à plusieurs prescripteurs et le signalement par le pharmacien. Aucun d'eux ne connaissait l'existence d'outils.

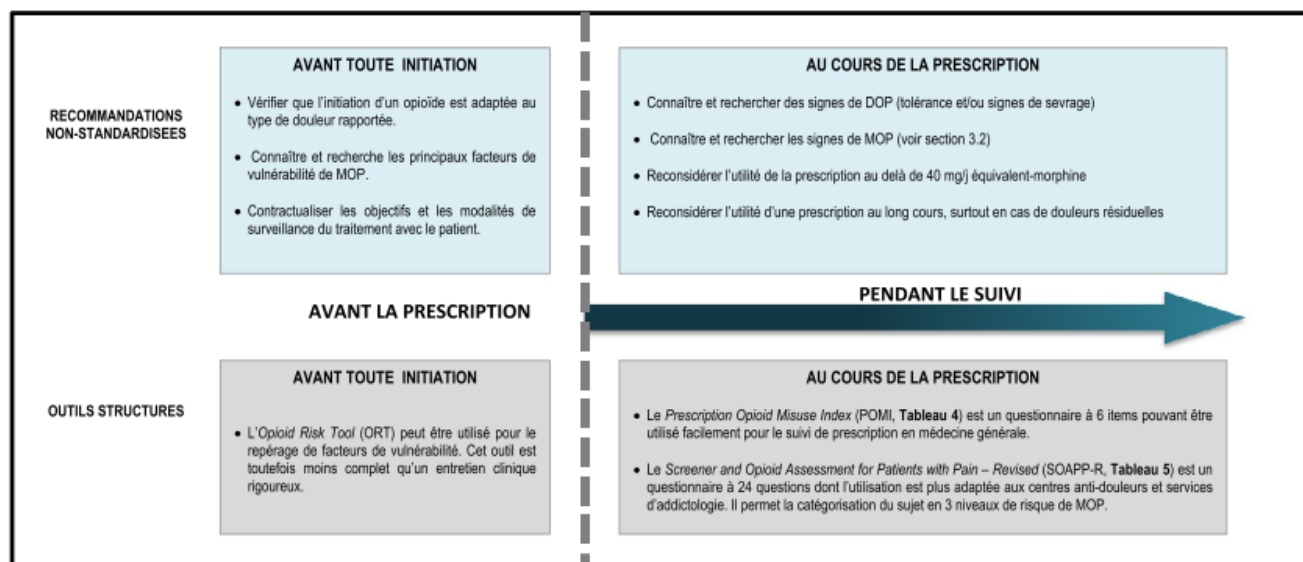


Figure 10. : Recommandation pour l'évaluation initiale et le suivi de prescription d'opioïdes à visée antalgique

Image issue de « Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge » par Pr Rolland Benjamin, CHRU de Lille

Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB), majoritairement utilisés pour favoriser l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool, peuvent également être utilisés pour repérer et limiter le mésusage d'analgiques opioïdes. Il s'agit d'une procédure de prévention visant au repérage précoce d'un comportement de consommation d'une substance psychoactive. L'objectif est d'identifier une situation problématique ou qui risque de le devenir. Le RPIB est donc à l'initiative du professionnel en l'absence de toute demande de la personne qui ne pourrait se formuler qu'après que des dommages suffisamment graves auront été perçus par le consommateur. La personne ainsi repérée fait l'objet d'une intervention brève structurée et ciblée sur le changement de comportement (110).

Dans le cadre du mésusage d'analgiques opioïdes, le repérage précoce peut se faire via l'outil POMI, une fois par an selon les recommandations de l'HAS. L'intervention brève consiste ensuite à :

- Restituer les résultats du questionnaire POMI,
- Informer sur les risques concernant le mésusage,
- Evaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels,
- Identifier les représentations et les attentes du consommateur,
- Echanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt du mésusage,
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter le mésusage,

- Proposer des objectifs et laisser le choix,
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt du mésusage,
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation (111).

Concernant l'utilisation des outils, les médecins généralistes sont plutôt ambivalents. En effet, plusieurs d'entre eux étaient demandeurs d'outils pour les aider dans la prise en charge, notamment sur le dépistage des facteurs de risques, ainsi que des aides à la prescription et à la déprescription (M4, M7, M8). Cependant certains ont rapporté que les outils, et notamment ceux sous forme de grille, ne sont pas évidents à utiliser en médecine générale, car chronophages et pas toujours adaptés à la consultation de médecine générale (M2, M12).

À la fin des entretiens, deux outils leur étaient remis avec une information sur leur utilisation et leur objectif. Il s'agissait de l'ORT et du POMI. Les praticiens étaient globalement plus séduits par le POMI qui peut se réaliser en salle d'attente en attendant la consultation. De plus, ils trouvaient que les items de l'ORT n'étaient pas faciles à aborder, notamment celui sur l'antécédent d'abus sexuel. Nous avons également vu que les antécédents addictologiques n'étaient pas forcément connus. Une adaptation de l'ORT en auto-questionnaire pourrait être une des solutions d'amélioration. Il pourrait alors être réalisé en salle d'attente ou avant la prochaine consultation. Cela serait également l'occasion d'aborder avec le patient d'éventuels troubles de l'usage non connus et de l'interpeller sur ses consommations. Une explication claire et précise de l'objectif du questionnaire serait dispensée pour favoriser la compliance du patient et permettrait également d'informer des risques de la consommation d'opioïdes. Le patient serait alors plus actif et responsabilisé dans sa prise en charge. Cependant, une mauvaise compréhension de la part du patient pourrait sous ou surévaluer le risque de mésusage. Par ailleurs, une utilisation plus large du RPIB permettrait de mieux connaître le statut addictologique du patient. Concernant l'item sur l'antécédent d'abus sexuel, il n'est coté que chez les femmes et est peu discriminant par rapport aux autres items. Aussi, sa suppression n'aurait comme conséquence qu'une légère sous-évaluation du risque chez les femmes.

3. Prise en charge du mésusage

En cas de repérage d'un mésusage, il convient tout d'abord d'explorer l'origine du mésusage. Cette exploration passe par l'évaluation et l'anamnèse de trois aspects : la douleur et la maladie sous-jacente, la recherche d'une comorbidité psychiatrique et la recherche d'une comorbidité addictologique (112).

Concernant la prise en charge du mésusage, il n'existe actuellement pas de recommandations françaises.

Rolland et al. proposent une prise en charge dépendant de la problématique rencontrée. Ils distinguent trois situations :

- Les situations de pharmaco-dépendance isolée (DOP), sans mésusage associé, qui est inhérent à tout traitement prolongé par opioïdes et peut survenir chez tout sujet,
- Les situations de mésusage sans pharmaco-dépendance (MOP),
- Les situations mixtes où les patients présentent une pharmaco dépendance et un mésusage (42).

En cas de pharmaco-dépendance isolée, en l'absence de douleur résiduelle, une réduction lente et programmée de l'opioïde peut être réalisée en ambulatoire. Il n'existe actuellement pas de protocole validé. Le patient doit alors être prévenu de l'apparition d'éventuels symptômes de sevrage. Il est important d'insister sur le fait qu'une réapparition des douleurs lors de la diminution ne signifie pas que l'opioïde est nécessaire, mais que les douleurs sont dues au sevrage. En cas de douleur résiduelle, l'indication douloureuse doit être reconsidérée avec un objectif d'alternatives thérapeutiques, pharmacologiques ou non. En cas d'échec, un avis auprès d'un médecin de la douleur est recommandé (42).

Concernant les cas de mésusages sans pharmaco-dépendance, une évaluation par un centre de la douleur ou d'addictologie devrait être systématiquement demandée. Un avis psychiatrique peut également être souhaité selon les cas. En l'absence de pharmaco-dépendance le traitement peut théoriquement être arrêté, mais cela pourrait entraîner un arrêt du suivi du patient. La prise en charge doit donc comprendre une évaluation globale des facteurs de vulnérabilité associés. Un arrêt du traitement est ensuite souhaitable si l'état douloureux le permet ou la mise en place d'alternatives thérapeutiques.

Enfin, en cas de mésusage associé à une pharmaco dépendance, une orientation vers un centre de prise en charge de la douleur ou d'addictologie est nécessaire, avec au mieux, une prise en charge coordonnée entre les deux structures. En cas d'absence de douleur résiduelle, une diminution progressive peut être réalisée ou un relais d'emblée par un traitement de substitution. En l'absence de douleur, la buprénorphine sera préférée pour sa simplicité de prescription. En cas de douleur résiduelle modérée, la buprénorphine peut être utilisée en fractionnement et à dose plus élevée. En cas de douleur sévère on privilégiera la méthadone pour ses effets antalgiques. Le choix de la molécule devrait se faire en concertation entre les équipes de prise

en charge de la douleur et d'addictologie. Dans tous les cas, une évaluation et une prise en charge spécifique des comorbidités addictologiques et psychiatriques doivent être réalisées de façon concomitante (42).

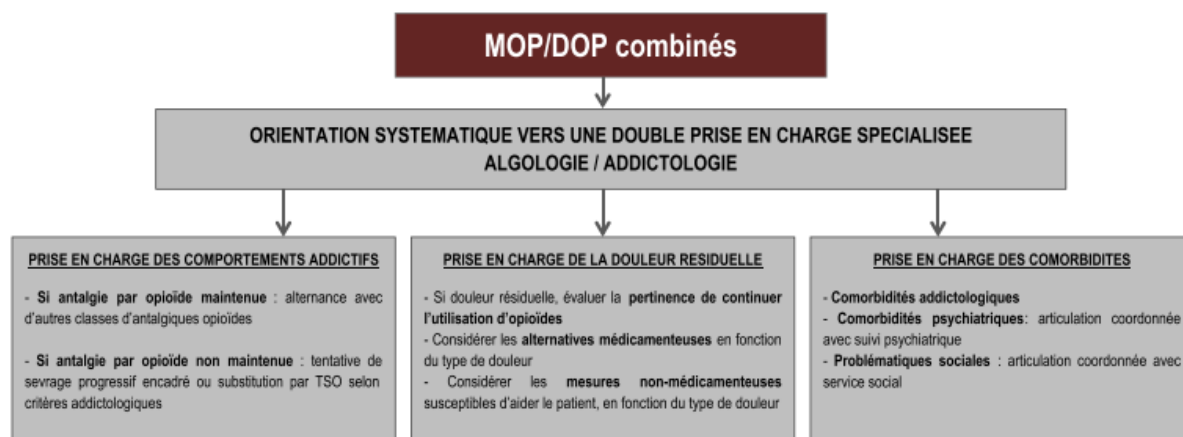


Figure 11. Prise en charge d'une situation de mésusage d'un antalgique opioïde associé à une pharmacodépendance

Image issue de « Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge » par Pr Rolland Benjamin, CHRU de Lille

La SFETD a réalisé un tableau pour aider à déterminer vers quels spécialistes orienter les patients. (28).

Tableau 6. Synthèse des situations pour lesquelles un avis spécialisé est nécessaire

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

Image issue de « Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte » par la SFETD

Dans notre étude, la plupart des praticiens gèrent les situations de mésusage par une diminution programmée et progressive de l'opioïde. Certains des médecins se sentent en difficulté vis-à-vis d'un éventuel syndrome de sevrage alors que d'autres semblent y être plus habitués. Dans tous les cas, le recours vers les consultations spécialisées d'addictologie ou d'évaluation de la douleur est rapidement utilisé quand les praticiens se sentent en difficulté. Le choix d'adressage vers les centres de douleur ou d'addictologie ne semble pas être fait selon le tableau clinique, mais plutôt par habitude des praticiens. Ainsi 5 des praticiens interrogés (42 %) orientent préférentiellement vers les centres d'évaluation de traitement de la douleur, 4 médecins (33 %) vers les centres d'addictologie et un des médecins oriente vers les 2 types de structures selon la situation (M3). Trois praticiens orientent également vers d'autres spécialistes (neurologue, rhumatologue et anesthésiste).

Aucun des praticiens interrogés n'a rapporté s'adresser aux deux types de structures simultanément.

D. Forces et Limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Notre travail avait pour objectif d'explorer le vécu des médecins généralistes du Calvados face au mésusage d'antalgiques opioïdes. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (113). Ainsi, cette méthode de recherche nous a paru pertinente pour explorer les comportements des praticiens et leurs expériences personnelles. Le recueil par entretiens individuels semi-dirigés a permis aux praticiens d'exprimer leur ressenti et leur a laissé la plus grande liberté d'expression possible.

Si plusieurs travaux ont été déjà réalisés sur le mésusage des antalgiques opioïdes, un sujet d'actualité, secondaire à la très médiatisée « crise des opioïdes » américaine, aucune étude, à notre connaissance, ne s'intéressait au vécu et au ressenti des médecins généralistes à ce propos. Cette thèse nous a ainsi permis de mettre en évidence les besoins et les suggestions des praticiens pour une meilleure prise en charge de cette problématique.

Par ailleurs, l'analyse des données du Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie a permis une étude précise de l'évolution des prescriptions d'antalgiques opioïdes dans le

Calvados depuis plusieurs années. Ces données ont pu illustrer plusieurs des propos des praticiens et les ont complétées de façon intéressante.

Cette étude a également permis d'étudier la connaissance et les relations des médecins généralistes du Calvados avec le réseau de soin local en addictologie.

Enfin, plusieurs des idées mises en avant dans cette thèse ont également été retrouvées dans la littérature, dans d'autres études et travaux de thèse, ce qui donne à notre étude une bonne validité externe.

2. Limites de l'étude

Cette étude présente quelques biais qui diminuent sa validité interne.

Il s'agissait du premier travail de type qualitatif réalisé par l'investigatrice. Ainsi, le manque d'expérience a empêché un recueil optimal des données, notamment lors de la réalisation des entretiens. De plus l'analyse thématique a été réalisée par l'investigatrice seule ce qui a pu entraîner un biais d'interprétation. Afin de renforcer la validité interne de l'étude, une triangulation des données sera réalisée avant une éventuelle publication.

Des biais de sélection sont également à signaler. Une partie des participants connaissaient l'investigatrice de façon professionnelle avant le travail de thèse. Les autres médecins recrutés avaient reçu préalablement un mail leur présentant l'objectif du travail de thèse. Ceux qui ont accepté d'y participer étaient plus susceptibles d'être intéressés par ce type de prise en charge. De plus, la majorité des médecins interrogés (7 sur les 12 interrogés) participent à la formation des internes de médecine générale en animant les Groupes d'Apprentissage à l'Analyse de pratique (GAAP) et seul un des médecins interrogés n'était pas maître de stage universitaire. Enfin, la majorité des praticiens exercent en milieu urbain, et aucun en milieu rural. Le but de la recherche qualitative n'est pas d'avoir un échantillon représentatif, mais plutôt un échantillon qui reflète les caractéristiques et la richesse du contexte et de la population étudiée. Ainsi la présence de ces biais limite la diversité de notre échantillon et diminue sa validité interne. Un élargissement du recrutement atténuerait cette limite, notamment avec un échantillon de médecins généralistes choisis aléatoirement sur tout le territoire du Calvados. Un raccourcissement de la durée de l'entretien à moins de 15 minute, durée d'une consultation de médecine générale, pourrait augmenter le taux de réponse des médecins sollicités.

Enfin un biais d'information est également possible : tout d'abord par un éventuel biais déclaratif, la véracité des propos des praticiens ne pouvant être vérifiée. Ensuite, au cours du recueil de données, malgré la volonté de neutralité de l'investigatrice, sa manière d'interroger les praticiens a pu influencer leur discours. Cependant, le guide d'entretien réalisé était identique pour tous les participants ce qui assure une certaine objectivité.

V. CONCLUSION

Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du mésusage d'antalgiques opioïdes.

Notre étude avait pour but d'évaluer le vécu des médecins généralistes et d'étudier leurs pratiques sur le sujet.

Il en ressort que, malgré les difficultés ressenties dans cette situation, les pratiques des médecins généralistes du Calvados sont plutôt en accord avec les recommandations de bonnes pratiques, notamment concernant la connaissance des facteurs de risque de mésusage et des signes d'alerte. Les praticiens ont tout de même évoqué plusieurs pistes qui leur permettraient de mieux prévenir les situations de mésusages et de mieux les prendre en charge.

Concernant les suggestions pour prévenir les situations de mésusage, les praticiens préconisent d'optimiser l'information auprès du patient sur les risques de dépendance avant d'introduire le traitement et de bien identifier les patients à risque de mésusage.

Lors de la prescription, ils suggèrent de limiter la durée de prescription, de bien évaluer l'indication initiale et de réévaluer régulièrement. Les patients devraient également être systématiquement informés de la durée limitée du traitement et de sa déprescription à l'issue de l'épisode douloureux.

En ce sens, des mesures ont été prises récemment. Depuis avril 2020, la durée de prescription du tramadol oral est limitée à 12 semaines. Au-delà une nouvelle ordonnance doit être faite.

Une prescription sur ordonnance sécurisée a également été proposée pour plus de contrôle. Ce type de mesure a déjà été prise en Mai 2021 pour un antalgique non opioïde, le Lyrica®, pour limiter les situations de mésusage.

En ce qui concerne la prise en charge du mésusage, les médecins généralistes du Calvados sont en demande d'un meilleur lien avec le réseau de soins en addictologie et un renforcement de la coordination. L'accès à ce réseau peut être facilité par la téléconsultation ainsi que par le recours aux infirmier(e)s en pratique avancée en addictologie. De plus, la mise en place de postes d'assistants médicaux et la PTA sont des soutiens dans les situations de prises en charge complexes.

Enfin, la principale suggestion rapportée par les praticiens est une amélioration de la formation des médecins généralistes sur le mésusage d'antalgiques opioïdes, et plus généralement sur l'addictologie et la prise en charge de la douleur. Ces formations pourraient s'inscrire au cours du 3^{ème} cycle des études médicales ou avoir lieu en post internat dans le cadre du développement professionnel continu. Concernant la formation en addictologie, les propositions seraient de mettre en place un séminaire d'addictologie, d'organiser des séances de GAAP en coordination avec des addictologues ainsi que des séances de simulations notamment pour s'exercer à l'entretien motivationnel. Des lieux de stage mixtes entre cabinets de médecine générale et structures de soins en addictologie pourraient aussi être développés.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Le Marec C. Histoire de l'opium médicinal: Du pavot aux alcaloïdes de l'opium. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait [Internet]. 2004;5(2):83–98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B8JF1-4R7BSX8-4/2/4040e4d1a40876894472d3c12a904fa1>
2. Une Histoire Stupéfiante – Partie 1 : l'opium dans l'Antiquité – Atelier@ntalgiques [Internet]. [cited 2021 Aug 27]. Available from: <https://www.atelierantalgie.com/blog/2017/03/16/une-histoire-stupefiante-partie-1-l-opium-dans-lantiquite/>
3. Galien, Marc Aurèle et la thériaque – Éditions Les Belles Lettres : le blog [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: <https://lesbelleslettresblog.com/2016/12/05/galien-marc-aurele-et-la-theriaque/>
4. L'Opium ou la fascination des poètes - . [Internet]. [cited 2021 Aug 27]. Available from: <http://secretdepoisons.eklablog.com/l-opium-ou-la-fascination-des-poetes-a114859974>
5. Histoire de la morphine [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: <http://morphine-tpe.e-monsite.com/pages/page-1.html>
6. Définitions IET. Chapitre 1 : Histoire du médicament 1.
7. Yvorel JJ. L'héroïne et le pantopon: Deux drogues sans danger? Ethnol Fr. 2004;34(3):481–4.
8. Bouhnik P. DES ANNÉES 1990-2000. 2008;
9. Framarin J. La codéine à l'officine : usages et mésusages To cite this version : HAL Id : dumas-01803666 La codéine à l'officine : usages et mésusages Docteur en Pharmacie. 2018;
10. World Health Organization. Tramadol, Update Review Report. 2014;16–7.
11. Treede RD. Chapter 1 Pain and hyperalgesia: definitions and theories. Handb Clin Neurol. 2006;81:3–10.
12. GEMO. Physiologie de la douleur et classification des douleurs. 1979;1–9.
13. Vecchierini MF. Les Voies De La Douleur. Pediatre. 1994;30(146):145–8.
14. Calvino B. Les mécanismes de la douleur. Psycho-Oncologie. 2007;1(2):81–7.
15. Melzack R, Wall PD. GateControl-Pain mechanisms - a new theory. Science (80-) 1965;150:971–9.
16. Lord JAH, Waterfield AA, Hughes J, Kosterlitz HW. Endogenous opioid peptides: Multiple

agonists and receptors. *Nature* 1977;267(5611):495–9.

17. Calvino B, Grilo RM. Central pain control. *Rev du Rhum (Edition Fr)* 2006;73(1):10–8.
18. Pasternak GW, Pan YX. Mu opioids and their receptors: Evolution of a concept. Vol. 65, *Pharmacological Reviews*. Pharmacol Rev; 2013. p. 1257–317.
19. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. Vol. 68, *Annales Pharmaceutiques Françaises*. NIH Public Access; 2010. p. 3–11.
20. Zeilhofer HU, Calò G. Nociceptin/orphanin FQ and its receptor - Potential targets for pain therapy? *J Pharmacol Exp Ther*. 2003;306(2):423–9.
21. Granier S. Structure des récepteurs mu et delta des opiacés. *médecine/sciences*. 2012;28:2012.
22. Calvino B, Amiranoff B. ORL1 et la nociceptine: l'amorce d'une nouvelle famille de récepteurs et de ligands endogènes associés aux systèmes des opiacés? *médecine/sciences*. 1996;12(1):116116.
23. Saint-joseph ETDELUNIV, Hajj A. Recherche De Facteurs Génétiques Intervenant Dans La Variabilité De La Réponse Aux Opioides Dans Le Traitement De La Douleur Et Les Traitements De Substitution. 2012;17–23.
24. Morphiniques LES. Des Morphiniques. 2006;
25. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Traitement de la douleur cancéreuse [Internet]. 1987 [cited 2021 Feb 16]. 80 p. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41712>
26. De PSO, Huriet C, Sérusclat F, Souvet L, Marie-claude M, Descours MC, et al. RAPPORT D ' INFORMATION. 1995;
27. VERGNE S, (Pascale) VS, (Françoise) L, (Anne) BL, al. et. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : "les recommandations de Limoges 2010". *DOULEURS Eval DIAGNOSTIC, Trait*. 2012;
28. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Société Française d'Evaluation Trait la Douleur. 2019;
29. Aubrun F, Guen M Le. La dépression respiratoire des morphiniques : risques selon la voie d ' administration (PCA , Péri , SC) et le produit. *Mapar*. 2009;c:133–47.
30. Coulombe A, Thiffault R. 2008 Coulombe. 2008;41:30–5.
31. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. État Des Lieux De La Consommation Des Antalgiques Opioides Et Leurs Usages Problématiques. 2019;51.
32. Mégarbane B. Overdose aux opioïdes : présentation clinique et place de la naloxone. *Bull*

Acad Natl Med. 2016;200(4–5):843–56.

33. Sud R, Des A, Soins PDE, Addictologie EN. Les overdoses opiacées. :10–1.
34. Petty T. L'overdose aux opioïdes. 2018;(20):18–9.
35. Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality. *Eur J Pain (United Kingdom)*. 2019;23(1):124–34.
36. Principaux S. Résultats DRAMES 2019. 2019;2018–9.
37. Brisacier A, Palles C, Mallaret M. Décès directement liés aux drogues. 2019;
38. White JM. Pleasure into pain: The consequences of long-term opioid use. In: *Addictive Behaviors Addict Behav*; 2004 p. 1311–24.
39. Authier N, Courty P. Douleur et addiction aux opiacés – Pain and opiate addiction. *Le Courrier des addictions*.
40. Mercadante S. Opioid-induced hyperalgesia Vol. 5, *Polska Medycyna Paliatywna*. American Society of Anesthesiologists; 2006 p. 76–81.
41. Grilo R., Bertin P, Scotto di Fazano C, Coyral D, Bonnet C, Vergne P, et al. La rotation des opioïdes en rhumatologie : à propos de 67 cas. *Rev Rhum*. 2002;69(9):925–9.
42. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *Rev Med Interne* 2017;38(8):539–46.
43. Marie N. Mécanismes moléculaires de la tolérance aux opiacés et aux cannabinoïdes. *Reanimation*. 2009;18(7):626–32.
44. Chang G, Chen L, Mao J. Opioid Tolerance and Hyperalgesia. *Med Clin North Am*. 2007;91(2):199–211.
45. Muller A, Laugner GSB. La tolerance aux opiaces existe-t-elle dans le traitement de la douleur chronique ?*. 1992;29–33.
46. Pennec LE. Substances illicites Ou détournées de leur usage. 2018;
47. Roussin A, Bouyssi A, Pouché L, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Misuse and Dependence on Non-Prescription Codeine Analgesics or Sedative H1 Antihistamines by Adults: A Cross-Sectional Investigation in France. *PLoS One*. 2013;8(10).
48. Article R5121-152 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Aug 28]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028083982/
49. Guerlais M, Victorri-Vigneau C, Lauzeille D, Baumevieille M, Boucher A, Chevallier C, et al. Consommations problématiques des antalgiques codéinés en automédication : résultats de l'étude DANTE (une Décennie d'ANTalgiques En France). *Thérapies*.

2018;73(6):561.

50. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, Van Der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: A systematic review and data synthesis. *Pain*. 2015;156(4):569–76.
51. Evaluation de l'Addiction : DSM-5.
52. jlayouni. Annexe_Critères CIM-10_Abus_Dépendance.
53. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues & The endogenous opioid system and drug addiction. 2010;
54. Lemièrè Q, Lemièrè Q. L'addiction aux substances psychoactives To cite this version : HAL Id : dumas-01315205. 2016;
55. Carr D, Davis CS, Rutkow L. Reducing Harm Through Litigation Against Opioid Manufacturers ? Lessons From the Tobacco Wars. 2018;133(2):207–13.
56. Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(6):1324–34.
57. Fin de réévaluation européenne - Retrait progressif de l'association dextropropoxyphène / paracétamol - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cited 2021 Aug 28]. Available from: <http://dev4-afssaps-marche2017.integra.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Fin-de-reevaluation-europeenne-Retrait-progressif-de-l-association-dextropropoxyphene-paracetamol-Communiqué>
58. Kohn L, Christiaens W. Qualitative research methods in health care research: Contributions and beliefs. *Reflets Perspect la Vie Econ*. 2014;53(4):67–82.
59. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Rev Médicale l'Assurance Mal*. 2001;32(2):117–21.
60. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):1–19.
61. License I. Vécu du bilan par les parents au Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages de l'hôpital Avicenne : une étude qualitative To cite this version : HAL Id : dumas-01725500. 2018;
62. Denisco RC, Kenna GA, O'Neil MG, Kulich RJ, Moore PA, Kane WT, et al. Prevention of prescription opioid abuse: The role of the dentist. *J Am Dent Assoc* 2011;142(7):800–10.
63. Suda KJ, Durkin MJ, Calip GS, Gellad WF, Kim H, Lockhart PB, et al. Comparison of

- opioid prescribing by dentists in the United States and England. *JAMA Netw Open*. 2019;2(5):1–8.
64. Fox TR, Li J, Stevens S, Tippie T. A performance improvement prescribing guideline reduces opioid prescriptions for emergency department dental pain patients. *Ann Emerg Med*. 2013;62(3):237–40.
 65. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://demographie.medecin.fr/#bbox=272268,7024242,411333,261216&c=indicator&f=40&i=qualif.total&s=2021&view=map10>
 66. Cartographie publique ONCD [Internet]. [cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
 67. Sommier D. Évaluation du risque de mésusage et de dépendance lors de la prescription d'antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands Anaële Daulne Sommier To cite this version . 2021;
 68. Audigier Emmanuel S d' ; F. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. 2015;
 69. Cécile A, Bourjal S. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines : Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle Anne Cécile Schouler Bourjal
 70. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addict Biol*. 2009;14(1):22–31.
 71. Moallem NR, Ray LA. Dimensions of impulsivity among heavy drinkers, smokers, and heavy drinking smokers: Singular and combined effects. *Addict Behav* 2012;37(7):871–4.
 72. DERVAUX A, LAQUEILLE X. États Limites Et Addictions. *Le Courr des Addict*. 2014;16(2):9–11.
 73. Miller WR, Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel aider la personne à engager le changement. Paris: InterEditions; 2013. 434 p.
 74. Cublier M, Menecier P, von Gunten A, Lepetit A, Dorey JM, Rolland B. Mésusage d'antalgiques opioïdes chez le sujet âgé : une mise au point. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2020;18(3):343–9.
 75. Méthodes psychocorporelles - Soulager par des techniques non médicales [Internet].

[cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-par-des-techniques-non-medicales/Methodes-psychocorporelles>

76. Cabé N, Lanièce A, Pitel AL. Physical activity: A promising adjunctive treatment for severe alcohol use disorder. *Addict Behav.* 2021 Feb 1;113.
77. Dubois L. Facteurs limitant la prescription du “sport sur ordonnance” de Caen et pistes d’amélioration : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes
78. Breuil-Genier P GC. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes Result.* 2006;481:8.
79. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient;
80. Michel M. Étude qualitative sur le vécu des médecins généralistes de l’Hérault face au sevrage en alcool. 2017;
81. Type DDE, En V, Alison PD. Faculte de medecine de tours. 2011;1–33.
82. Claude U, Lyon B. Représentations et implication des MG concernant prescription TSO. 2012;0–160.
83. Médecins généralistes - Consultations et actes : Tarifs conventionnels en métropole | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cited 2021 Aug 29]. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
84. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cited 2021 Aug 29]. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
85. Georges BROUSSE P, Olivier COTTENCIN P, Patrick CHAMBOREDON M, Amine BENYAMINA P, Delile J-M. Référentiel 2020 des Pratiques Avancées en Addictologie. 2020;
86. Hardy PP. La télémedecine en psychiatrie et addictologie : l’heure est au déploiement. 2019;XXI:4–6.
87. PTA – Plateforme Territoriale d’Appui | [Internet]. [cited 2021 Aug 29]. Available from: <https://www.urml-normandie.org/en-action/plateforme-territoriale-dappui/>
88. SERRE R. Pour Le Diplôme D’État De Docteur En Médecine. TheseimgFr [Internet]. 2019;1–127. Available from: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/thèse_B.CLAIS.pdf
89. Id HAL. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac ,

alcool , cannabis , opiacés , cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante : enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA Le. 2015;

90. Bouet P, Blanc J-L, Chow-Chine E, Deau X, Degos C-F, Guerrier B, et al. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. 2014;
91. Pdf V. Item 45 : Addiction et conduites dopantes : épidémiologie ,. 2009;
92. GUIGNARD Romain, Beck Francois OI. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Baromètres santé 2011;(January):176–204.
93. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Do general practitioners in Geneva (Switzerland) and Poitou-Charentes (France) have different approach to the management of addictions? Sante Publique (Paris). 2016;28(2):187–95.
94. Sup DB, Sup DB. L ' alcoologie et les futurs médecins généralistes français Évaluation des connaissances , des pratiques practitioners : assessment of the knowlege ,. 2017;
95. Obtention PL, Grade DU, En DED. Evolution des compétences addictologiques des internes de médecine générale après formation basée sur les principes de l'enseignement explicite : étude avant-après exposition. 2020;
96. Pierre L. THÈSE POUR L ' OBTENTION. 2020;
97. Robinet S, Serrie A, Astruc N. Opioids and addictive risks. What is the situation in France? What can be done to limit the risks? Douleurs [Internet]. 2019;20(2):45–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2019.02.004>
98. Ingrid ML, États-unis CÀCDES, France EPEN. Une catastrophe sanitaire, due aux opiacés thérapeutiques, comparable à celle des états-unis, est-elle possible en france ? 2020;33(0):0–113.
99. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC, Benyamin RM, Boswell M V., et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I--evidence assessment. Pain Physician. 2012;15(3 Suppl):67–116.
100. Rolland B. Mésusage, dépendance et addictions aux opioïdes antalgiques. Le Courrier des addictions.
101. Cragg A, Hau JP, Woo SA, Kitchen SA, Liu C, Doyle-Waters MM, et al. Risk Factors for Misuse of Prescribed Opioids: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Emerg Med . 2019;74(5):634–46.
102. Pergolizzi J V., Gharibo C, Passik S, Labhsetwar S, Taylor R, Pergolizzi JS, et al. Dynamic

- risk factors in the misuse of opioid analgesics. *J Psychosom Res* 2012;72(6):443–51.
103. Passik SD, Messina J, Golsorkhi A, Xie F. Aberrant drug-related behavior observed during clinical studies involving patients taking chronic opioid therapy for persistent pain and fentanyl buccal tablet for breakthrough pain. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(1):116–25.
 104. Moisset X, Trouvin AP, Tran VT, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). *Press Medicale* 2016;45(4):447–62.
 105. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(10):953–9.
 106. Cheattle MD, Compton PA, Dhingra L, Wasser TE, O'Brien CP. Development of the Revised Opioid Risk Tool to Predict Opioid Use Disorder in Patients with Chronic Nonmalignant Pain. *J Pain* 2019;20(7):842–51.
 107. Id HAL. L ' abord de l ' alcool en médecine générale , de l ' usage au trouble : déroulement et expériences au travers d ' une enquête qualitative Émilie Allain Année 2020. 2021;
 108. Comment faire bon usage des médicaments antidouleurs - OFMA [Internet]. [cited 2021 Jul 19]. Available from: <http://www.ofma.fr/comment-faire-bon-usage-des-medicaments-antidouleurs/>
 109. Mccaffrey SA, Black RA, Villapiano AJ, Jamison RN, Butler SF. Development of a Brief Version of the Current Opioid Misuse Measure (COMM): The COMM-9. *Orig Res Artic*
 110. Rpiib L, Rpiib L, Br I. Le Repérage Précoce et l ' Intervention Brève. 2014;1–2.
 111. Haute Autorité de Santé. Outil d ' aide au repérage précoce et à l ' intervention brève. 2021;3–4.
 112. Auriacombe M. Mésusage, addiction et dépendance. Douleur et addiction. 2018;(January).
 113. Aubin-auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;19:142–5.

VII. ANNEXES

Annexe 1. Guide entretien

Caractéristiques démographiques :

- Sexe
- Age
- Type d'exercice
- Type de cabinet
- Ancienneté d'installation au cabinet

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Avez-vous beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017 ?

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation du traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constatations de mésusages ?

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à des aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? Si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusage ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Annexe 2. Données du Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie

Année 2016

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR MEDECINS GENERALISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	2 679	159	448	30
Paracétamol + codéine	Per os	409 181	24 742	41 174	5 981
Ibuprofène + codéine	Per os	5 494	81	1 170	39
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	43	1	18	1
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	31 708	1 358	5 745	310
Paracétamol + Opium + Caféine	Per os + suppositoire	188 892	7 587	20 376	1 618
Tramadol	Per os	173 269	39 685	25 246	19 004
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	235 248	10 241	21 715	2 168
Morphine	Per os	90 537	13 313	3 749	961
	Injectable	1 251	44	141	9
Oxycodone	Per os	58 201	14 967	2 751	1 211
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un	TOTAL	1 196 503	112 178	122 533	31 332
	opioïdes faibles	1 046 514	83 854	115 892	29 151
	opioïdes forts	149 989	28 324	6 641	2 181

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR DENTISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + codéine	Per os	6 783	291	4 338	216
Ibuprofène + codéine	Per os	4	1	4	1
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	5	0	5	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	19	0	10	0
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	935	0	638	0
Tramadol	Per os	884	19	793	10
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	927	7	751	4
Morphine	Per os	4	7	2	1
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	7	0	2	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un	TOTAL	9 568	325	6 543	232
	opioïdes faibles	9 557	318	6 539	231
	opioïdes forts	11	7	4	1

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR RHUMATOLOGUES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	25	3	12	1
Paracétamol + codéine	Per os	7 905	478	822	43
Ibuprofène + codéine	Per os	17	9	5	1
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 674	104	363	21
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	4 237	196	573	28
Tramadol	Per os	2 186	557	397	153
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	4 007	508	380	43
Morphine	Per os	264	67	62	12
	Injectable	0	1	0	1
Oxycodone	Per os	121	181	15	22
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un	TOTAL	20 436	2 104	2 629	325
	opioïdes faibles	20 051	1 855	2 552	290
	opioïdes forts	385	249	77	35

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR CHIRURGIENS ORTHOPEDIQUES				PRESCRIPTIONS PAR "SPECIALITE INDETERMINEE"	
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes	En nombre de patients différents
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs hospitaliers	Prescripteurs hospitaliers
Codéine	Per os	0	0	0	0	11	4
Paracétamol + codéine	Per os	9 192	1 059	2 411	301	4 482	1 050
Ibuprofène + codéine	Per os	299	7	153	2	15	9
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	484	32	167	8	200	68
Paracétamol + Opium + Caféine	Per os + suppositoire	2 834	239	867	78	1 380	337
Tramadol	Per os	2 604	1 356	1 627	707	7 696	3 562
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	2 529	157	823	47	2 121	472
Morphine	Per os	124	179	24	15	4 424	228
	Injectable	6	0	1	0	37	8
Oxycodone	Per os	261	180	65	29	6 246	337
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0	0	0
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un	TOTAL	18 333	3 209	6 138	1 187	26 612	6 075
	opioïdes faibles	17 942	2 850	6 048	1 143	15 905	5 502
	opioïdes forts	391	359	90	44	10 707	573

Année 2017

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR MEDECINS GENERALISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	2 638	99	402	30
Paracétamol + codéine	Per os	414 949	22 714	41 850	5 612
Ibuprofène + codéine	Per os	7 238	96	1 527	38
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	233	0	100	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	52 678	3 160	8 447	895
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	174 472	5 982	19 115	1 462
Tramadol	Per os	183 662	37 043	27 121	18 108
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	300 490	11 476	26 306	2 476
Morphine	Per os	94 878	12 074	3 982	930
	Injectable	671	116	129	19
Oxycodone	Per os	58 936	11 579	2 730	1 092
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	Total	1 290 845	104 339	131 709	30 662
	Opioides faibles	1 136 360	80 570	124 868	28 621
	Opioides forts	154 485	23 769	6 841	2 041

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR DENTISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + codéine	Per os	7 345	236	4 856	171
Ibuprofène + codéine	Per os	5	0	4	0
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	4	0	4	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	74	0	18	0
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	853	0	572	0
Tramadol	Per os	966	19	861	17
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	934	23	754	16
Morphine	Per os	29	0	6	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	17	0	3	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	Total	10 227	278	7 078	204
	Opioides faibles	10 181	278	7 069	204
	Opioides forts	46	0	9	0

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR RHUMATOLOGUES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	23	1	9	1
Paracétamol + codéine	Per os	7 332	736	756	63
Ibuprofène + codéine	Per os	85	14	7	3
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	2	0	1	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 767	200	338	31
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	3 822	373	508	41
Tramadol	Per os	1 860	730	378	196
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	5 796	1 177	541	81
Morphine	Per os	283	192	42	27
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	85	198	20	30
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
	Total	21 055	3 621	2 600	473
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	Opioides faibles	20 687	3 231	2 538	416
	Opioides forts	368	390	62	57

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR CHIRURGIENS ORTHOPEDIQUES				PRESCRIPTIONS PAR "SPECIALITE INDETERMINEE"	
		En nombre de boites		En nombre de patients différents		En nombre de boites	En nombre de patients différents
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs hospitaliers	Prescripteurs hospitaliers
Codéine	Per os	0	2	0	1	0	0
Paracétamol + codéine	Per os	8 296	1 500	2 268	438	3 584	953
Ibuprofène + codéine	Per os	227	16	142	5	20	14
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	716	92	242	21	400	139
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	2 407	523	890	209	1 050	251
Tramadol	Per os	2 939	2 734	1 954	1 368	6 963	3 384
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	2 827	549	984	137	1 805	412
	Per os	60	113	18	21	2 619	222
Morphine	Injectable	0	0	0	0	78	6
	Per os	263	205	67	37	3 262	271
Oxycodone	Injectable	0	0	0	0	0	0
	Per os	0	0	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0	0	0
	Total	17 735	5 734	6 565	2 237	19 781	5 652
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	Opioides faibles	17 412	5 416	6 480	2 179	13 822	5 153
	Opioides forts	323	318	85	58	5 959	499

Année 2018

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR MEDECINS GENERALISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	2 440	70	363	19
Paracétamol + codéine	Per os	401 712	18 823	40 583	4 682
Ibuprofène + codéine	Per os	6 462	85	1 328	30
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	731	15	184	9
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	62 433	3 674	10 032	1 391
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	164 989	6 399	18 607	1 547
Tramadol	Per os	185 811	34 914	27 774	17 772
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	271 537	9 146	23 943	2 160
Morphine	Per os	94 121	11 354	3 765	942
	Injectable	757	140	147	18
Oxycodone	Per os	60 407	9 974	2 834	986
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	2	2	1	1
	total	1 251 402	94 596	129 561	29 557
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	opioïdes faibles	1 096 115	73 126	122 814	27 610
	opioïdes forts	155 287	21 470	6 746	1 947

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR DENTISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	0	0	0	26
Paracétamol + codéine	Per os	7 526	257	4 833	6 838
Ibuprofène + codéine	Per os	38	2	24	78
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	15	0	14	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	82	2	44	1 591
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	897	7	617	3 886
Tramadol	Per os	589	25	463	1 703
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	1 000	18	777	5 939
Morphine	Per os	15	6	5	196
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	33	0	4	86
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
	total	10 195	317	6 781	20 343
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	opioïdes faibles	10 147	311	6 772	20 061
	opioïdes forts	48	6	9	282

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR RHUMATOLOGUES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	26	0	12	0
Paracétamol + codéine	Per os	6 838	1 158	719	81
Ibuprofène + codéine	Per os	78	7	6	2
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 591	278	333	30
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	3 886	510	550	53
Tramadol	Per os	1 703	915	341	235
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	5 939	1 276	510	84
Morphine	Per os	196	0	36	39
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	86	221	15	30
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
	total	20 343	4 365	2 522	554
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	opioïdes faibles	20 061	4 144	2 471	485
	opioïdes forts	282	221	51	69

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR CHIRURGIENS ORTHOPEDIQUES				PRESCRIPTIONS PAR "SPECIALITE INDETERMINEE"	
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes	En nombre de patients différents
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs hospitaliers	Prescripteurs hospitaliers
Codéine	Per os	0	0	0	0	19	2
Paracétamol + codéine	Per os	7 238	1 612	1 935	506	3 144	774
Ibuprofène + codéine	Per os	136	12	91	2	11	5
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	818	119	238	38	506	201
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	3 320	707	1 183	266	1 079	223
Tramadol	Per os	3 278	3 003	2 147	1 529	7 371	3 639
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	2 451	736	909	213	1 538	367
Morphine	Per os	146	120	34	24	2 765	245
	Injectable	0	0	0	0	59	8
Oxycodone	Per os	538	359	117	52	2 485	243
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0	0	0
	total	17 925	6 668	6 654	2 630	18 971	5 707
* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée	opioïdes faibles	17 241	6 189	6 503	2 554	13 662	5 211
	opioïdes forts	684	479	151	76	5 309	496

Année 2019

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR MEDECINS GENERALISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	2 141	68	292	13
Paracétamol + codéine	Per os	373 181	17 266	38 859	4 311
Ibuprofène + codéine	Per os	6 227	47	1 234	20
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	790	10	154	6
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	70 022	3 790	11 662	1 568
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	153 478	5 035	18 174	1 348
Tramadol	Per os	179 914	31 016	27 561	15 988
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	242 613	8 003	21 904	1 965
	Injectable	98 245	13 224	4 036	1 030
Morphine	Per os	809	45	142	18
	Injectable	57 282	8 727	2 615	821
Oxycodone	Per os	0	0	0	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	70	39	7	16
	total	1 184 772	87 270	126 640	27 104
	opioïdes faibles	1 028 366	65 235	119 840	25 219
	opioïdes forts	156 406	22 035	6 800	1 885

* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR DENTISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + codéine	Per os	7 691	373	5 168	287
Ibuprofène + codéine	Per os	28	0	27	0
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	13	0	13	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	76	4	52	2
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	1 034	3	693	1
	Per os	447	43	335	37
Tramadol	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	985	10	777	7
	Injectable	17	7	3	1
Morphine	Per os	16	0	5	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	0	0	0	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
	total	10 307	440	7 073	335
	opioïdes faibles	10 274	433	7 065	334
	opioïdes forts	33	7	8	1

* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR RHUMATOLOGUES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	12	3	3	1
Paracétamol + codéine	Per os	5 983	1 315	580	94
Ibuprofène + codéine	Per os	91	2	8	2
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 426	187	293	38
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	3 364	372	456	47
	Per os	1 585	1 137	321	272
Tramadol	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	5 198	1 056	491	89
	Injectable	268	215	40	29
Morphine	Per os	0	0	0	0
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	40	110	7	21
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	1	0	1
	total	17 967	4 398	2 199	594
	opioïdes faibles	17 659	4 072	2 152	543
	opioïdes forts	308	326	47	51

* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR CHIRURGIENS ORTHOPEDIQUES				PRESCRIPTIONS PAR "SPECIALITE INDETERMINEE"	
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes	En nombre de patients différents
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs hospitaliers	Prescripteurs hospitaliers
Codéine	Per os	0	0	0	0	13	1
Paracétamol + codéine	Per os	8 462	1 899	2 196	518	3 116	694
Ibuprofène + codéine	Per os	15	17	10	7	14	7
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	11	0	4	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 094	192	396	55	515	204
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	3 868	700	1 479	339	873	201
	Per os	3 973	2 725	2 556	1 452	6 810	3 283
Tramadol	Injectable	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	1 876	685	660	214	1 083	317
	Injectable	336	50	48	8	3 483	262
Morphine	Per os	0	0	0	0	34	8
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	576	326	126	50	2 420	220
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0	0	0
	total	20 200	6 605	7 471	2 647	18 361	5 197
	opioïdes faibles	19 288	6 229	7 297	2 589	12 424	4 707
	opioïdes forts	912	376	174	58	5 937	490

* : Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à un

Année 2020

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR MEDECINS GENERALISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	1 898	69	227	8
Paracétamol + codéine	Per os	367 037	16 166	38 380	4 055
Ibuprofène + codéine	Per os	5 525	58	1 023	22
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	1 035	24	177	8
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	79 217	4 298	13 055	1 794
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	151 051	4 776	17 490	1 285
Tramadol	Per os	177 475	27 689	26 839	14 356
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	220 140	6 446	19 754	1 540
Morphine	Per os	107 333	13 518	4 206	1 059
	Injectable	863	127	178	32
Oxycodone	Per os	59 897	7 212	2 479	767
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	76	10	5	3
	Total	1 171 547	80 393	123 813	24 929
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à u		Opioides faibles	1 003 378	116 945	23 068
		Opioides forts	168 169	20 867	1 861

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR DENTISTES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	3	0	1	0
Paracétamol + codéine	Per os	8 485	582	5 820	433
Ibuprofène + codéine	Per os	18	2	15	1
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	8	0	8	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	31	5	25	3
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	1 108	21	710	19
Tramadol	Per os	496	58	372	52
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	1 028	14	836	8
Morphine	Per os	27	4	5	1
	Injectable	9	0	2	0
Oxycodone	Per os	69	2	7	1
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
	Total	11 282	688	7 801	518
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à u		Opioides faibles	11 177	7 787	516
		Opioides forts	105	14	2

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR RHUMATOLOGUES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*
Codéine	Per os	2	3	2	1
Paracétamol + codéine	Per os	4 788	1 032	487	88
Ibuprofène + codéine	Per os	11	12	3	1
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	0	0	0
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 420	428	248	59
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	2 999	474	389	48
Tramadol	Per os	1 322	944	311	241
	Injectable	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	4 193	825	366	73
Morphine	Per os	149	284	33	33
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone	Per os	36	77	7	14
	Injectable	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0
	Total	14 920	4 079	1 846	558
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à u		Opioides faibles	14 735	1 806	511
		Opioides forts	185	40	47

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR CHIRURGIENS ORTHOPEDIQUES				PRESCRIPTIONS PAR "SPECIALITE INDETERMINEE"	
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes	En nombre de patients différents
		Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs de ville	Prescripteurs hospitaliers*	Prescripteurs hospitaliers	Prescripteurs hospitaliers
Codéine	Per os	2	0	1	0	1	1
Paracétamol + codéine	Per os	6 480	1 700	1 606	464	1 739	428
Ibuprofène + codéine	Per os	2	8	1	4	14	2
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os	0	9	0	4	6	1
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os	1 210	132	431	48	326	114
Paracétamol + Poudre d'opium + Caféine	Per os + suppositoire	3 784	714	1 509	382	471	111
	Per os	3 518	2 623	2 295	1 445	3 977	1 912
Tramadol	Injectable	0	0	0	0	0	0
Paracétamol + Tramadol	Per os	1 389	445	452	129	600	173
Morphine	Per os	349	288	38	40	2 265	188
	Injectable	0	9	0	1	70	10
Oxycodone	Per os	695	356	142	66	1 134	142
	Injectable	0	0	0	0	0	0
Oxycodone + Naloxone	Per os	0	0	0	0	0	0
	Total	17 429	6 284	6 475	2 583	10 603	3 082
*: Prescripteurs dont on connaît la spécialité associée à u		Opioides faibles	16 385	5 631	2 476	7 134	2 742
		Opioides forts	1 044	653	107	3 469	340

Annexe 3. Tableau de sortie envoyé au Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie

DCI	Galénique	PRESCRIPTIONS PAR MEDECINS GENERALISTES				PRESCRIPTIONS PAR DENTISTES				PRESCRIPTIONS PAR RHUMATOLOGUES				PRESCRIPTIONS PAR CHIRURGIENS ORTHOPEDIQUES			
		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents		En nombre de boîtes		En nombre de patients différents	
		Ville	Hôpital	Ville	Hôpital	Ville	Hôpital	Ville	Hôpital	Ville	Hôpital	Ville	Hôpital	Ville	Hôpital	Ville	Hôpital
Codéine	Per os																
Paracétamol + codéine	Per os																
Ibuprofène + codéine	Per os																
Paracétamol + codéine + Caféine	Per os																
Paracétamol + Poudre d'opium	Per os																
Paracétamol + Opium + Caféine	Per os + suppositoire																
Tramadol	Per os																
	Injectable																
Paracétamol + Tramadol	Per os																
Morphine	Per os																
	Injectable																
Oxycodone	Per os																
	Injectable																

Annexe 4. Liste des antalgiques opioïdes envoyée au Service Médical de Normandie de l'Assurance Maladie

DCI	Nom commercial	CIP	Galénique	Posologie
CODEINE				
Dihydrocodéine	DICODIN	3400933684792	Comprimé	60mg
Paracétamol + Codéine	ALGISEDAL	3400933319090	Comprimé	400mg/25mg
Paracétamol + Codéine	CLARADOL CODEINE	3400933304652	Comprimé	500mg/20mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400956092895	Comprimé plq/100	400mg/20mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400933220754	Comprimé plq/16	400mg/20mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400958462917	Comprimé plq/100	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400927562396	Comprimé plq/16	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400939024479	Comprimé efferv plq/16	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400955021025	Gélule plq/100	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	CODOLIPRANE	3400930057834	Gélule plq/16	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	DAFALGAN CODEINE	3400933316778	Comprimé efferv 2T/8	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	DAFALGAN CODEINE	3400955612520	Comprimé efferv T/40	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	DAFALGAN CODEINE	3400933275815	Comprimé plq/16	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	DAFALGAN CODEINE	3400958121975	Comprimé plq/40	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	KLIPAL CODEINE	3400935748652	Comprimé	300mg/25mg
Paracétamol + Codéine	KLIPAL CODEINE	3400955695493	Comprimé plq/100	600mg/50mg
Paracétamol + Codéine	KLIPAL CODEINE	3400935748713	Comprimé plq/12	600mg/50mg
Paracétamol + Codéine	LINDILANE	3400933180850	Comprimé	400mg/é(mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL/CODEINE MYLAN	3400930177563	Comprimé	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL/CODEINE TEVA	3400930167304	Comprimé	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL CODEINE ARROW	3400936289406	Comprimé efferv	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL CODEINE BIOGARAN	3400936105034	Comprimé efferv	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL CODEINE CRISTERS	3400939023649	Comprimé efferv	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL CODEINE EG	3400936289284	Comprimé efferv	500mg/30mg
Paracétamol + Codéine	PARACETAMOL CODEINE SANDOZ	3400936894563	Comprimé efferv	500mg/30mg
Ibuprofène + Codéine	ANTARENE CODEINE	3400939755588	Comprimé	200mg/30mg
Ibuprofène + Codéine	ANTARENE CODEINE	3400939755587	Comprimé	400mg/60mg
Paracétamol + Caféine + Codéine	PARACETAMOL/CAFEINE/ CODEINE	3400930075166	Comprimé	400mg/50mg/20mg
Paracétamol + Caféine + Codéine	PRONTALGINE	3400936171497	Comprimé	400mg/50mg/20mg
OPIUM				
Paracétamol + poudre d'Opium	IZALGI	3400955003182	Gélule Plq/100	500mg/25mg
Paracétamol + poudre d'Opium	IZALGI	3400949605538	Gélule Plq/16	500mg/25mg
Paracétamol + Caféine + poudre d'Opium	LAMALINE	3400935154958	Gélule	300mg/30mg/10mg
Paracétamol + Caféine + poudre d'Opium	LAMALINE	3400935173010	Suppositoire	500mg/50mg/15mg
TRAMADOL				
Tramadol	BIODALGIC	3400935067340	Comprimé efferv	50mg
Tramadol	CONTRAMAL	3400956111398	Sol inj	100mg/2ml
Tramadol	CONTRAMAL	3400936206830	Sol buv	100mg/ml

Tramadol	CONTRAMAL	3400955000945	Gélule plq/100	50mg
Tramadol	CONTRAMAL	3400930002285	Gélule plq/30	50mg
Tramadol	CONTRAMAL LP	3400956114122	Comprimé 10 plq/10	100mg
Tramadol	CONTRAMAL LP	3400934827617	Comprimé 3 plq/10	100mg
Tramadol	CONTRAMAL LP	3400956114351	Comprimé plq/100	150mg
Tramadol	CONTRAMAL LP	3400934827846	Comprimé plq/30	150mg
Tramadol	CONTRAMAL LP	3400956114580	Comprimé plq/100	200mg
Tramadol	CONTRAMAL LP	3400934828096	Comprimé plq/30	200mg
Tramadol	MONOALGIC LP	3400936787193	Comprimé Plq/15	100mg
Tramadol	MONOALGIC LP	3400936794238	Comprimé Plq/15	200mg
Tramadol	MONOALGIC LP	3400936809178	Comprimé Plq/15	300mg
Tramadol	MONOCRIXO LP	3400936247123	Gélule	100mg
Tramadol	MONOCRIXO LP	3400936247642	Gélule	150mg
Tramadol	MONOCRIXO LP	3400936248182	Gélule	200mg
Tramadol	OROZAMUDOL	3400936651548	Comprimé	50mg
Tramadol	TAKADOL	3400935531650	Comprimé efferv	100mg
Tramadol	TOPALGIC	3400955888192	Sol inj	100mg/2ml
Tramadol	TOPALGIC	3400936206779	Sol buv	100mg/ml
Tramadol	TOPALGIC	3400955000938	Gélule plq/100	50mg
Tramadol	TOPALGIC	3400930002278	Gélule plq/30	50mg
Tramadol	TOPALGIC LP	3400956042289	Comprimé plq/100	100mg
Tramadol	TOPALGIC LP	400934314278	Comprimé plq/30	100mg
Tramadol	TOPALGIC LP	3400956042401	Comprimé plq/100	150mg
Tramadol	TOPALGIC LP	3400934314568	Comprimé plq/30	150mg
Tramadol	TOPALGIC LP	3400956042630	Comprimé plq/100	200mg
Tramadol	TOPALGIC LP	3400934314797	Comprimé plq/30	200mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW	3400955037231	Sol inj	100mg/2ml
Tramadol	TRAMADOL ARROW	3400935877154	Comprimé	50mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW	3400939478814	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW LP	3400939185668	Gélule	100mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW LP	3400939826240	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW LP	3400939186788	Gélule	150mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW LP	3400939476803	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL ARROW LP	3400939185897	Gélule	200mg
Tramadol	TRAMADOL BGR LP	3400938675214	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL BGR LP	3400938747393	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL BGR LP	3400938675443	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL BIOGARAN	3400935248442	Gélule plq/30	50mg
Tramadol	TRAMADOL BIOGARAN	3400930127209	Gélule FI/30	50mg
Tramadol	TRAMADOL CRISTERS LP	3400949363599	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL CRISTERS LP	3400949363940	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL CRISTERS LP	3400949378678	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL EG	3400935130594	Comprimé	50mg
Tramadol	TRAMADOL EG LP	3400939723471	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL EG LP	3400939726205	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL EG LP	3400930180488	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL EVOLUGEN	3400926690908	Gélule	50mg
Tramadol	TRAMADOL EVOLUGEN	3400930180396	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL EVOLUGEN	3400930180440	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL EVOLUGEN	3400930180488	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL HCS	3400930151921	Gélule	50mg
Tramadol	TRAMADOL KRKA LP	3400930165027	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL KRKA LP	3400930165003	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL KRKA LP	3400930164983	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL LAVOISIER	3400957486020	Sol inj	50mg/mL

Tramadol	TRAMADOL MYLAN	3400934976278	Comprimé efferv	50mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN	3400934976339	Gélule 2plq/15	50mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN	3400930094846	Gélule FI/30	50mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN GENERIQUES LP	3400938124255	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN GENERIQUES LP	3400938125955	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN PHARMA LP	3400930014103	Comprimé FI/30	100mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN PHARMA LP	3400955004950	Comprimé FI/500	100mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN PHARMA LP	3400938212983	Comprimé Plaq/30	100mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN PHARMA LP	3400938222920	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL MYLAN PHARMA LP	3400938225532	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL SANDOZ	3400936819344	Comprimé	50mg
Tramadol	TRAMADOL SANDOZ LP	3400938398618	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL SANDOZ LP	3400938552454	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL SANDOZ LP	3400938399097	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL TEVA	3400935322982	Comprimé	50mg
Tramadol	TRAMADOL TEVA LP	3400937374514	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL TEVA LP	3400937479462	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL TEVA LP	3400937484145	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL ZENTIVA LP	3400938228373	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL ZENTIVA LP	3400938229783	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL ZENTIVA LP	3400938231045	Comprimé	200mg
Tramadol	TRAMADOL ZENTIVA LP	3400938227024	Comprimé	50mg
Tramadol	TRAMADOL ZYDUS	3400935713063	Gélule	50mg
Tramadol	TRAMADOL ZYDUS LP	3400937489928	Comprimé	100mg
Tramadol	TRAMADOL ZYDUS LP	3400939417370	Comprimé	150mg
Tramadol	TRAMADOL ZYDUS LP	3400939417899	Comprimé	200mg
Tramadol	ZAMUDOL LP	3400934654329	Gélule	100mg
Tramadol	ZAMUDOL LP	3400934654558	Gélule	150mg
Tramadol	ZAMUDOL LP	3400934654787	Gélule	200mg
Tramadol	ZAMUDOL LP	3400934654039	Gélule	50mg
Tramadol	ZUMALGIC	3400935236036	Comprimé efferv	100mg
Tramadol	ZUMALGIC	3400934802362	Comprimé efferv	50mg
Paracétamol + Tramadol	IXPRIM	3400939190051	Comprimé efferv	325mg/37,5mg
Paracétamol + Tramadol	IXPRIM	3400935857392	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	IXPRIM	3400949003570	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL ARROW	3400930140024	Comprimé efferv	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL ARROW GENERIQUES	3400926961121	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL ARROW	3400926980801	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL BGR	3400930146866	Comprimé FI/20	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL BGR	3400927321504	Comprimé Plq/20	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL BIOGARAN	3400930045350	Comprimé FI/20	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL BIOGARAN	3400922096032	Comprimé Plq/20	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL CRISTERS	3400926963422	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL EG	3400926942489	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL EVOLUGEN	3400927321214	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL EVOLUGEN PHARMA	3400927671029	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL GERDA	3400927319143	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL KRKA	3400926721466	Comprimé	37,5mg /325mg

Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL MYLAN GENERIQUES	3400930114698	Comprimé FI/20	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL MYLAN GENERIQUES	3400955042013	Comprimé FI/60	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL MYLAN GENERIQUES	3400922095950	Comprimé Plq/20	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL MYLAN GENERIQUES	3400958199578	Comprimé Plq/60	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL RANBAXY PHARMACIE	3400926943141	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ	3400922096261	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL TEVA	3400926838072	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL ZENTIVA	3400922096322	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	TRAMADOL/PARACETAMOL ZYDUS	3400927513541	Comprimé	37,5mg /325mg
Paracétamol + Tramadol	ZALDIAR	3400935856913	Comprimé	37,5mg /325mg
MORPHINE				
Morphine	ACTISKENAN	3400934990007	Gélule	10mg
Morphine	ACTISKENAN	3400934991295	Gélule	20mg
Morphine	ACTISKENAN	3400934992308	Gélule	30mg
Morphine	ACTISKENAN	3400934951374	Gélule	5mg
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) AGUETTANT	3400936906143	sol inj	0,1 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) AGUETTANT	3400936911635	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) AGUETTANT	3400936910683	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) AGUETTANT	3400936911055	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) AGUETTANT	3400936905481	sol inj	1 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) AGUETTANT	3400936905771	sol inj	40 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) COOPER	3400936907553	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400955353263	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400956027613	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400934021305	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400934291234	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400955353324	sol inj	20 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400956027842	sol inj	20 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400934410932	sol inj	20 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) LAVOISIER	3400934291463	sol inj	20 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400936900400	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400921879599	sol inj	10 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400939534275	sol inj	1 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400936901988	sol inj	1 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	400958128431	sol inj	1 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400957819019	sol inj	1 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400936897175	sol inj	20 mg/ml
Morphine	MORPHINE (CHLORHYDRATE) RENAUDIN	3400921879711	sol inj	20 mg/ml
Morphine	MORPHINE (SULFATE) LAVOISIER	3400935620699	sol inj	1 mg/ml

Morphine	MORPHINE (SULFATE) LAVOISIER	3400935620170	sol inj	50 mg/ml
Morphine	MORPHINE (SULFATE) LAVOISIER	3400935619921	sol inj	50 mg/ml
Morphine	MOSCONTIN LP	3400932870028	Comprimé	100
Morphine	MOSCONTIN LP	3400932869718	Comprimé	10
Morphine	MOSCONTIN LP	3400932869886	Comprimé	30
Morphine	MOSCONTIN LP	3400932869947	Comprimé	60
Morphine	MOSCONTIN LP	3400934300660	Comprimé	200
Morphine	ORAMORPH	3400934387609	Sol buv	100mg/5mL
Morphine	ORAMORPH	3400934387258	Sol buv	10mg/5mL
Morphine	ORAMORPH	400936587281	Sol buv	20mg/1mL
Morphine	ORAMORPH	3400934387487	Sol buv	30mg/5mL
Morphine	SEVEDROL	3400933479978	Comprimé	10mg
Morphine	SEVEDROL	3400933479978	Comprimé	20mg
Morphine	SKENAN LP	3400933323813	Gélule	100mg
Morphine	SKENAN LP	3400933323523	Gélule	10mg
Morphine	SKENAN LP	3400934053702	Gélule	200mg
Morphine	SKENAN LP	3400933323691	Gélule	30mg
Morphine	SKENAN LP	3400933323752	Gélule	60mg
OXYCODONE				
Oxycodone	OXYCODONE AGUETTANT	3400930039038	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE AGUETTANT	3400930039052	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE AGUETTANT	3400930039045	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE AGUETTANT	3400930039007	Sol inj	50mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE ARROW	3400930068571	Gélule	10mg
Oxycodone	OXYCODONE ARROW	3400930068649	Gélule	20mg
Oxycodone	OXYCODONE ARROW	3400930068519	Gélule	5mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927785023	Comprimé	10mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927786372	Comprimé	15mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927787782	Comprimé	20mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927789045	Comprimé	30mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927790454	Comprimé	40mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927783760	Comprimé	5mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927791635	Comprimé	60mg
Oxycodone	OXYCODONE BIOGARAN LP	3400927793066	Comprimé	80mg
Oxycodone	OXYCODONE DELBERT	3400930144633	Sol Inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE DELBERT	3400930164273	Sol inj	50mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE DELBERT	3400930144626	Sol inj	50mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE DELBERT	3400930164266	Sol inj	50mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927751653	Comprimé	10mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927753725	Comprimé	15mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927755095	Comprimé	20mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927756337	Comprimé	30mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927757976	Comprimé	40mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927748752	Comprimé	5mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927759239	Comprimé	60mg
Oxycodone	OXYCODONE EG LP	3400927760587	Comprimé	80mg
Oxycodone	OXYCODONE MEDAC	3400930092293	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE MEDAC	3400930092279	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE MEDAC	3400930092286	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE MEDAC	3400930092309	Sol inj	50mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE MYLAN LP	3400927889370	Comprimé	10mg
Oxycodone	OXYCODONE MYLAN LP	3400927889721	Comprimé	20mg
Oxycodone	OXYCODONE MYLAN LP	3400927890031	Comprimé	40mg
Oxycodone	OXYCODONE MYLAN LP	3400927889080	Comprimé	5mg
Oxycodone	OXYCODONE MYLAN LP	3400927888601	Comprimé	80mg
Oxycodone	OXYCODONE RENAUDIN	3400930190548	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE RENAUDIN	3400930163795	Sol inj	1mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE RENAUDIN	3400955060147	Sol inj	1mg/mL
Oxycodone	OXYCODONE SANDOZ LP	3400930068892	Gélule	10mg
Oxycodone	OXYCODONE SANDOZ LP	3400930068960	Gélule	20mg
Oxycodone	OXYCODONE SANDOZ LP	3400930068823	Gélule	5mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400935420909	Comprimé	10mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400938460223	Comprimé	120mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400938458442	Comprimé	15mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400935421500	Comprimé	20mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400938458732	Comprimé	30mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400936690349	Comprimé	5mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400938459852	Comprimé	60mg
Oxycodone	OXYCONTIN LP	3400935429483	Comprimé	80mg
Oxycodone	OXYNORM	3400930131817	Sol buv	10mg/mL

Oxycodone	OXYNORM	3400939231716	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYNORM	3400936691469	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYNORM	3400936691520	Sol inj	10mg/mL
Oxycodone	OXYNORM	3400936242159	Gélule	10mg
Oxycodone	OXYNORM	3400936242388	Gélule	20mg
Oxycodone	OXYNORM	3400936241909	Gélule	5mg
Oxycodone	OXYNORM	3400938762532	Sol inj	50mg/mL
Oxycodone	OXYNORMORO	3400938042597	Comprimé orodispers	10mg
Oxycodone	OXYNORMORO	3400938042887	Comprimé orodispers	20mg
Oxycodone	OXYNORMORO	3400938042139	Comprimé orodispers	5mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930132265	Comprimé	10mg/5mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930132173	Comprimé	15mg/7,5mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930132470	Comprimé	2,5mg/1,25mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930132074	Comprimé	20mg/10mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930131978	Comprimé	30mg/15mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930131893	Comprimé	40mg/20mg
Oxycodone + Naloxone	OXSYNIA LP	3400930132371	Comprimé	5mg/2,5mg

Annexe 5. Opioid Risk Tool

ECHELLE POMI : DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

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

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

Annexe 6. Prescription Opioid Misuse Index

Antécédent familial d'abus d'une substance :			Antécédent personnel d'abus d'une substance :		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Alcool	1	3	Alcool	3	3
Drogues illicites			Drogues illicites		
Autre			Médicaments d'ordonnance		
Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)		1	1		
			TROUBLE PSYCHOLOGIQUE		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
			Dépression	1	1
Score :			Score :		

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7, le risque est élevé.

Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec par exemple l'échelle POMI.

Annexe 7. Retranscription des entretiens par verbatim

M1

Age : 57 ans

Type d'exercice : urbain

Type de cabinet : En cabinet de groupe

Ancienneté d'installation : Depuis 1996.

Bon alors du coup on va commencer par parler de ta prescription d'antalgiques opioïdes, est-ce que tu saurais dire à peu près quelle proportion de ta patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Aucune idée... non la proportion je suis incapable de te dire.

Est-ce que tu sais si beaucoup de tes patients sont sous antalgiques opioïdes dont tu n'es pas le prescripteur initial ?

Beaucoup non mais... « des »... oui.

D'accord. Et comment tu gères ces prescriptions ?

J'essaye de les arrêter aussitôt !

Qu'est-ce que tu penses de la pratique standardisée de prescription de tramadol ou d'antalgiques opioïdes pour des motifs dentaires que l'on retrouve souvent à l'hôpital ?

Je trouve ça stupide... C'est protocolisé. C'est... il n'y a plus de réflexion. J'appuie sur le bouton et j'ai mon ordonnance. Réfléchis, évalue ta douleur et après on voit ce qu'on met.

Est-ce que tu as vu une modification de ta pratique suite à l'arrêt de la vente libre de codéine ? C'était en 2017.

Heu... on a vu au début une recrudescence des demandes des patients, puis là ça s'est estompé parce que là.. en fait .. c'est pas que je suis contre, j'en utilise, mais je veux garder la maîtrise. Du coup là... ils me demandent plus.

Quand tu prescris un antalgique opioïde, est ce que tu prévois avec le patient la fin de la prescription, donc la déprescription ? Et quand et comment fais-tu cela ?

Je le prévois pas... je leur dis : voilà je vous ai mis ça pendant tant de temps , donc je sais pas ... 4 ,5,6 jours , point. Voilà si vous avez toujours mal on réévalue.

Et est-ce que tu dépistes justement les risques de mésusages ? Et si tu le fais est ce que c'est dès l'initiation du traitement, pendant la prise du traitement ? Est-ce que tu utilises des outils ou pas ?

Si je te dis oui que je dépiste je suis vraiment un gros branleur parce que c'est pas vraiment vrai mais j'essaie... je suis toujours à l'affut de la surconsommation de Tramadol, Codéine... j'essaie de faire attention.

Et comment tu évalues ?

C'est quand je commence à voir que ça renouvelle et que même l'infirmière me dit « vous renouvez ? » sans avoir vu le patient. C'est qu'il y a quelque chose qui colle pas. Mais après de dire que je le dépiste, non je cherche pas à le dépister systématiquement, non ça serait faux.

Est-ce que tu as repéré des facteurs particuliers qui dépendent du patient, du prescripteur, du médicament ou du type de douleur qui favoriseraient justement des situations de mésusage ? Est-ce que tu as un peu des facteurs de risques en tête ?

Comme ça là, spontanément... non. Le seul que je verrais c'est le lombalgique. Mais...heu...après... non. J'en ai deux ou trois auquel je pense : « si je prends codéine le soir docteur je dors ». Donc classique. J'en ai deux au moins en tête. Et après non non j'ai pas... la pathologie la plus récurrente c'est ... je trouve... là où c'est le plus compliqué d'arrêter le tramadol, c'est pour la lombalgie chronique.

Si tu as un doute de risque de mésusage avant de démarrer le traitement, qu'est-ce que tu fais ?

Alors déjà si j'ai un doute avant... très honnêtement je pense pas avoir eu cette situation là... mais si c'était le cas, si j'ai un doute, je prescris pas. Mais honnêtement je me rappelle pas avoir eu ce type de situation... je pense pas.

Et si tu détectes, ou suspectes fortement un mésusage pendant la prise du traitement qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que ça t'est déjà arrivé, quelqu'un où tu savais qu'il y avait vraiment mésusage ?

Oui alors en fait c'est pas quelqu'un qui avait un mésusage, mais dès que j'ai un patient qui a été addict à quelque chose, je ne prescris pas. Je mets des myorelaxants, non remboursés comme ça, ça m'embête plus, et puis ... je vais utiliser des produits... on va dire.. sans activité centrale dans la mesure du possible. Ça, ça m'intéresse. Et puis je reste que sur...heu... mon paracétamol.

Et donc pour le patient dont tu me parlais, celui qui prenait la codéine pour dormir, comment tu gères en fait ?

Comment je gère ? Et ben en fait c'est lui qui a été dans le conflit dès le début. Parce que je lui ai dit : non non non non vous consommez ... à l'époque il consommait je sais pas , 6,8 codéines par jour, il était .. il est conducteur professionnel, et je lui ai dit, non non ça va pas du tout. Donc il a fallu déjà restreindre les boîtes, avant de commencer à... et là à ce moment-là c'était en vente libre, donc j'avais informé le pharmacien, les deux pharmacies du secteur, on avait commencé à faire attention. Et puis ben c'est venu petit à petit, très lentement... très très lentement... à lui faire comprendre que c'était dangereux pour lui mais là encore, en fait, il s'arrange à pas prendre de rendez-vous avec moi. Il a fait ça avec mes internes. Il vient quand c'est pas moi. Et même si c'est de très bons médecins, je pense que tu te fais piéger parce que, premier coup tu vois pas, puis t'y penses pas. Donc « vous pouvez me mettre ça ? » et c'est toujours à la fin de la consultation. Au moment où tu plies, tu as la main sur la poignée « au fait je peux avoir une boîte de codéine ? ». Et comme tu as envie de t'en débarrasser, tu rajoutes deux, trois boîtes ou tu mets pour un mois et te fais piéger. Donc lui...heu... ça a été très très compliqué. J'ai réussi à l'arrêter et il l'a repris et là que maintenant c'est prescription contrôlée, c'est une boîte point. Donc je lui dis vous en avez trente dedans. Vous vous débrouillez, je n'en mettrai pas plus.

Est-ce que tu as modifié tes pratiques suite à ces constatations de mésusages ?

Non... enfin j'ai pas l'impression...peut être... mais si il y'a quelque chose qui a changé j'ai pas vu.

Est-ce que tu t'es senti en difficulté justement avec ces patients ?

Ah ben oui ! Plus d'une fois ! Et toujours. Là avec le tramadol c'est catastrophique... c'est super compliqué de leur faire comprendre que c'est pas bien, enfin pas que c'est pas bien, mais qu'ils sont dans la mauvaise voie, que c'est dangereux, qui faut qu'on arrive à l'arrêter... enfin ... Les lombalgies chroniques, quand tu connais le patient depuis très longtemps, t'arrives à instaurer une certaine confiance et t'y arrives... mais ça... faut prendre du temps, faut de l'explication et puis faut essayer de trouver des alternatives non thérapeutiques qui leur conviennent. Et ça, c'est compliqué.

Est-ce que tu as déjà eu recours à des ressources spécifiques ou des aides extérieures pour certaines situations ? Si oui lesquelles et si non en as-tu déjà ressenti le besoin ?

Deux, trois fois j'ai essayé de les adresser à la maison des addictions, type à la Grâce de Dieu à Caen et heu... les rendez-vous étant tellement longs que les gens n'y sont jamais allés... ils ne s'y sont pas rendus... donc ça, ça a été la première difficulté. Et puis c'était quoi déjà ? tu m'as dit ?

Des ressources spécifiques pour te renseigner ou d'autres aides extérieures ?

Non ça a été ça. Les aides extérieures... Si après j'ai travaillé un petit peu... mais ... heu...avec une anesthésiste au Parc... J'ai pas trouvé non plus très concluant son histoire... donc je trouve qu'on est un petit peu isolé.

Donc toi en tant que médecin généraliste, de quoi aurais-tu besoin pour mieux gérer ces situations à ton avis ?

Que je prenne plus de temps, déjà, personnellement. Et après en ressources extérieures, ben... heu... les addicts quoi...à la maison des addictions c'est compliqué parce qu'on a un délai d'attente qui est beaucoup trop long, ce qui fait que ben.. soit ils oublient soit ils y vont pas...Au CHR, service d'addicto à Caen, je..heu... dans ma tête c'est... alors sûrement que c'est faux...c'est plutôt orienté alcoologie donc voilà je les interpelle pas, enfin voilà je passe pas par eux. J'ai jamais essayé le CMP pour savoir si ils avaient une possibilité de les prendre en charge... je suis pas sur...je crois pas ...Donc je sais pas... on va voir...que tu nous sortes après ta thèse une belle plaquette et nous dire quel est le chemin à suivre !

Est-ce que tu as déjà suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

J'ai suivi deux formations... alors heu... en douleur oui j'ai fait un cursus d'un an...sur des formations de la FMC donc c'était... voilà... mais j'ai pas cherché à avoir un diplôme mais oui sur la douleur parce que je trouve que ... en fait on est à une époque où on avait beaucoup de molécules type dextropropoxyphène... heu... qu'est ce qu'il y avait d'autre.... La noramidopyrine... Y'avait des produits qui ont été supprimés, entre autres le dextro où y'avait là aussi une conduite addictive, mais en même temps qui était très efficace. Ce qui fait qu'en antalgie, c'est pour ça aussi que j'ai fait mes petites formations, c'est... je me dis il me reste plus que mon paracétamol, ma codéine, mon tramadol et puis après je passe au palier 3. Ça me fait pas beaucoup de choses dans ma main, en sachant que en face de moi j'ai des gens, comme on a tous, très demandeurs...donc ...heu... sur le plan thérapeutique on a ça. Ils refusent les prises en charge soit type physio, ou kinésithérapie, psychothérapie, on n'en parle pas parce que d'une part « de toute façon je suis pas fou » , n'empêche que ça serait bien que tu te fasses aider, et d'autre part

il y a le côté financier qui les freine. Même si on essaye de leur dire avec leur mutuelle : vous voyez des fois les mutuelles elles prennent 3 consultations... donc des formations j'ai essayé... mais heu... ça m'a pas beaucoup avancé...

A ce propos sur tes connaissances sur le mésusage, elles viennent plutôt de ta formation, initiale ou complémentaire, ou de ton expérience ?

Alors de ma formation initiale, non, on nous a jamais appris ça... de l'expérience oui, et de la formation.

A ce propos, ta formation initiale était-elle suffisante pour gérer ces situations de mésusage ?

Non

Et quelles pourraient être les pistes pour l'améliorer ?

Nous faire un petit peu d'addicto. Parce que...enfin... de ma génération on en a eu zéro...on en a eu aucune. Et je sais pas Je pense pas que la tienne non plus...Donc on a aucune formation. Par contre on nous dit de prescrire. Et quand tu es externe, tu vois ton interne prescrire du tramadol ou de la codéine larga manu, et quand t'es interne tu sais que tu appuies sur le bouton F5 et ton ordonnance sort et t'as plus qu'à signer. Y'a pas de réflexion. Donc déjà ça part mal.

Et dernière question, en générale, quelles seraient tes suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

D'être plus attentif moi déjà, à ma prescription... Et déjà commencer par moi et puis après attaquer le patient. Donc rester sur des basiques. Peut-être utiliser moins de médicaments et moins de... enfin la psychothérapie, la physiothérapie, de l'hypnose... je sais pas moi, tout ce qui peut être non médicamenteux : du traitement non médicamenteux.

M2

Age : 38 ans

Type d'exercice : Je crois que c'est semi urbain

Type de cabinet : Cabinet de groupe

Ancienneté d'installation ? Installée depuis le 1^{er} janvier 2016

Pourrais-tu me dire quelle est, environ, quelle proportion de ta patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Je pense que c'est moins d'un quart. Je sais pas en pourcentage...allez ... 10%.

Est-ce que tu as beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont tu n'es pas la primo prescriptrice ? Et comment gères-tu ce type de prescription. ?

Alors j'en ai quelques-uns, et c'est vrai que souvent je suis assez réticente, enfin en tout cas j'engage la conversation systématiquement dessus... enfin voilà, en faisant souligner que oui vous avez ce genre de médicaments, vous en prenez depuis combien de temps ? Il serait bien de s'en débarrasser un de ces quatre, enfin j'enchaîne direct là-dessus.

Qu'est-ce que tu penses de la pratique standardisée de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes dans le cadre de douleur dentaire à l'hôpital ou en ville ?

Alors dans ces cas-là on se rend compte très souvent que le simple doliprane© suffit et en effet on voit beaucoup d'ordonnances ... alors hôpital je sais pas, mais dentaires oui j'en vois beaucoup qui traînent ... et même les patients nous disent d'eux même : ben finalement j'ai pris qu'un simple doliprane©, ça m'a suffi. Je pense que oui on a tendance à pas mal charger l'ordonnance quand c'est comme ça.

Est-ce que tu as remarqué une modification de ta pratique depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017.

Ah oui oui. Parce qu'en fait je suis installée depuis Janvier 2016 mais j'ai remplacé pendant les 3 années précédentes donc ça fait neuf ans à peu près d'activité et j'ai vu vraiment le phénomène.... L'interdiction en pharmacie. Nous on a des patients qui sont tout de suite venus nous voir, et ce qui est fou, c'est que ces patients là on savait pas qu'ils prenaient des opioïdes. C'est-à-dire qu'ils en prenaient à côté et qu'ils nous le disaient pas, et y'en a certains moi j'ai été surprise... ils sont arrivés pour me demander ça et moi j'ai dit « mais pourquoi vous voulez ça ? » « Mais parce qu'en fait j'en ai toujours pris ». Et là ça m'a fait tiquer je me suis dit ah oui, l'importance de l'interdiction de ce genre de médicament.

Lorsque tu prescris un antalgique opioïde, est ce que tu prévois avec le patient la fin de la prescription, donc la déprescription ? et si oui quand et comment ?

Heu.... Pas si souvent que ça parce que ... enfin oui si, je parle pas vraiment de la fin parce que moi je me dis toujours que j'en prescris pas beaucoup sur la longue durée, c'est surtout sur des douleurs aiguës typiquement dentaires où je ne sais quoi... J'en prescris sur une semaine donc de toute façon il va falloir que je les revoies si ils en veulent plus, et par contre si ils reviennent me voir au bout d'une semaine et qu'en effet je sens qu'ils deviennent un peu addict à ça, là en effet je commence à parler du fait que ça puisse devenir une addiction. Alors après est ce qu'on évoque la fin je sais pas ... Je suis pas sûre... Mais en même temps je me dis que maintenant que c'est plus en vente libre, quelque part je le contrôle parce que s'ils en ont besoin ils sont obligés de passer par moi.

Est-ce que tu dépistes les risques de mésusages et si oui est ce que tu le fais dès l'initiation du traitement ou pendant la prise ? Et est-ce que tu utilises des outils pour ça ?

Alors oui je pense que j'ai une démarche de dépistage. De toute façon nos patients on les connaît bien donc y'en a certains je sais très bien qu'il faut que je les surveille. Après j'ai pas forcément d'outils mais en général c'est plutôt mon ordonnance... par exemple je sais pas... quand on prend du tramadol 1 comprimé 3 fois par jour et commencer la prise par 2 comprimés ben je l'enlève. J'ai tendance à diminuer le 1 à 2 comprimés et je mets un seul comprimé et je me dis que si y'a besoin ils reviendront me voir, si ils sont douloureux ils me rappelleront et là je leur dirai d'augmenter la dose. Mais de base sur l'ordonnance j'essaye de mettre la dose minimum en fait.

Est-ce que tu as repéré des critères particuliers, dépendants du patient, du type de médicament, du type de douleur qui favoriseraient les situations de mésusage ? Donc des facteurs de risque.

Alors pas forcément facteurs de risque, je pense pas que j'ai identifié ça. Par contre je trouve qu'on a des profils, des gens qui ont des profils à boulotter du médicament.

Et ça serait quoi ce profil du coup ?

Alors un profil par leurs antécédents, pas forcément médicaux mais leurs antécédents de prise de médicaments ou... heu... typiquement ceux qui nous réclament des somnifères, je sais qu'il faut que je fasse très attention. Ceux qui sont très branchés médicaments, c'est-à-dire pour le moindre souci ils vont réclamer des médicaments et si je leur propose autre chose qu'un médicament ça sera le refus systématique. Je vais me méfier sur ce genre de profil.

Quelle est ta prise en charge si tu décèles un risque de mésusage avant l'initiation de la prescription ?

Y'en a certains je vais éviter de leur prescrire, clairement je vais trouver une parade pour essayer de pas leur prescrire et des fois je suis même franche avec eux en leur disant « écoutez je sais que voilà déjà avec votre somnifère c'est compliqué, on a voulu l'arrêter et on n'y arrive pas, donc ce genre de médicament on va essayer d'éviter ». Après on n'y arrive pas toujours.

Est-ce que tu as déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Et comment ?

Heu... ben typiquement oui j'ai un patient qui est migraineux et qui boulotte du tramadol... je me suis rendue compte qu'il en bouloittait parce qu'il fait plusieurs médecins, et en fait c'est un jour par hasard en allant voir sur les dépenses de santé grâce à sa carte vital, avec son accord, l'historique de la pharmacie, et là je me suis rendue compte qu'il avait des prescriptions d'autres médecins. Et du coup on en avait discuté, après c'est compliqué à gérer hein en médecine générale... Au final je l'ai renvoyé chez le spécialiste pour ses migraines qui a un peu refait le point et qui du coup a introduit un traitement bien spécifique de la migraine. Alors on se demandait si au final ses migraines elles étaient pas dues à cet abus.

Et du coup qu'elle est ta prise en charge pour ces patients qui mésusent ?

Et ben lui migraine, j'ai réussi à avoir un rendez-vous avec un neurologue relativement rapide, et c'est comme ça que j'ai réussi à arranger un peu la situation.

Est-ce que tu as déjà été en difficulté dans ses situations là ?

Ah ben oui, parce que le refus du patient, enfin le refus... l'insistance en fait du patient à vouloir absolument sa dose... ça c'est quelque chose de compliqué. Parce qu'en fait en même temps on n'a pas envie de laisser... enfin il peut y avoir un syndrome de sevrage... ouais c'est pas évident clairement à gérer...

Est-ce que tu as modifié tes pratiques suite à des situations de mésusage ?

Et ben je suis, je pense, de plus en plus dure avec les patients ! Déjà avec les somnifères, j'en introduis plus jamais, donc je me dis on trouve d'autres parades. Après peut être que ça fait aussi le tri dans la patientèle, clairement, donc des gens ne viennent plus me voir à cause de ça. Et c'est pareil pour les opioïdes, j'essaye d'en prescrire le moins possible. Après voilà, y'a plein de fois où j'ai pas le choix. Ouais, je pense que j'ai modifié ma pratique.

Est-ce que tu as déjà eu recours à des ressources spécifiques ou des aides extérieures, si oui lesquelles et sinon, en as-tu déjà ressenti le besoin ?

Non jusqu'ici j'en n'ai pas eu besoin, alors moi j'ai une patientèle très jeune et je suis plutôt branchée gynéco pédiat donc c'est vrai que c'est pour ça que c'est pas une grosse partie de ma patientèle, je pense que ça change la donne. Et jusqu'ici j'ai jamais vraiment ressenti le besoin. Après je te dis y'a cet exemple de patient migraineux, mais sinon je pense que je m'orienterais vers tout ce qui est centre d'addiction. Mais je connais pas bien, quand c'est comme ça je demande à mes collègues !

En tant que médecin généraliste de quoi aurais tu besoin pour mieux gérer ces situations de mésusages ?

Et bien déjà mieux connaître le réseau local, les adresses parce que là-dessus ... Après c'est vrai que j'y suis pas très confrontée, je pense que je m'y intéresse pas beaucoup mais déjà si on avait ça. Et peut-être des outils, s'il existe des outils, des aides à la prescription et à la déprescription. Après faut que ce soit toujours jouable dans la réalité parce que bon des fois... les outils... on a nos patients en face de nous et c'est de la médecine générale donc c'est des gens qu'on suit depuis longtemps... c'est pas évident.

Est-ce que tu as suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Non pas du tout.

A ton avis, tes connaissances sur le mésusage viennent-elles plutôt de ta formation ou de ton expérience ?

Peut-être un tout petit peu de ma formation initiale, après heu... aussi un peu de mon expérience.

A ce propos, est-ce que tu penses que ta formation initiale était suffisante pour gérer ces situations de mésusage et si non comment faire pour l'améliorer ?

Non. Et je pense que c'est une vraie carence dans les études médicales, y'a beaucoup de sujets... qui en plus ne concerne pas du tout que la médecine générale, et notamment celui-ci. La prescription d'antalgiques ça reste quand même très limitée dans nos études et notamment tout ce qui est addiction. Oui là clairement que ça soit en 2^{ème} cycle et en 3^{ème} cycle d'étude médicale.

Pour conclure, quelles seraient tes suggestions pour limiter les situations de mésusage d'antalgiques opioïdes ?

Savoir repérer les gens qui sont à risque peut être. Ouais déjà si on avait des formations un peu plus poussées là-dessus, parce que bon on a les bases mais on a les bases de la prescription des antalgiques et après pour la suite ... c'est pas simple.

M3

Age : 61

Type d'exercice : Urbain

Type de cabinet : En groupe

Ancienneté d'installation au cabinet : Ça va faire 30 ans en Avril.

Est-ce que vous pourriez me dire, environ quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

10%

Est-ce que vous avez beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur et comment gérez-vous ce genre de prescription ?

Ça pourrait par exemple être des gens en HAD, qui sont sortis d'hôpital ou qui sont en soins palliatifs où je peux renouveler, mais le plus souvent c'est moi qui initie. Y'a très peu de patients où ça a été initié par un autre, la majorité des cas c'est moi, sauf de temps en temps en HAD ou quand les gens sortent de l'hôpital je peux renouveler une ordonnance. Notamment la morphine où c'est 4 semaines.

Qu'est-ce que vous pensez de la prescription standardisée de tramadol ou d'antalgiques opioïdes pour des problématiques dentaires en cabinet ou à l'hôpital ?

C'est systématique. Alors moi je pense que c'est standardisé mais que ça doit être limité dans le temps. Souvent c'est une prescription que je fais pour une douleur aiguë, dentaire ou autre, je vais mettre une limite. Une douleur dentaire par exemple c'est une semaine, maximum deux semaines, mais j'essaie de pas pérenniser, pas des ordonnances longues. Donc on va dire traitement aigu, oui, mais par contre je fais attention, j'essaie... des fois je me fais avoir, avec des patients qui continuent le traitement parce qu'ils se sentent mieux avec, ils dorment mieux avec ... c'est pas facile.

Est-ce que vous avez ressenti une modification de votre pratique suite à l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017?

Non, honnêtement j'ai pas plus de demande, j'ai pas l'impression. Après moi je fais très peu... je ne suis pas de gens toxicomanes et donc j'ai peu de patients qui viennent... Alors j'en ai quelques uns qui ont des mésusages, mais surtout les benzo, j'en ai pas mal en benzo, en codéine quelques uns. J'ai en mémoire une dame, cancer du sein, qui a eu des douleurs après sa mastectomie et tout ça, et elle, elle vient chercher tous les mois son tramadol. J'essaye de la faire diminuer, et dès que j'essaye de diminuer la moindre dose, elle me dit que ça va pas, qu'elle doit en prendre plus... Donc j'ai quelques patients comme ça, mais je dois les compter hein. J'ai quelques patients qui sont au long cours sous tramadol ça c'est vrai. Parce que ça a été mis au début et puis pas arrêté assez tôt, et dès qu'on essaye d'arrêter on sait plus comment diminuer. C'est un peu comme les somnifères. J'ai ces difficultés-là, avec certains patients douloureux chroniques sous codéine et tramadol qui sont dans les douleurs chroniques, après je sais pas trop comment m'en débarrasser. Mais est-ce qu'il y en a plus depuis que ce n'est plus en vente libre, non.

Quand vous prescrivez un antalgique opioïde, est-ce que vous prévoyez avec le patient la fin de la prescription, donc la déprescription, si oui comment ?

Alors si c'est en aigu, douleurs dentaires, sciatiques ou autre, je vais le donner sur une limite, je vais le mettre une semaine, deux semaines, des fois quand c'est des sciatiques ça peut être un peu plus long. Donc déjà je parle de la durée, mais par contre j'ai beaucoup de mal avec les douloureux chroniques. Les douleurs de cancer notamment, ou par exemple ceux qui en ont eu besoin pendant plusieurs mois et après comment défaire. Ma difficulté elle est plutôt là, les chroniques. Mais est-ce que j'en parle à ce moment-là, ben j'essaye d'en parler après, quand ils reviennent me voir au bout de 3 mois « je viens chercher mon tramadol, ma codéine » j'essaye de dire ben ça serait bien d'essayer de diminuer. J'essaye de diminuer mais c'est pas facile. Je devrais m'aider plus de l'addictologie, peut-être.

Est-ce que vous dépistez les risques de mésusages, si oui avant ou pendant la prescription et est-ce que vous utilisez des outils pour ça ?

Non j'utilise pas d'outils, je suis pas très outils, par contre j'utilise... là j'ai eu le cas d'un pharmacien qui m'a appelé y'a 15 jours pour une dame qui prenait de l'Ixprim®, elle en avait eu besoin à un moment pour une douleur aiguë, et puis elle venait chercher son ordonnance. Y'avait du trafic d'ordonnance. Le pharmacien me dit, « je lui ai déjà donné je sais pas combien de boîtes » elle redemande des boîtes supplémentaires et quand je l'ai vue elle me dit « mais non ça n'a rien à voir c'est parce que j'étais en vacances et j'avais oublié mon ordonnance », ce qui est possible parce que j'étais surpris. Enfin c'est une ancienne alcoolique, qui avait arrêté l'alcool et donc elle a peut-être un comportement addictif ça c'est possible.

Justement est-ce que vous avez repéré des critères particuliers, dépendants du patient et de ses antécédents, des médicaments ou du type de douleur qui favoriseraient les situations de mésusages ? Donc des facteurs de risque.

Alors des facteurs de risques, les antécédents d'alcoolisme par exemple, là c'était une dame alcoolique tabagique. Quand le pharmacien me l'a dit, je me suis dit oui celle-là elle consommait trop, elle, elle me dit que non qu'elle ne consomme plus mais elle prend toujours ses 2 tramadol par jour et je quand je lui dis qu'on devrait diminuer et rester sur le paracétamol... C'est pas facile, donc elle peut être que la prochaine fois je l'enverrai faire une consultation, ça serait une possibilité mais c'est pas facile, parce que quand vous abordez la question avec la personne, la personne vous répond qu'elle est bien avec. Et puis on n'a pas toujours le temps d'approfondir, pas le temps d'utiliser des outils ou des arguments pour le faire. Je devrais plus me tourner vers des consultations dédiées je pense.

Si vous retrouvez un risque de mésusage chez des patients, donc par exemple un patient avec un trouble de l'usage d'alcool, avant d'introduire le traitement, quelle est votre prise en charge ?

Je devrais rechercher des risques de mésusage, mais j'avoue que je regarde surtout le palier de la douleur. Si je sais que le paracétamol ne suffira pas, j'hésite pas. On nous a tous appris que fallait pas hésiter à mettre de la morphine. Y'a des médecins qui sont réticents, moi je suis pas réticent du tout, donc je prescris. Je prescris quand c'est justifié. Le seul problème c'est que je me fais piéger chez des patients chez qui il faut que je continue. En gros je suis large dans mes prescriptions je pense, mais par contre après j'ai des cas où je me dis que je me suis fait avoir de pas avoir bloqué plus vite. Donc je suis un peu balancé, parce que je me dis il faut soulager le patient, hors de question que je laisse le patient sortir avec juste du paracétamol quand il a très mal, quand il a une EVA à 4-5, par contre je devrais être plus vigilant sur la durée, mais c'est pas facile. Ça, c'est une partie délicate de notre métier je trouve.

Est-ce que vous avez déjà repéré des cas de mésusages et comment les avez-vous repérés ?

Ben je m'en suis rendu compte par le pharmacien, par l'HAD pour une patiente, une jeune de 20 ans qui est sous morphine au long cours pour un problème de gastro parésie et maintenant elle a un pace maker gastrique, avec une nutrition entérale, et le problème c'est qu'elle est sous morphine. On devrait diminuer la morphine, elle était addict au tramadol, et dès qu'on essaye de diminuer un peu... Il y a un mésusage évident. Là aussi le pharmacien qui m'a appelé, elle apportait des photocopies d'ordonnance, donc là elle avait un comportement addictif.

Et du coup qu'elle a été votre prise en charge ?

Et ben j'en ai parlé à l'HAD avec le médecin référent, et puis c'est un médecin de la douleur au CHU qui l'a vue, qui a dit il faudrait qu'on réduise progressivement les doses. Le problème c'est comment faire avec quelqu'un qui se plaint dès qu'on diminue la moindre dose. Avec en plus la mère qui est à côté. Le diagnostic qui est pas très clair, donc elle est toujours dans le flou, on sait pas pourquoi elle continue à avoir mal. Moi j'avais presque l'impression d'un syndrome de Munchausen, c'est ce que j'avais évoqué il y a un an ou deux, elle avait besoin d'attirer l'attention sur elle. Et là ils ont ré-évoqué le sujet en disant c'est peut-être ça. Quand on voit la discordance entre le physique où elle est toute normale, pimpante et qu'on voit la liste des traitements à n'en plus finir, qu'elle travaille pas, à 20 ans, donc je sais qu'il y a quelque chose qui est recherché en bénéfices secondaires. Y a un côté psychologique évident. Mais c'est des cas pas faciles parce qu'on sait pas comment... le but c'est de la soulager mais bon ... évidemment elle vient chercher sa prescription si on lui dit je vous en mets pas... alors souvent je diminue les doses et après elle me rappelle parce que ça a pas marché, faut remettre plus fort, l'HAD rappelle parce qu'elle est toujours douloureuse et qu'est ce qu'on fait ?

Est-ce que vous vous êtes déjà senti en difficulté dans ce type de situation ?

Oui ça arrive plusieurs fois, des gens qui sont sous antalgiques opiacés, ou autre au long cours et on se dit qu'est-ce qu'on en fait ? Ya des cas où il faudrait vraiment une consultation spécialisée pour essayer de prendre ce problème là directement parce qu'on n'a pas les atouts. On a le côté relationnel avec le patient où y'a un lien qui s'est établi mais on n'a pas le temps et si c'est pour dire oui oui et après devoir corriger l'ordonnance deux jours après parce que ça marche pas... Souvent on est embarqué dans un système et honnêtement il faut en parler au départ ça c'est sûr. Les cas chroniques c'est différent, mais les cas aigus, il faut pas se faire piéger par des gens qui sont entrés dans les opiacés par des voies... ils ont eu besoin à un moment et finalement ils trouvent un autre bénéfice et ils continuent et après ça s'éternise. Moi j'ai eu des cas avec la codéine pour des maux de tête, c'est le plus mauvais médicament pour les maux de tête, et j'ai un cousin par exemple il me demandait sa codéine, ses 2 ou 3 boîtes par mois. A un moment je lui ai dit non, parce que dès qu'il allait bosser il lui fallait sa dose, c'était un comportement addictif. En fait y'avait des céphalées de tension, des douleurs un peu chroniques mais la codéine n'arrangeait pas du tout son cas, ça soulageait transitoirement et puis il est rentré dans un système.

Est-ce que vous avez modifié vos pratiques suite à des constations de mésusage ?

Alors j'essaye de faire un peu plus attention peut être, j'hésite pas à mettre des médicaments parce que je veux soulager le patient, ça c'est un impératif fort. Mais par contre si c'est aigu je vais dire attention c'est limité dans le temps, je vais insister sur les aigus. Les chroniques c'est pas pareil, si ça a déjà été mis par quelqu'un depuis des mois et qu'on continue, c'est un peu comme les somnifères, ou les benzo, il faut avoir une consultation dédiée, addicto, parce que dans ces cas-là on est parti dans un système et nous ça va être compliqué. Donc je dirais que je peux avoir de l'action sur l'aigu, et dire dès le début, attention c'est pour un temps limité, mais le chronique, compliqué. Notamment quand c'est des douleurs aiguës qui deviennent chroniques ou des douleurs post traumatiques ou autres où on le met plusieurs semaines et une fois que la personne est prise dedans elle veut son médicament. Refuser c'est quand même se dire... enfin on est quand même les médecins du patient, je sais après qu'il y a des comportements addictifs mais comment faire. Parce que à la limite dire non je vous le fais pas, c'est facile, j'ai des collègues qui font ça, mais du coup le patient il change de médecin c'est sûr, il change et il va en trouver un qui fera ce qu'il veut ça c'est sûr. Donc si on veut garder des liens corrects, surtout si le lien est bon par ailleurs, c'est un peu dommage de perdre le lien. Je vais pas lui balancer « je vous soigne plus parce que vous voulez plus me suivre », je suis pas comme ça.

Est-ce que vous avez déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à des aides extérieures ? Si oui lesquelles et si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Alors le besoin oui, est ce que j'utilise toujours non. Parce que j'ai la flemme, je remets au lendemain et puis c'est pas fait. Si j'ai un besoin j'envoie au centre d'addiction à la maison des addictions à côté par exemple ou au CHR. Peut-être que si c'était plus facile d'avoir des rendez-vous, même si c'est un mois ou deux c'est pas grave, mais c'est quelque chose que je pense pas à faire. Avoir des référents qui pourraient nous aider ça, ça serait utile dans cette démarche qui est compliquée, et indépendante de notre métier, moi je vois ça le décalage.

En tant que médecin généraliste, de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer ses situations de mésusage ?

Il faudrait que je pense plus à envoyer en addictologie et que les délais soient plus courts, c'est ça que je pourrais dire, que la prise en charge soit coordonnée plus facilement. Du coup je fais un courrier, je dis allez-y, et puis ils attendent, et puis si ils y vont... Mais je pense qu'il faut que ce soit nous, qu'on soit plus actifs, que le médecin commence à rentrer dans le système d'addiction et faut pas qu'on hésite à demander un appui, au moins de pointer du doigt « c'est pas normal que vous preniez un médicament aussi longtemps » voir pourquoi, est ce qu'il y a pas une autre recherche, j'ai pas toujours le temps d'approfondir.

Est-ce que vous avez suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Douleur oui, j'ai le DU douleur et soins palliatifs

Est-ce que vos connaissances sur le mésusage viennent plutôt de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Expérience

Est-ce que vous pensez que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusage ?

Non, à l'époque non, je sais que c'est mieux fait maintenant.

Et qu'est-ce qu'on pourrait faire pour l'améliorer d'après vous ?

Moi j'avais été à des formations avec Mme Van Der Schueren pour le tabac c'était bien. J'ai eu deux trois fois des réunions avec elle, en petits groupes, pas comme qualité. On avait fait venir quelqu'un pour l'alcool l'année dernière, donc on fait régulièrement des petits groupes d'une vingtaine de médecins mais un truc pas trop formalisé.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Je pense qu'il faut que nous, le médecin, il explique dès qu'il prescrit, l'avantage de prendre le médicament mais de savoir que ça va être une période limitée dans le temps, il faut que nous on soit plus actifs là-dessus, il faut être plus actif dans l'aigu. Et quand c'est du chronique, si on voit qu'on est vraiment pris dans un système, ne pas hésiter à prendre une consultation d'addictologie à un moment donné. Et que la personne ait au moins conscience qu'elle a un mésusage, on n'est pas obligé de prendre des médicaments tout le temps. Et ça pourra peut-être aider à faire une décroissance. Parce que par exemple pour la petite de 20 ans qui a été vu par le médecin de la douleur, elle a pas du tout supporté. C'était pas son médecin habituel, c'était un remplaçant qui a tout de suite diminué les doses sur les ordonnances. Elle est venue me voir 2 jours après en me disant « je comprends pas pourquoi il m'a reçu comme ça en me disant qu'il allait diminuer les doses ». Il avait pas son accord. Il a imposé ça avec une ordonnance et elle, elle m'a dit « je comprends pas il a dit ça, que je devais faire ça, mais moi j'ai besoin » donc ça suffit pas.

M4

Age : 54 ans

Type activité : urbain

Type de cabinet : Cabinet de groupe

Ancienneté d'installation : depuis 2004

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Entre 15 et 20% environ

Avez-vous beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Comment gérez-vous ce type de prescription ?

Oui ça arrive. Je vois dans le temps comment ça arrive, quelle est la demande. Quand je vois que ça fait un certain temps, quand les gens le prennent plus comme un automatisme que par nécessité de la douleur, j'essaie de leur expliquer et très souvent j'arrête le traitement. J'essaie de stopper la chose, qu'on ne s'installe pas dans une situation de chronicisation ou de dépendance. Je suis assez à cheval là-dessus.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Alors c'est vrai que les douleurs dentaires se sont des douleurs qui sont mal soulagées par les antalgiques habituels. C'est vrai que habituellement tout ce qui est dafalgan©... mais d'emblée je pense qu'on a tendance à ... après il faut dire que les douleurs dentaires sont souvent fortes quand ce sont des abcès par exemple ... je suis pas sûr que ça soit toujours bien compris et je trouve que taper d'emblée dans des paliers 2 assez forts voir des paliers 3 ... je suis pas tout à fait sûr pour Donc je commence toujours par des palier 2 minimum mais pas taper fort dès le début. Ça pose des soucis de dépendance déjà mais aussi de tolérance parce que c'est pas toujours bien toléré.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt codéine en vente libre en 2017 ?

Alors oui parce que maintenant on en a des demandes régulièrement, je dirais des prescriptions sauvages de gens qui demandent comme ça, sans motif en fin de consultation, ça m'est arrivé plusieurs fois. Alors c'est pour des motifs très variables, y'en a qui prennent ça pour dormir, ce sont des accros des somnifères, des fois ils prennent ça pour des douleurs mais qui sont pas vraiment des douleurs, pour de l'anxiété et parfois même j'ai eu des gens qui ont des toux chroniques qui prennent ça ...

Et après parfois on sent que c'est de la dépendance parce que les gens disent « moi j'en prends parce que j'en ai toujours pris ». Les gens ne savent pas quelle est la vraie raison, pourquoi ils en prenaient. Donc effectivement on a des demandes de prescriptions.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Alors quand je leur prescris je leur explique que ce n'est pas une prescription qui est définitive, qu'il faut pas venir sans arrêt pour des renouvellements. Je fixe toujours un objectif par rapport à la douleur, et très vite je leur dis qu'il faut pas s'installer. Bon faut pas rester avec la douleur mais néanmoins il ne faut pas s'installer dans le temps avec le médicament, le renouveler et le renouveler. Parce que des fois on a ce souci avec les morphiniques, des fois on oublie la douleur initiale. Ça m'était arrivé avec des patients que j'ai dû ne pas voir parce qu'ils sont venus voir des remplaçants, et qui sont sous opioïdes depuis 5 ou 6 mois alors que en fait le motif initialement a complètement été zappé et les gens avaient tendance à le prendre bien évidemment avec une escalade et au bout d'un certain temps on sentait qu'il y avait une dépendance. La dose avait été majorée sans tenir compte vraiment du motif initial de la prescription. J'ai des cas comme ça.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Des outils non, mais j'essaie de dépister. Les patients on les connaît un peu, avec le temps, on les a soignés, il y a eu d'autres épisodes, d'autres prescriptions d'antalgiques. On sait très bien que c'est des gens qui d'emblée vont vous demander assez rapidement des morphiniques dès que l'occasion se présente. Ça m'est arrivé sur certains patients. Après non j'ai pas d'outils particuliers mais j'ai des petits post-it, des mots que j'ai mis dans le dossier à l'intention de tout le monde, c'est-à-dire moi, les remplaçants pour que ...voilà l'initiation soit pas aussi facile, aussi automatique. Tenir compte que quand même chez cette patiente il y a eu des soucis dans le passé. J'ai une bonne dizaine, quinzaine de cas comme ça où y'a des post-it qui s'affichent quand le dossier s'ouvre.

Ces patients avec des post-it, ce sont des patients chez qui il y a eu des antécédents de mésusages ?

Oui j'ai même deux de mes patients qui collectionnaient, qui ont vendu leur produit, des tramadol des choses comme ça.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Alors oui des facteurs de risque, je dirais que c'est souvent des patients poly-algiques qui consultent facilement et qui ont la demande d'antalgique assez facile, et qui d'emblée vous aborde en disant « ne me mettez pas que du doliprane®, le doliprane® ne me fait rien ». Donc ça veut dire que déjà ils sont en train de vous imposer d'emblée une étape pour une douleur qui a priori pourrait tout à fait être soulagée par des paliers 1... Donc ça c'est important de le noter, sans tomber dans l'excès de priver les gens d'antalgiques mais voilà.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Je ne prive pas les gens, je ne veux pas laisser les gens souffrir. Après ça m'est déjà arrivé d'être très très prudent dans l'introduction donc je reste prudent. Je mets bien les cadres, je les accompagne. J'évite de prescrire des traitements longs avec des renouvellements. Enfin bien évidemment je ne parle pas pour les morphiniques, mais pour les paliers 2 et je leur demande régulièrement d'évaluer et je mets des quantités limitées avec un nombre de boîtes limité pour leur montrer que c'est pas open bar en mode « j'en prends quand je veux » et surtout pas à renouveler. Du coup je fais ça et je réévalue assez rapidement et dès que je vois que les douleurs changent avec les outils qu'on a... Bon des fois c'est pas facile parce que les gens ils essaient un peu... alors pas de tricher mais un peu de... voilà... mais dans ces cas-là assez rapidement j'essaie quand même de bien cadrer les choses et j'essaie de bien maîtriser la situation... Je donne pas comme ça à corps perdu des ordonnances ...

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Et bien à travers le passé un peu, et puis souvent malheureusement, alors on va pas nommer, c'est pas toutes les personnes mais souvent bien évidemment ce sont les toxicos où il faut par exemple se méfier, qui présentent parfois des douleurs, des lombalgies par exemple, qui nécessitent des traitements costauds. Chez eux je reste quand même extrêmement prudent, mais y'a pas que ça. On voit aussi chez des personnes de tout âge où en fait y'a une certaine installation où finalement la prise c'est plus pour la dépendance que pour autre chose. Les gens prennent le médicament parce qu'ils en ont besoin et je me répète, le motif initial passe complètement au second plan. Quand vous les interrogez, « on s'est vu il y a 3 mois, les douleurs initiales c'était ces lombalgies ça en est où la ? Ah mais c'est mieux ? Mais alors pourquoi vous prenez la morphine ? » et ils sont incapables de dire. « mais j'ai d'autres douleurs » enfin on sent bien qu'il y a une déviation qui s'est faite, pas tout le temps mais ça arrive aussi. Donc en fait tout ça je me mets des alertes pour savoir que chez tel patient il y a eu, pas de soucis, mais tout de même des tendances un tout petit peu bizarres.

Par exemple tout à l'heure vous parliez de patients qui revendaient leur traitement, comment vous l'avez su ?

Et ben par conséquent pour les deux affaires j'ai eu les gendarmes qui m'ont appelé. Là j'ai été averti par la gendarmerie mais ça date cette histoire. Maintenant avec les logiciels, la traçabilité, on a la possibilité de savoir en allant sur le site de la CPAM. Avant on n'avait pas ces outils là, mais j'ai eu des patients qui faisaient du trafic de tramadol.

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Alors déjà je les avertis, et après malheureusement moi très souvent je suis un peu intransigeant avec ça et je leur dis que c'est un peu trahir la confiance du médecin et que ça remet en question toute la prise en charge, et très souvent, pas que je m'en débarrasse, mais je fais comprendre que la relation de confiance n'existe pas. Après pour ceux qui regrettent tout ça je discute et je ré explique que voilà faut pas que ça recommence et que je reste très très vigilant les concernant mais je dirais que par la suite c'est vrai que ça biaise un peu la prise en charge parce qu'on a toujours ça dans un coin de sa tête et après ça a un peu tendance à influencer les prescriptions.

Et pour ceux qui mésusent, sans trafic d'ordonnance, mais qui par exemple en prennent plus, qu'est-ce que vous faites ?

Je leur explique tout simplement, je reprends l'histoire à zéro, je leur dis on est parti de là, souvenez-vous pourquoi je vous ai prescrit ça, et souvent les mois passent même des fois les années et on s'aperçoit que les gens continuent à le prendre et à un moment je leur prouve que la prise actuelle n'est plus justifiée par le motif initial et qu'ils sont tombés dans un cercle de dépendance. D'ailleurs ils disent très souvent « il va falloir augmenter mon truc parce que ça ne me fait plus rien » et c'est là qu'on sent qu'il y a une certaine dépendance et je leur dis vous êtes dépendants. Et je leur dis il va falloir impérativement arrêter parce que vous n'en prenez pas parce que vous avez mal mais parce que vous êtes dépendants, votre corps réclame et vous êtes tombés dans un sorte de mésusage. Mais il faut expliquer, ça prend du temps, parfois c'est un peu sport. Je sais que j'ai perdu deux patientes comme ça, mais ça ne me pose pas de problème. Mais j'ai eu aussi une grand-mère, enfin une dame à la retraite, une dame poly-arthralgique, des douleurs d'arthroses diffuses, du tramadol forte dose longue durée d'action avec des prises courtes, renouvelé régulièrement par des remplaçants tous les mois, et j'ai repéré le dossier. J'ai convoqué la dame, ça a été très chaud la consultation parce qu'elle m'a accusé de ne pas la croire, tout ça, et finalement tout est rentré dans l'ordre, elle était dans un mésusage. Aujourd'hui je ne la vois plus, donc en fait on est resté sur des traitements habituels et on parlait de l'arthrose, de l'arthrose diffuse mal définie, et finalement ces douleurs diffuses on les entendait toujours mais finalement c'était aussi des douleurs de manque. Parce que finalement on n'interrogeait pas beaucoup, les remplaçants disaient « ah ben toujours pareil » et du coup je renouvelle, je renouvelle. Tramadol 200mg ou 300mg 2 par jour plus des 50mg, c'était quand même des doses fortes. Donc voilà ça c'est un exemple type où j'ai pu vraiment repérer mais il faut convoquer les gens et leur expliquer.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Ben j'avoue que des fois c'est pas simple, honnêtement c'est pas simple parce que parfois on sent, quand on regarde certains dossiers, que c'est en train de nous échapper. On sent bien que c'est en train de vriller, on voit bien que les gens vous évitent, parce que quand ils viennent vous voir vous dites « je trouve quand même que vous en avez beaucoup, vous avez toujours autant mal ? ». Alors on a toujours ce genre de réflexions « on voit bien que c'est pas vous qui souffrez » alors c'est renvoyer la balle pour faire culpabiliser. Alors faut voir mais parfois c'est difficile, pour les diriger vers les rhumatologues, parce que c'est très souvent dans les douleurs arthrosiques un peu diffuses, mal définies, mal décrites. Et dans ces cas-là ben c'est compliqué et dans ces cas-là je me fais aider par des spécialistes pour dire que quand même la prescription est trop forte et finalement ça n'apporte pas grand-chose les doses prescrites utilisées par la patiente.

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constatations de mésusages ?

Je suis plus prudent, j'avoue vraiment que, c'est peut-être pas bien, mais que je reste très prudent chez certains patients, qu'avant je dégainais facilement la morphine pour quoi que ce soit. Je dis pas que je le fais plus maintenant mais en tenant compte du profil de certains patients, certains jeunes, enfin voilà. Je sais bien que des fois c'est pas facile de les sevrer donc vraiment je fais le pour et le contre pour bien peser avant de les prescrire en fait.

Qu'entendez-vous par certains profils ?

Ben c'est toujours pareil c'est les patients qui dans le passé ont eu des mésusages aux produits, c'est toujours pareil. Et puis même des fois chez des personnes âgées aussi chez qui j'ai prescrit de la morphine, chez qui j'ai eu beaucoup de mal à l'arrêter et qui rebelotte présentent d'autres symptômes qui nécessitent l'introduction de morphiniques à action rapide. On sait que c'est là-dessus qu'on va avoir du mal. Ils sont demandeurs de ce genre de produits et souvent, ben on les croit quand ils disent « ça va pas mieux, ça va pas mieux, faut monter, j'ai encore des pics de douleurs » et ben qu'est-ce qu'on fait, on augmente les doses.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? Si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Ça m'est arrivé d'envoyer 2 ou 3 patients dans des centres d'addictions.

Lesquels ?

Alors à l'époque c'était le CHR. J'ai envoyé deux patients au CHR. Dépendance forte à la codéine. Et puis les centres d'addictologie à l'époque c'était les CHA où j'avais envoyé un petit peu pour les faire aider pour les morphiniques.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Heu... qu'est ce qu'on aurait besoin ? Heu... je dirais des outils qui permettent un petit peu... enfin des outils, c'est plutôt aux médecins de connaître les patients, mais de mieux les cibler un tout petit peu, et puis de ne pas tomber dans le cercle vicieux en fait. Avoir des outils qui permettraient d'éviter d'emblée en prescrire, voilà ça ça peut être intéressant.

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Alors moi j'ai fait un diplôme d'addictologie, en alcoologie, il y a quelques années, il y a une quinzaine d'années de ça. Après à côté de ça je n'ai pas de capacité en addictologie.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Plus expérience je dirais, beaucoup plus.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusages ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Je dirais pas suffisante mais c'est qu'on nous avertit pas assez. Moi j'ai connu une époque où on nous disait « olala la douleur, faut pas laisser les gens souffrir, morphine, morphine ! » enfin moi j'ai connu ce discours là mais il y a quelques années. Aujourd'hui on dit, « faudra quand même rester prudent ». Voilà j'ai connu ce discours-là. Après quelqu'un qui souffre bien évidemment faut le prescrire mais faut pas tomber dans l'excès, faut toujours bien cerner, pas que les choses s'échappent, s'installent dans une sorte de routine, de rituel trimestriel où en fait on renouvelle sans poser de question. À tout moment il faut remettre le dossier à plat, reposer des questions. Parce que les gens sont bien, eux ils ont besoin de leur dose, pour eux c'est un renouvellement habituel. Moi je suis désolé mais un renouvellement de morphinique, je parle pas dans certaines maladies de longue durée, mais d'autres pathologies aiguës, des gens qui prennent ça au long court ça m'a toujours choqué et je me pose la question du pourquoi. Donc là-dessus j'essaye toujours de dépister, de poser des questions. Après quand on est installé on s'attire toujours un peu les foudres des patients parce que les gens vous évitent après, dans le dos et ça, ça m'agace encore un peu plus. Mais il y a souvent des mots dans les dossiers pour que les remplaçants les voient.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Moi je pense que c'est bien de sensibiliser les médecins c'est-à-dire de peut-être faire des EPU, des choses comme ça, ce qui permet d'en parler un petit peu. Mais comment dépister, moi j'ai ma façon de dépister mais est ce qu'il n'y a pas d'autres façon un petit peu d'anticiper, de donner d'autres cadres, d'autres outils, d'autres aides, je serais pas ... ça serait le bienvenu. Parce que j'ai ma propre expérience personnelle que j'applique au quotidien quand les choses se présentent, mais je suis persuadé qu'il y a d'autres choses qui pourraient être intéressantes, volontiers je laisse la porte ouverte à ça pour me former.

M5

Age : 43 ans

Type d'exercice : semi rural

En cabinet de groupe

Installation en cabinet : depuis 2007

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Autour de 5%

Avez-vous beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Alors je n'en ai pas beaucoup mais j'en ai quelques-uns. J'essaye d'évaluer l'ancienneté et j'essaye de parler de la possibilité d'une diminution. Et si y'a déjà des arrêts qui ont été tentés... Voilà et surtout connaître l'indication, savoir si le patient est toujours douloureux. Oui parce qu'il ne s'agit pas d'arrêter un traitement si le patient est toujours douloureux.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Alors le tramadol c'est pas mon expérience... enfin je le vois... ce que j'en pense c'est que c'est peut-être trop... enfin une prescription trop systématique, et peut être un terme d'intensité un antalgique trop puissant. Mon expérience personnelle ça serait plutôt de prescrire du Co-Doliprane®.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt codéine en vente libre en 2017 ?

Non je trouve pas, non... j'ai pas plus de demandes, j'ai pas l'impression d'avoir plus de demandes.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Alors j'essaye d'en parler, comme pour les benzodiazépines. Après, au bout de combien de temps ça dépend de l'indication initiale et de l'intensité. Par exemple pour des lombalgies très intenses, on répartit sur plusieurs semaines voire plusieurs mois, je lui dirais qu'il faudrait qu'on arrête mais je suis dans l'incapacité de dire à quel moment il faudra l'arrêter. Je pense qu'il faut l'aborder le plus tôt possible en disant bien qu'on accompagne, enfin que mon souci à moi c'est de leur donner le traitement la durée nécessaire mais que je suis là aussi pour les aider à arrêter, quand je ... quand nous le jugerons nécessaire.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Alors j'essaye de dépister... je n'utilise pas d'outils mais y'a quelques éléments voilà au cours de l'interrogatoire... ou du contexte qui vont m'orienter un petit peu.

Et ces éléments est ce que vous en avez certains en tête ?

Le fait que ce soit un homme, qui ait des antécédents de mésusage, d'addiction... des antécédents de violence... heu... et c'est essentiellement l'âge ... les hommes jeunes dont il faut faire attention. Je crois que ça reprend ... y'a un outil sur ça... mais c'est vrai que je ne l'utilise pas systématiquement... Je ne l'utilise pas mais de ce que j'avais lu c'était à peu près ça... y'avait les antécédents psychiatriques aussi.

Du coup qu'est-ce que vous faites quand vous repérez ces signes-là ?

Et ben je me dis qui faut être prudent et particulièrement cadrer la prescription et préférentiellement partir sur des prescriptions courtes... enfin déjà prescrire que si c'est absolument nécessaire, enfin si j'ai pas d'autres alternatives et si j'ai pas d'alternative être particulièrement vigilante sur la durée et leur dire dès le début que ça va être une prescription courte et temps que faire se peut de ne pas prescrire.

Quelle est votre prise en charge si vous décele un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Si y'a un risque de mésusage j'essaye de ne pas prescrire

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

C'est des patients qui revenaient de façon anticipée par rapport à la durée de prescription que j'avais prescrite, que j'avais faite, et qui revenaient plus tôt et qui était très insistants. Alors il y avait parfois des motifs de consultation un peu détournés alors qu'en fait le motif principal de consultation c'était le renouvellement... ils étaient très regardants sur la posologie... sur le nombre de comprimés que je pouvais prescrire.

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Alors j'ai essayé d'aborder la question, de savoir s'il y avait une consommation plus importante que d'habitude... C'est essentiellement ça... Et si ça correspond à une douleur plus importante par exemple ou si c'était un autre type de prise. Parce qu'il y a certains patients qui prennent plus pour se détendre donc voilà.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Oui, des patients et des patientes pour lesquelles j'essaye de diminuer, j'essaye d'arrêter. Parce que je dis que j'essaye de faire des prescriptions courtes mais c'est plus sur les initiations. Après je vois bien qu'il y a des patients qui ont des usages chroniques des opiacés et heu... je suis en difficulté pour diminuer voir pour arrêter ces traitements. Parce que les patients ne veulent pas, y'a toujours des raisons... alors heu s'ils repèrent que mon motif principal pour renouveler c'est la douleur... ben ils prétexteront... Enfin je pense pas que ça soit forcément très sincère dans ces cas là... Mais quand le patient il me dit qu'il a mal, c'est vrai que je suis un peu dans l'impasse et que je vais pas le laisser sans traitement mais ça me paraît pas toujours justifié pour certains patients. Et c'est ça la difficulté, de savoir quand c'est justifié ou quand ça ne l'est pas.

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constations de mésusages ?

Heu... les durées... J'ai vraiment essayé de prescrire sur des durées courtes

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

J'en aurais ressenti le besoin mais étant en semi rural où les recours extérieurs sont très limités, surtout que c'est des patients qui ont souvent des difficultés de locomotion, des difficultés sociales... Enfin voilà, j'aurais eu le souhait qu'ils aillent par exemple

dans un CSAPA mais... comme on est leur premier voire leur unique recours... heu... J'ai du mal à les orienter ... Ce qui pourrait être utile c'est que ça soit délocalisé... Si en plus ils n'en ressentent que très modérément le besoin... ben y'aura toujours l'obstacle. Souvent ils n'ont pas de moyen de locomotion, ils sont dépendants d'autres personnes et ça c'est un obstacle majeur. Après j'aurais aussi ressenti éventuellement des besoins de formation, mais j'ai pas pris le temps de le faire mais je pense que ça pourrait aussi être une étape.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Donc de la formation

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Alors des formations oui avec Prescire, je suis abonnée aux thématiques Prescrire, mais j'ai pas fait de formation présentielle sur le sujet.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Je dirais les deux, y'a les formations, les consultations et puis les lectures, et tout simplement les lectures de la presse notamment sur le mésusage des opioïdes. Enfin moi j'ai été particulièrement interpellée, on parle beaucoup de la crise des opioïdes aux états unis. Voilà je me dis qu'est ce qui nous empêche nous... enfin pour le moment je pense que c'est le fait que la prescription soit assez encadrée ça peut être... c'est un frein mais voilà...

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusages ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Etant moi-même formatrice ... je pense que je n'y ai pas été assez formée, après en tant que formation... moi je suis très... enfin je m'occupe des GAAP et je pense que ça pourrait être un bon thème... Enfin il faudrait envisager des GAAP thématiques sur le mésusage parce que je trouve que ce qui est le plus formateur c'est de soi même aller chercher les informations et puis le fait aussi d'avoir des animateurs. On pourrait aussi avoir une coopération médecins généralistes / addictologues enfin voilà... à partir de ça faire un échange de pratiques ... ça, ça me semblerait intéressant. On pourrait aussi envisager des terrains de stage de SASPAS où le 3^{ème} lieu de stage ça serait d'assister à des consultations d'addictologie.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Peut-être en termes de coopération avec des pharmaciens... Enfin c'est vrai que théoriquement avec la carte vitale on peut voir... mais en pratique c'est quelque chose que moi je ne fais jamais... Peut-être à tort je pense que ça pourrait être utile. Oui je pense qu'en terme de coopération il pourrait y avoir une coopération à améliorer avec les pharmaciens parce qu'ils peuvent aussi... ils connaissent aussi nos patients, ils ont aussi un autre regard sur les patients et ça, ça pourrait être intéressant d'échanger à ce sujet et de travailler sur ça. Et puis pour éviter les situations de mésusage c'est tout simplement l'indication initiale, c'est bien évaluer l'indication initiale et puis limiter la durée de prescription. Des prescriptions initiales de 3 mois ... enfin des fois on voit des prescriptions ne serait-ce que d'un mois pour une initiation je trouve que ça fait beaucoup.

M6

Age : 60 ans

Type d'activité : Semi rural

Type de cabinet : Cabinet de groupe

Ancienneté d'installation : 26 ans

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Alors en population générale ? C'est moins de 10%. Enfin de façon chronique c'est moins de 10%.

Avez-vous beaucoup de patient sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Alors assez peu parce que vu l'ancienneté du cabinet, on a assez peu de nouvelles entrées. Peu je dirais, c'est vraiment très très rare. J'en ai eu quelques-uns parce que j'étais consultant au CETD et du coup sur l'ordonnance y'a écrit « évaluation et traitement de la douleur », j'en ai eu quelques-uns mais c'est moins de 5.

Et comment gérez vous ces prescriptions ?

Et ben comme on fait au CETD, avec la part d'évaluation de la douleur, de voir un peu quelles sont les attentes et les objectifs et puis à partir de ce moment là travailler sur le soulagement de la douleur en évitant l'accoutumance d'une part et le mésusage d'autre part. Donc le schéma il est assez simple.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

A partir du moment où c'est ponctuel sur de l'aigu, que ce soit un anti inflammatoire, un opioïde pur ou un dérivé comme le tramadol ça me choque pas. Si c'est huit jours, quand on est dans une douleur aiguë on donne ce qui soulage le mieux la douleur, voire même éventuellement de la morphine quand on est dans une douleur intense. Si on est sur une durée de prescription de 7 jours, je suis pas choqué. Le problème après c'est la pérennisation.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017 ?

Heu je dirais non parce que j'étais pas un gros prescripteur. La seule chose qui m'a embêté c'était l'arrêt de la prescription de la codéine chez l'enfant, le Codenfan®, parce que du coup chez l'enfant on a plus de palier 2, enfin si on a le Topalgic®, ça c'est vrai que ça diminue l'arsenal dans la douleur aiguë chez l'enfant.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Ben soit c'est dans une douleur aiguë, dans ce cas-là c'est « vous avez mal, douleur dentaire ou rhumatismal, c'est 7 jours ». Si au bout de 7 jours il y a une persistance de la douleur, c'est qu'on commence à sortir d'une douleur sur-aiguë donc à ce moment-là au bout de 7 à 10 jours faut réévaluer. Donc quelque part oui... si la personne ne va pas mieux au bout de 7 à 10 jours, c'est que d'une part on soulage pas ou si il est parfaitement soulagé mais qu'il ne peut plus s'en passer, dans ces cas-là il faut revoir car le traitement antalgique n'est qu'un traitement symptomatique et si y'a une pérennisation du besoin c'est que quelque part on est pas assez étiologique.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Heu... les outils je connais pas trop pour le mésusage, je pense qui doit y avoir des grilles... comme ça, ça me vient pas. Mais dépister dès la 1^{ère} prescription non. Les premières prescriptions souvent, les prescriptions de douleurs comme ça... il y a 2 cas comme on a dit, dans la douleur aiguë non... je parle en cabinet pas au CETD, en cabinet si on est sur une douleur aiguë et là pour moi y'a pas besoin d'évaluer, par contre c'est dans la réévaluation où à ce moment-là on peut voir un mésusage.

Et lors de la réévaluation comment est-ce que vous dépistez ?

Et ben souvent c'est les gens qui augmentent d'eux même, un peu comme les anxiolytiques, comme avec les somnifères, dans ces cas-là, à partir du moment où y'a eu une augmentation de dose, là on peut se demander si on ne tombe pas dans le mésusage. La prescription n'est pas adaptée parce que quelque part, le patient de lui-même augmente ou alors... heu c'est le terrain qui fait que y'a un mésusage et puis un terrain addict. Alors si... quelque part, je reviens, la prescription de Codoliprane® ça m'est arrivé avec une patiente, il y a quelques années c'est vrai qu'on l'a vue arriver, parce qu'avant elle allait se fournir directement en pharmacie... donc ça j'en ai eu quelques-uns comme ça, qui se sont retrouvés coincé parce que le pharmacien disait il faut une ordonnance. Ça m'est arrivé 2, 3 fois d'avoir des patients comme ça qui étaient coincés et dans ces cas là...ben...on s'apercevait qu'ils boulaient du Codoliprane® à longueur de journée.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Heu... ouais ce sont quand même des profils psychologiques particuliers, comme tous les addicts, que ce soit le tabac, les anxiolytiques, les hypnotiques, l'alcool et les stupéfiants. C'est un profil assez addict, après je suis pas psychiatre ou psychologue mais souvent ça correspond à des terrains de frustration, d'immaturité, de compensation un peu...

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Ben après tout dépend, si c'est dans le cadre d'une maladie bien définie, d'une maladie chronique, d'une SPA, ou PR ou quelque chose comme ça, on sait que de toute façon y'a un fond douloureux donc là ça va. A partir du moment où on est dans une demande, alors là on part dans le domaine des fibromyalgies et des choses comme ça là je pense qu'il faut être pluri disciplinaire. L'orienter vers un CETD et puis éventuellement, mais ça c'est tout l'arsenal de la douleur chronique, les traitements non médicamenteux, le TENS et tout ça. Et éventuellement ce qui marche pas mal, ça c'est ce que j'avais retenu, c'est le Laroxyl®, sur les terrains addicts. En général ça ils aiment bien au CETD, ils essayent de diminuer la charge antalgique en mettant du Laroxyl®. En plus de la prise en charge du profil bien sûr et des attentes.

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Et ben il y avait cette dame, cette jeune dame qui prenait du Codoliprane® et qui est venue en disant « je peux plus en prendre ». C'était un peu compliqué parce qu'elle avait un parcours d'alcoolisme aussi donc c'était pluri addict, heu... En générale on peut pas le faire tout seul, je crois que à mon avis on est pas tout puissant, faut ré-orienter. Le problème c'est les délais de consultations parce que au CETD c'est 3 à 6 mois minimum... Donc le problème est là et quelque part on se retrouve à gérer tout seul des situations qui ne devraient pas être gérées tout seul. Donc après y'a deux possibilités : c'est de poursuivre la prescription parce que c'est vrai que très sincèrement quand on voit les consultations au CETD c'est entre une demi-heure et

une heure. Une demi-heure c'est vraiment le minimum du minimum, en général c'est trois quart d'heure, une heure, je veux dire. En une consultation de généraliste c'est un petit peu dur, surtout qu'on manque de recul et d'objectivité dans ces situations-là. Donc il peut y avoir la maison des addictions mais je pense pas que la prescription d'opioïdes ... en général ils ré-orientent dans ces cas-là vers le CETD. Eux c'est plutôt les addictions aux produits, aux substances, aux stupéfiants, à l'alcool mais tout ce qui est médicamenteux je pense pas qu'ils le prennent vraiment. Alors si ça me revient y'a un domaine où on n'est probablement pas si ... c'est en gériatrie.... Là y'a beaucoup de mésusage... et à mon avis j'en fais partie. Des gens, des personnes âgées, à qui on donne assez facilement... ben du tramadol, en goutte, en comprimé, en LP. Assez peu de codéine, parce que la codéine on la prescrit assez peu en gériatrie, mais c'est vrai que le tramadol en gériatrie on le prescrit assez facilement. Y'a toujours quelque chose qui est assez surprenant, qui m'a toujours surpris, c'est le nombre de personnes âgées qui ont systématiquement du Doliprane® dans les maisons de retraite. Ça fait presque partie du traitement de base. A mon avis on peut compter les gens en maison de retraite qui n'ont pas de Doliprane®, c'est assez peu. Et je pense qu'on a un regard sur la douleur de la personne âgée un peu compassionnelle, on se dit « oh la pauvre dame on va pas l'embêter avec ses douleurs donc on peut donner ». Je pense qu'on donne beaucoup trop aux personnes âgées. Et je suis pas le dernier à prescrire.

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

En théorie c'est ça, c'est l'orientation vers du pluridisciplinaire. Tout seul c'est un peu compliqué, après on peut ... Les psychiatres qui font de l'addicto y'en a peu... Les psychologues on a très vite le frein financier. Parce que ça, dire à quelqu'un qui est dans les produits qu'il va falloir aller voir un psychologue à 40€ la séance ça va servir à rien. C'est vrai que ça c'est souvent un frein. Donc je dirais que l'idéal c'est l'orientation. Après du coup il y a la période de 3 à 6 mois pendant lesquels il faut gérer. Donc faut essayer de diminuer, on peut y arriver des fois, en switchant, en essayant de voir un petit peu... En mettant du Laroxyl®, ça peut arriver de dire « ben je vais vous mettre du Laroxyl®, en disant le discours : c'est un anti déprimeur mais en partant bas on joue sur la douleur ». Ou éventuellement de l'Effexor® si y'a un fond anxio-dépressif.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Oh ben probablement parce que le fait de ré-orienter vers le CETD c'est l'aveu d'une difficulté, enfin c'est pas l'aveu parce que ça montrerait un sentiment de culpabilité, c'est l'identification d'un échec dans la conduite. Donc bien évidemment oui, si on renvoie vers quelqu'un d'autre, c'est qu'on est en difficulté pour traiter seul et que c'est le reflet d'une difficulté.

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constats de mésusages ?

Ben certainement c'est pour ça que j'ai fait la capacité évaluation et traitement de la douleur parce que j'avais une dame comme ça, comme tous ces gens qui sont un peu compliqués, elle me voyait, et après elle est allée voir un autre médecin. Elle était capable de faire 40km pour voir des médecins, pour tourner... et là y'avait vraiment... c'était même pas une fibromyalgie, parce que la fibromyalgie on peut... on peut se donner des objectifs et elle était vraiment dans le pathologique. J'en avais d'ailleurs parlé à une psychiatre qui l'avait vue au CETD qui avait dit qu'on était vraiment dans du psychiatrique lourd, presque le syndrome de munchausen, avec des auto mortifications, des choses comme ça donc ça c'était vraiment ... Donc c'est là que j'ai fait la capacité évaluation et traitement de la douleur parce que... alors je sais pas maintenant... mais à l'époque on avait pas du tout de cours sur la douleur. Les seuls cours qu'on avait sur la douleur c'était un type qui venait parler de la douleur « les jeunes ça a pas mal, les vieux ça a pas mal, et au milieu il faut gérer ». Donc c'est pour ça que j'ai fait cette capacité, dans les années 2004.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà senti le besoin ?

Surtout le CETD.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

C'est la formation continue, je pense que à mon avis c'est incontournable. C'est une formation continue, c'est quelque chose qui s'acculture un petit peu quand même, parce qu'il y a des obligations déontologiques que peu respectaient au départ. Maintenant y'a des obligations je dirais qui vont devenir de plus en plus fortes, conventionnelles, des obligations réglementaires, ce qui fait que oui, par ce biais là... Le problème comme tous les généralistes c'est de trouver le temps, mais y'a un moment il va falloir... Mais ça se met en place dans certains cabinets, type PSLA [Les Pôles de santé libéraux ambulatoires], dans lesquels ils ont commencé à réfléchir. A mon avis c'est la voie, la voie de la formation continue. Parce que ce que je dis ça maintenant, dans 10 ans ça sera peut-être totalement erroné et on en rira !

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Donc en douleur oui.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

La formation assez peu, je dirais que c'est l'expérience. Et je dirais que c'est surtout l'expérience ordinaire, parce qu'on travaille...ça nous arrive assez régulièrement de travailler avec la sécurité sociale, c'est plutôt par cette expérience-là. Parce

que moi j'étais assez naïf, j'ai découvert le monde de certains collègues, qui étaient, si j'étais gentil je dirais pas trop regardants, si j'étais méchant je dirais très intéressés financièrement, aux prescriptions de produits toxicologiques, des prescriptions déviantes. Quand on arrive à initier tout seul dans son coin 24mg de Subutex® qu'on met non substituable, on sait qu'on alimente un marché.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusage ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Alors ma formation initiale elle remonte à un moment, ça fait 27, 28 ans... Non très sincèrement non.. Je pense que ça a fait quand même pas mal de progrès, je pense que c'est lié surtout à la création du département de médecine générale... Moi c'est vrai que je suis encore un dinosaure rescapé de la formation purement hospitalière, hospitalo-centrée faite par des professionnels indiscutables dans leur spécialité mais qui connaissaient pas le monde de la ville et je pense que la création du département de médecine générale a été un plus en disant y'a quand même une spécificité d'exercice dans l'exercice de ville.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Heu... Si il y a quelque chose qui a été mis en place par l'ordre des pharmaciens, je sais pas si tu les as rencontrés, ça c'est pas mal... Ils ont le dossier pharmaceutique et ça, à mon avis c'est incontournable il faut en parler. Il y a des réseaux d'alerte, à mon avis c'est pas mal d'y aller les voir. Ils ont le dossier pharmaceutique et moi ça m'est arrivé quelques fois d'avoir un coup de téléphone d'un pharmacien de la côte qui disait « je vous appelle parce que le monsieur à qui vous avez prescrit il a été voir le Dr Machin, il a été voir un autre Dr Machin... » Alors l'histoire du médecin traitant ça a bien limité, parce que quelque part tu peux plus faire de nomadisme. Parce qu'avant suffisait d'aller voir le seul médecin de la place en disant « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal, y'a que le tramadol qui marche, ou la codéine ou le Lyrica® ce que tu veux » et puis après tu faisais le tour. Et là y'a le dossier pharmaceutique et y'a eu un très beau travail de la part des pharmaciens. Et puis sans compter ça, c'était quelque chose qu'on a vu en gériatrie, dans la polymédication. C'est le pharmacien qui est vraiment au centre, un peu moins maintenant avec l'histoire du parcours médecin traitant mais c'est vrai qu'avant y'avait le patient qui ressortait avec son traitement du cardiologue, le traitement du dermatologue, le traitement de l'ophtalme, le traitement du médecin, le traitement du phlébologue et je veux dire le pharmacien il avait cinq ordonnances. Donc à mon avis l'autre piste c'est heu... bien écouter les pharmaciens, je pense qu'à mon avis c'est ça. Et puis dans le prolongement du dossier pharmaceutique y'a le fameux DMP que tout le monde attend depuis...

M7

Age : 38 ans

Type exercice : urbain

Type de cabinet : Cabinet de groupe avec para médicaux

Ancienneté d'installation : Depuis 10 ans

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Heu...alors ça c'est pas facile, je dirais 10-20%, par là

Avez-vous beaucoup de patient sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Oui alors des fois y'a des primo-prescriptions par des rhumato souvent, pour des pathologies articulaires. Donc soit le rhumato les revoit et gère aussi les prescriptions ou alors nous on gère les prescriptions. Après on fait un suivi, moi je les revois souvent tous les mois et après bah on fait en fonction de si il faut prolonger ou pas donc heu... mais ça arrive qu'on fasse un sevrage de traitement, voilà donc a pas été les primo prescripteurs au départ

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Alors c'est vrai que les dentistes c'est souvent Izalgi® ou Ixprim® ... ou Codoliprane® d'emblée. Alors moi heu... ça dépend des douleurs, y'a des douleurs où les gens quand ils viennent nous voir ils ont déjà pris du paracétamol ou heu... donc effectivement on passe à un palier supérieur et souvent moi je mets du Codoliprane®. Après ouais en primo prescription c'est embêtant parce que c'est des ordonnances toutes prêtes qu'ils donnent donc oui forcément c'est des gens qui commencent comme ça, qui voient un peu des effets et qui peuvent continuer après donc bon c'est dommage. On commence toujours par du paracétamol et après... Bon nous en général ils ont déjà commencé quelque chose avant de venir nous voir donc bon on est obligé de monter un petit peu quoi. Après ça m'arrive de prescrire, si y'a pas de risque d'abcès, des anti inflammatoires plutôt que des opioïdes mais bon ça va dépendre un peu du ... de la cause.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt codéine en vente libre en 2017 ?

Et bah oui parce qu'il y a des gens que je ne soupçonnais pas prendre de la codéine qui en prenaient donc... pourtant j'étais sensibilisée parce que j'avais un patient qui était hyper dépendant à la codéine et qui était fourni par un pharmacien et qui prenait 6 boîtes de codéine par jour. Donc voilà ce patient il a été pris en charge maintenant, il a été vu au centre d'addicto et maintenant il est sous buprénorphine hein, ils ont trouvé que ça pour le sevrer. Mais du coup c'était quelque chose je me disais « c'est pas possible qu'on puisse vendre autant de boîtes » enfin voilà donc heu voilà... mais j'ai été surprise de patients qui m'ont demandé « ben maintenant que la codéine elle est plus en vente libre est-ce que vous pouvez me faire une ordonnance ? » donc bah je dis pas oui tout de suite. A revoir et puis heu, on leur explique que c'est pas un traitement à prendre de façon chronique et que il y a quand même des risques donc heu voilà ... oui oui ça a changé mes prescriptions, disons que ça m'a encore plus surprise du nombre de personnes qui pouvaient prendre de la codéine comme ça, en vente libre. Donc après c'est pas pour ça que moi j'en prescris plus mais voilà, si nécessaire quoi.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Et ben ça va dépendre du type de douleur. Un patient lombalgique par exemple en général je dis tant de temps et puis je dis on arrête hein. Je fais 15 jours, 3 semaines maximum et on arrête. Des patients qui ont des douleurs un peu plus chroniques qui en prennent, là j'essaye de parler que c'est pas un médicament qui faudra pendre non plus au long cours et qui faudra heu... il faudra l'arrêter à un moment donc heu... Mais c'est vrai que j'en parle peut-être pas au tout début. J'en parle peut-être quand je revois à un mois ou après voilà... pour leur dire voilà, là on est à telle dose, on va essayer de stabiliser et dès que ça ira mieux on baissera. Mais au tout début je fais pas systématiquement non. Je le fais plus tard, à la réévaluation la première fois.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Alors j'utilise pas d'outils. Après j'ai envie de dire c'est plus des personnalités de patients qu'on repère de façon instinctive, genre un peu, pathologies psychiatriques, ou qui ont des antécédents de toxicomanie ou des choses comme ça où je vais me dire « oulala non là je vais peut-être pas lui mettre ça ». Mais après non je fais pas les choses systématiques avec un questionnaires et tout ça.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Donc oui les patients psy clairement, ou avec des antécédents de toxicomanie ou des antécédents de prise de médicaments ou benzo de façon inappropriée... après heu... voilà. C'est ça que je repère. Mais ça je le fais, enfin je vais y penser, je vais me dire « cette patiente là je vais pas lui prescrire ça, c'est pas possible ». Un peu comme on fait déjà pour pas prescrire de benzo j'ai envie de dire.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Bah j'essaye de pas le prescrire si je peux ne pas le prescrire. Après si effectivement j'ai pas le choix... alors oui je vais le faire mais sur une durée très restreinte et puis heu... avec des doses pas trop fortes non plus parce que c'est des gens qui de toute façon souvent vont pas respecter les doses qu'on va leur prescrire donc heu j'essaye de prescrire sur une durée vraiment très courte et puis de réévaluer... Je vais pas leur mettre un mois c'est sûr donc je vais mettre maximum 10, 15 jours et puis avec des doses faibles et puis en sachant que je sais très bien qu'ils vont... qu'il y a un risque qu'ils prennent plus, ou de façon trop répétée ou de prises d'un coup... Voilà j'essaye de réévaluer plus vite, de les revoir vite quoi. Pour pas qu'ils en prennent pendant des mois.

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Ben à l'interrogatoire, moi je leur demande systématiquement « comment vous l'avez pris, est-ce que vous l'avez pris systématiquement, est-ce que vous en avez pris plus ? » Alors y'a des gens qui nous disent « ah ben oui j'en ai pris tant tant » alors je dis que ça va pas. Donc voilà, moi je les questionne sur l'observance médicamenteuse, que ce soit pour n'importe quel traitement, de tout façon je leur demande. De toute façon on voit bien, les gens qui viennent à un renouvellement au bout de 3 mois, si ils viennent au bout de 4 mois c'est qu'il y a un problème. Enfin voilà donc heu, après, heu voilà c'est plus sur la durée des ordonnances, le nombre de comprimés qu'on a délivrés, c'est plus sur ça... Après si ils nous mentent ou pas ... Il y en a qui arrivent toujours à ... voilà ... on sait bien... Mais bon on commence à les connaître ceux-là donc... Et puis avec la pharmacie nous on a beaucoup de liens, on est très rapproché. Dès qu'il y a des choses qu'ils soupçonnent, si ils se disent « oulala il m'a redemandé alors que c'était pas prescrit » ou voilà ils nous rappellent tout de suite et du coup on est très en lien avec la pharmacie c'est pratique. Bah ça permet de dépister ces gens-là justement et puis d'éviter de faire surdosages... Donc voilà on est assez pointus là-dessus.

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Alors de toute façon si y'a des problèmes de mésusage et que l'antalgique soulageait quand même bien... heu ... soit je les envoie au centre anti douleur... soit j'essaye de trouver une autre alternative quand même médicamenteuse et puis voilà donc

heu ... Mais bon je leur re prescrist pas... toute façon non, c'est pas bien fait dès le début, je refais pas. Donc je repasse sur un autre traitement ou il y a moins de risque, ou alors je les envoie au centre anti douleur pour gérer ça.

Vous êtes-vous déjà sentie en difficulté dans ce type de situations ?

Et ben le 1^{er} patient dont je parlais tout à l'heure, c'était compliqué sa prise en charge. Il y avait une prise en charge en addicto, puis il a arrêté, parce que c'était trop fréquent, il travaillait, c'était pas simple. Heu, donc la buprénorphine c'est retombé sur moi, donc bah j'ai represcrist. Il prenait du 8mg par exemple puis ça suffisait pas, mais moi je voulais pas augmenter. J'aime pas du tout gérer... enfin ce sont des traitements que je gère pas facilement donc j'ai pas voulu, donc il est retourné Rue de Bretagne pour essayer de voir. Ils l'ont vu une fois et ils m'ont dit vous pouvez augmenter à 8 deux fois mais il n'y a pas de suivi donc c'est embêtant. Donc y'a pas de suivi donc là je continue à lui renouveler ses 8mg 2 fois par jour, alors il me dit qu'il est mieux mais après... Je sais pas si il le prend bien, alors il me dit qu'il prend des prises ... parce qu'il aime mieux le prendre, le matin il va bien, donc il préfère le prendre vers 10 11h et puis le prendre plus tard le soir. Donc heu on essaye de changer des choses comme ça mais bon ça l'empêche pas de prendre un peu d'anxiolytique à côté... Donc c'est des patients difficiles mais en même temps c'est des patients difficiles à adresser et qui n'adhèrent pas à un suivi quoi ... donc c'est... Moi je travaille avec le CSAPA donc voilà quand j'ai besoin j'adresse mais c'est vrai qu'il faut déjà qu'ils acceptent d'y aller. Au CHR aussi enfin voilà, une fois que c'est parti, y'en a qui prennent tout de suite le pli mais les autres c'est pas simple. Des fois, ben on passe juste des coups de fils et on essaie de s'arranger comme ça. Des fois des gens comme ça on renouvelle, on renouvelle et des fois on est un peu en difficulté parce qu'on sait qu'on aimerait bien sevrer, mais on n'y arrive pas parce qu'ils veulent pas, mais en même temps ils veulent pas aller en soin et voilà donc ... je tourne en rond... après sur les autres antalgiques, tramadol, Morphine ... on arrive à les arrêter quand même. Et puis maintenant ils proposent dans les centres anti-douleur des cures pour faire du sevrage ou des choses comme ça quand on est vraiment en difficulté donc de ce côté-là ça va. Même le tramadol je sais faire les sevrages, la morphine aussi donc on essaye comme ça et si on n'y arrive pas on demande.

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constations de mésusages ?

Bah envers ces patients-là oui parce qu'il y a le petit drapeau rouge « celui-là il est à risque donc il faut faire attention il va faire n'importe quoi » mais dans ma pratique générale non.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Donc oui les structures d'addictologie, les CSAPA, surtout Rue de Bretagne pour les traitements substitutifs mais aussi les CSAPA pour pleins de choses. Maintenant c'est très large, il y a le service d'addicto au CHR aussi. Et le centre anti douleur aussi, moi je travaille avec celui du Parc qui est plus proche des gens, y'a un service qui est assez facile d'accès avec des délais de consultation rapides. Ils voient une infirmière spécialisée au départ et ils sont pris en charge dans les 15 jours.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Heu ... ben peut être ... Oui des outils, peut être faudrait que je regarde ce qui existe, ou peut-être des livret d'informations, des formations, ça pourrait effectivement être utile. On n'en parle pas assez je pense effectivement, le tramadol en voici en voilà, on en a plein donc voilà des formations je pense ou même des formations en ligne de choses comme ça je pense que ça suffirait.

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Alors en addictologie j'avais eu une formation par le CSAPA, par le Dr Lebocey qui bossait avant et qui est à la retraite je crois maintenant. C'était sur le mésusage et les risques de l'alcool et puis tabac et tout ce qui va avec... Donc on a eu une formation avec des questionnaires etc mais pas par rapport aux antalgiques et aux opioïdes. Mais oui j'ai eu cette formation là et puis moi j'ai fait un DU en éducation thérapeutique aussi donc j'ai aussi des formations à part, pour l'entretien motivationnel tout ça. Donc forcément j'ai un peu cette fibre ou je gère des fois un peu des sevrages alors pas en alcool c'est plus dur, mais les autres tabac et tout ça, ça va, j'arrive à avoir des résultats, ça va.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

L'expérience. Clairement on n'a pas eu de formation sur ce type de problème. Et puis peut être quand même des petites formations où on en parle, des choses qu'on voit, qu'on reçoit mais nan, les patients on voit effectivement qu'il y a un désaccord entre ce qui est prescrit et ce qu'ils font donc on se méfie mais non... J'ai pas eu de formation initiale la dessus.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusage ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Ben pour les internes de médecine gé y'a quand même des séminaires où on pourrait, rien que sur la douleur, ou un séminaire d'addicto tout court. Je pense que ça prend quand même énormément de nos consultations tous les jours ces problèmes-là, donc ça me paraîtrait un minimum. Je vais peut-être rentrer dans l'équipe de la fac donc peut être que voilà j'introduirais ça ! Alors moi je suis à fond prévention, dépistage et maladie chronique. Avec mon DU, forcément j'ai un peu cette fibre-là, donc

voilà, pour moi c'est le minimum qu'on puisse faire au cabinet. Donc si on pouvait avoir toutes ces notions, déjà dès le départ, de se le dire avant de voir les gens ça serait pas mal.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Bah moi je pense que le rapprochement avec la pharmacie quand même ça apporte énormément sur des fois on fait des renouvellements de morphine et tout ça. J'essaye de faire attention mais les gens ils vont pas toujours au même moment à la pharmacie donc y'a des chevauchements donc moi ils m'appellent systématiquement donc c'est des alertes. Sur ce travail là quand il y a des doutes moi je les appelle donc déjà ça limite les doutes et les risques. Moi je trouve que déjà ça c'est énorme. Après heu... sur les autres risques... ben peut être d'être systématique à chaque renouvellement, à chaque fois qu'on les voit savoir ce qu'ils ont vraiment pris... Mais c'est vrai qu'avec la pharmacie on sait le nombre de boîtes qu'ils ont eues, on sait où ils en sont et c'est quand même un lien avec le pharmacien qui est primordial pour ce type de patient. Enfin nous ça marche bien et c'est vrai que je trouve que nous y'a souvent moins d'erreurs et de risques parce qu'on a un partenaire qui surveille quoi.

M8

Age : 57 ans

Type d'exercice : Urbain

Type de cabinet : Groupe

Ancienneté d'installation : Depuis 1994

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Je dirais 20%

Avez-vous beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Alors je ... non ça ne m'arrive jamais.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Alors les douleurs dentaires, abcès dentaires ou autre, c'est très très très douloureux et en effet, en pratique je trouve que le tramadol ça marche bien.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017 ?

Alors j'ai eu juste une fois un patient qui effectivement quand je l'ai récupéré, avait de la codéine au long cours qui a été arrêtée. C'est la seule expérience que j'ai eue. J'ai pas eu... je suis assez sévère du coup j'ai pas eu moi d'énormes changements. Ou alors je suis pas au courant c'est possible.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Alors je mets sur un temps donné, en générale c'est 10, 14 jours, guère plus. Les douloureux chroniques, j'ai quelques douloureux chroniques qui ont du tramadol au long court, heu.... Ben oui en général c'est 10, 14 jours. Alors après j'ai quelques petits syndromes de sevrage pour des patients douloureux chroniques, là on a diminué progressivement, après quand je leur prescris, je leur dis que c'est addictif et qu'il faudra faire attention, qu'on s'y habitue. Après j'ai pas tellement d'abus je trouve. Après j'ai des patients douloureux chroniques qui sont sous tramadol, gérés avec le centre anti-douleur parce que là par contre on peut pas faire autrement.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation du traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Alors j'utilise pas d'outils. Je fais une mise en garde en fait au début de la prescription et puis ben si on me redemande une prescription par téléphone ou au cours de la consultation, je vais refaire re-préciser. Mais j'utilise pas d'outils.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Le type de personnalité vous voulez dire ?

Oui par exemple.

Mon expérience fait que tout le monde peut être addict au tramadol, je suis pas certaine que ce soit ... Non je dirais non.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Ben si il en a besoin je vais quand même l'initier, après comme je vous l'ai dit je suis quelqu'un de sévère. Là j'ai eu l'expérience d'un monsieur, bon ben voilà, abcès dentaire, bon c'est un monsieur qui est alcoolique, il a eu que 10 jours... Il me redemande ça sera non de toute façon, après le fait que j'ai une patientèle assez régulière fait que les gens savent bien qu'ils peuvent pas trop.... Voilà... En discutant, j'ai eu un cas, j'ai eu une dame fibromyalgique et qui avait un peu un nomadisme et qui a fait un.... Ben le pharmacien m'avait appelé, après c'était pas de mon initiative mais du coup elle a pris trop de tramadol et elle a fait une épilepsie au tramadol ce qui l'a vaccinée. Mais moi être dans le mésusage ... non ... c'est un peu prétentieux mais même la morphine... les gens reviennent ... je fais très attention.

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Ça m'est arrivée une fois, ben avec cette dame là justement. Alors en fait elle m'avait demandée du tramadol, elle avait été voir un autre confrère qui avait redonné du tramadol en disant que j'étais pas là, et du coup ben elle s'est retrouvée à prendre plus de 200mg de tramadol. Et pour le repérage c'était via la pharmacie et du coup depuis elle a plus de tramadol. Elle continue à venir me voir mais...

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Alors ensuite elle a été suivie au centre anti-douleur. Elle a un suivi psychothérapeutique aussi. Après les plus grosses difficultés c'est avec les douloureux chroniques... oui ils sont un petit peu accro... Les douloureux chroniques, ou j'ai certains patients qui sont diabétiques qui ont des neuropathies diabétiques et qui ont très mal.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Non... non

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constations de mésusages ?

Honnêtement non... Pour tout ce qui est de l'aigu je vais toujours prescrire en cure courte 10-14 jours, comme j'ai dit j'ai des douloureux chroniques qui sont bien suivis... J'ai eu quelques accidents, cette dame là en particulier. Mais j'ai pas de... Je vais pas dire que j'ai de grosses difficultés avec ça.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Après je travaille régulièrement avec le centre anti-douleur du CHU de Caen. J'ai une patiente à Bayeux, où on explique aussi aux patients l'effets pervers des antalgiques, les maux de tête, etc... Je suis pas en grande difficulté par rapport à ça.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Alors sur le mésusage, je pense pas... Après comment on sevré, ça sur le sevrage peut être chez les douloureux chroniques. C'est là que j'aurais besoin d'un petit outil.

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Alors j'ai un DU douleur et j'ai un DU soins palliatifs et je suis diplômée d'hypnose.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elle de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Les deux.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusages ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Alors c'était y'a longtemps déjà, c'était y'a longtemps donc on en parlait pas du tout. C'était pas du tout comme maintenant. Bah je pense qu'il faut vraiment alerter les médecins sur le mésusage, qu'on ne tombe pas sur un système comme à l'américaine. Peut-être qu'on banalise, ouais un peu les.... Quand on prescrit en fait... peut-être... c'est pas des bonbons, ça reste de l'opium, du tramadol... bon maintenant... Peut-être que j'essaye de faire plus attention, un petit peu ... Je vais le marquer un peu plus, je le souligne.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Peut-être une ordonnance sécurisée...

M9

Age : 38 ans

Type exercice : Urbain

Type de cabinet : Cabinet de groupe, pôle de santé

Ancienneté d'installation : Depuis Novembre 2012 soit 8 ans et demis

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Alors ça j'en ai pas la moindre idée parce que c'est variable en fonction du motif de recours donc ...

Et donc là à l'heure actuelle, est ce que vous arriveriez à donner une proportion ?

Alors y'a des chroniques, effectivement ils sont sous opiacés, heu.... Et puis il y a tout ce qui est lombalgie aiguë hyperalgique qui passe pas sous paracétamol... Je dirais moins de 10% peut être. Après j'ai une petite patientèle aussi donc en pourcentage ça va faire plus qu'en valeur absolue...

Avez-vous beaucoup de patient sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Heu... alors savoir si j'en ai beaucoup ou pas je vais être incapable de le dire parce que comme je le disais, y'a les chroniques, que j'ai récupérés il y a 8 ans et demi et heu... qu'on n'a pas retiré parce qu'on est sûr de la douleur chronique où se posera toujours la question de savoir est ce que l'opioïde est toujours indiqué ou pas mais que... Des fois on a beau introduire d'autres thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses on arrive pas forcément à arrêter les opioïdes pour autant... et après sur l'aigu souvent ce sont des gens qui sont effectivement passés aux urgences, sur de la traumato, sur de la lombalgie aiguë de week end... heu... ou du post-op aussi, en post-op de chir, ou de neurochir. Ils repartent avec du tramadol... Et si, qu'est ce j'ai vu passer la dernière fois, je me suis dit « tiens c'est devenu une habitude de prescription ». Une rhumato qui a prescrit de l'Izalgi© à une de mes patientes, en remplacement du paracétamol codéiné qui avait été institué par un remplaçant et j'ai pas compris pourquoi elle a switché par l'Izalgi©... heu... Elle le motivait pas plus que ça, elle disait que de toute façon elle voulait pas assurer la prise en charge, que c'était à nous de le faire et derrière elle avait changé, elle a changé l'anti inflammatoire... Elle a tout changé et elle a dit de nous revoir pour l'arrêt de travail... J'ai pas bien compris l'avis mais voilà... Là en ce moment en effet y'a de plus en plus d'Izalgi©, donc d'opium.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ? Est-ce que c'est des choses que vous avez constaté ?

Non pas particulièrement, heu ... J'y réfléchis mais j'ai pas... heu... après j'ai peut-être pas fait attention non plus ... Enfin si ... Quand on les a comme ça en 2^{ème} ligne... on est souvent à distance de l'épisode d'au moins 3 jours donc soit ça va mieux donc effectivement y'a plus d'indication à garder... et du coup on fait pas gaffe et on dit « bon bah c'est cool vous l'avez eu » et puis basta ou alors y'a encore une indication mais souvent ils ont une prescription et moi du coup je vais pas revenir dessus, je vais pas avoir à renouveler... Heu j'ai pas trop senti là en tous les cas... Mais maintenant y'a de plus en plus d'Izalgi©... même pour les douleurs dentaires effectivement.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017 ?

Ben juste les patients qui avaient tendance à prendre de la codéine facilement qui viennent me voir pour le renouvellement... Parce qu'avant je les voyais pas, parce qu'ils se fournissaient sans moi et ils viennent, grognant dans le cabinet, en disant que c'est juste pour leur renouvellement de codéine et que ça les gave, et qu'ils ont pas le choix que de passer par moi et petit à petit j'essaye de faire diminuer les doses ou de faire comprendre que c'est pas la solution ou qu'il y a d'autres choses... mais heu... On peut pas traiter les gens malgré eux et quand c'est mettre en place des mesures physiques, des habitudes de vie, des ré-adaptations de poste... On peut pas le faire à leur place.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

C'est-à-dire est ce qu'on met une dead line ? *Oui c'est ça.* Alors systématiquement, sur toutes mes prescriptions il y a une dead-line... heu ... La dead-line, ce que je leur dis, moi c'est que soit c'est une réévaluation soit c'est qu'ils n'en ont plus besoin et que s'il y en a plus besoin on est pas obligé de se revoir, mais que si on se revoit c'est pour réévaluer le truc, on va pas ... Enfin quand c'est sur de l'aigu, de la lombalgie, sur de la douleur dentaire, sur du post-op... que si on se revoit pour un renouvellement c'est qu'il va falloir qu'on change notre façon de voir les choses parce que si ça a pas marché sur la durée prévue c'est qu'il faudra une imagerie, faudra un examen complémentaire, il faudra un autre type de mesure ou il faudra juste diminuer petit à petit... Mais je pense que j'en parle assez systématiquement... Enfin j'ai l'impression de le faire et notamment dans les lombalgies, moi j'ai un protocole avec paracétamol et codéine que je leur explique en leur disant qu'ils varient la dose, que si à 2 paracétamols codéine toutes les 6h ils sont pas soulagés, il faut qu'on se revoit parce qu'il y a un problème, que c'est pas normal qu'ils ne soient pas soulagés. Soit pour changer de molécules, soit parce qu'il se passe autre chose, mais heu... que voilà, sous 10, 15 jours, 2, 3 semaines ils doivent être soulagés et en fonction du tableau clinique je vais pas prescrire toujours

la même durée, heu... Des fois je vais mettre QSP 10 à 15 jours, des fois je vais mettre QSP 2 à 3 semaines sur les antalgiques, en gardant que 10 à 15 jours d'anti inflammatoire en sachant qu'ils ont peut-être besoin de plus d'antalgiques.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Alors la fin de la question répond à la question que je me posais au début de la question. J'ai pas d'outils, heu j'utilise pas d'outils pour dépister le mésusage... heu... C'est au cours de la prise en charge... Je ressens pas le besoin d'aller me dire « est ce que... est ce qu'ils vont déconner avec le mésusage ». Parce qu'on peut être surpris, certains patients peuvent avoir une sensibilité aux paliers 2 et aux codéinés qu'on n'avait pas supputée alors que d'autres personnes qui pourraient être étiquetés plus à risque de mésusage comme on nous l'a appris dans le cursus médical, justement pour avoir utilisé d'autres substances ou avoir eu d'autres mésusages par le passé, ils vont pas y aller... Certains vont me refuser des codéinés en disant « nan ça c'est pas pour moi, parce que ça va pas m'aider, ça va provoquer autre chose derrière et je veux pas ça, je préfère rester au paracétamol simple, quitte à souffrir un peu plus »... Donc je vais pas systématiquement dépister en actif avec le patient mais je vais avoir ça en tête au cours de ma prise en charge... De me dire « ah bah là ça dure trop, ou là on est sur des doses qui sont pas acceptables » et après mettre en place des gardes fous.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Heu pff... C'est sur le terrain psychique quand même ... Il y a un trouble psychologique ou psychiatrique derrière... après on m'en envoie... On m'en adresse beaucoup sur des impasses un peu thérapeutiques de douleurs chroniques ... on m'envoie un petit peu tous les patients égarés sur ce sujet-là. Certains disent qu'ils arrivent par hasard, je sais pas, mais j'en ai une bien claire en tête, où je l'avais vu elle avait pas encore changé de médecin traitant, elle venait juste me voir pour un deuxième avis et m'a conclusion ça a été : mais de toute façon vos douleurs je les soignerai pas et je lui ai dit clairement au 1^{er} rendez-vous que je les soignerai pas. Après il a fallu prendre en charge le mésusage parce qu'elle se faisait délivrer par SOS, elle abusait des doses que je lui prescrivais... heu... Et finalement je lui prescris deux tiers de doses en sachant que y'a un mésusage, je lui prescris sur 1 mois et je la revois au bout de 3 semaines. Mais comme ça on contrôle son mésusage. C'est-à-dire qu'on sait qu'elle est dans des doses thérapeutiques, elle est pas dans des doses toxiques. Que je devrais pas la voir... que si elle respectait mes prescriptions je devrais la voir toutes les 4 semaines, mais comme elle abuse je la vois toutes les 3 semaines. Après y'a des moments où elle va mieux. Après il y a tout ce qu'il y a autour, il y a la famille, le contexte, le contexte de vie... Ici c'est quand même un quartier difficile ... très pauvre... beaucoup de psychiatrie... heu... beaucoup de social aussi. On a plus de 25% de complémentaire santé solidaire, donc c'est énorme... heu... Donc le contexte voilà, social qui peut faire que la douleur elle est ressentie plus douloureusement parce qu'elle exprime aussi autre chose derrière, c'est pas que des douleurs physiques.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Heu... je fais ... Je pense pas faire ni plus ni moins. Je pense que je mets le même cadre pour tout le monde et après je vois comment le patient lui s'adapte au cadre qu'on propose et voilà... Après on peut être surpris par des patients : on peut avoir des à priori et surpris derrière. Enfin on en a revu un ce matin, une douleur de genou mais qui traîne depuis plus d'un an sur un accident de travail qui prend pas du tout d'opioïde. Il a vraiment des crises douloureuses pour lesquels il prend un peu de paracétamol et même pas systématiquement, où j'ai mis le doigt sur la souffrance psychologique à un moment parce qu'il fallait qu'on mette le doigt dessus, où j'ai bien appuyé dessus et où il a été très clair sur le fait qu'il voulait pas s'en occuper. Mais du coup lui pour autant, il a bien conscience que les opioïdes le soulagent pas, donc il en veut pas, il en redemande pas quoi. Heu... il a bien vu que ça faisait pas mieux. On en a parlé, il a bien reconnu et beaucoup reconnaissent que ça fait pas mieux, le traitement opioïde fait pas mieux que le traitement par paracétamol simple. C'est pas plus rapide, c'est pas ... c'est pas un soulagement plus long... heu ... c'est autre chose qui va falloir, et cette autre chose, une fois qu'ils ont compris que c'est pas dans les opioïdes, effectivement on s'en passe. Après y'a un effet psychotrope des opioïdes qui fait que certains n'arrivent pas à s'en débarrasser, et ils recherchent un petit peu aussi cet effet shoot... Et après autant je vais leur serrer la vis quand ils sont plus jeunes, autant... à 75 ans... Je vais garder peut-être une ou deux gélules d'opioïdes par jour parce que ... Ben ils sont enkystés par leur prise en charge antérieure et on peut pas ... Il y en a qu'on peut rééduquer et d'autres où ça va bloquer à un moment, faut qu'on s'adapte aussi à leur vécu, à leur histoire de vie... mais heu... sans excès quoi... C'est en négociant quoi un « mésusage non toxique » qui est acceptable par les deux parties.

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Heu... Ben soit parce qu'ils en prennent trop, et on les revoit plus vite, heu... soit parce qu'ils vont se faire délivrer et prescrire ailleurs aussi heu....

Et ça comment vous le savez du coup ?

Et ben parce qu'ils sont jamais très malins ! Heu... très souvent on le voit parce que finalement ils cherchent pas particulièrement à nous avoir, ils ont pas forcément conscience qu'ils font un truc qu'ils ne devraient pas. Et du coup on leur prescrit les antalgiques sur une certaine durée, et on les revoit bien au-delà et ils disent « ça va toujours pas » et on dit « mais vous prenez

le traitement ? » « Ah ben non parce que du coup j'en ai plus » « vous en avez plus depuis quand ? » « depuis 2, 3 jours » « mais ça devrait faire 6 semaines que vous en avez plus, qu'est ce qui s'est passé ? » « Ah oui mais heu, ben j'en ai peut-être pas pris autant au début ». Et puis on va checker les données de remboursement en douce pendant qu'on en discute et puis on voit bien qu'il y a une prescription entre deux. Et on leur demande où est ce qu'ils sont allés se faire prescrire. Voilà.

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Ben on fait le point sur qu'est ce qui a provoqué ce mésusage et comment on peut en sortir, et est-ce qu'on est d'accord sur la prise en charge ou pas. Parce qu'ils ont le droit de pas être d'accord avec ma prise en charge et de se dire que je sous traite, que je traite pas bien ou que j'ai pas fait le bon bilan. Et voilà, et de jouer carte se table, de dire voilà, là, la situation en tant que médecin elle me satisfait pas particulièrement, visiblement ma prise en charge satisfaisait pas, alors est-ce que j'étais pas là, est ce que c'était mon remplaçant, est ce qu'ils étaient pris par le boulot... Enfin ils ont le droit d'avoir pleins de raisons mais à un moment faut qu'on joue cartes sur table, qu'on sache est-ce qu'on va être d'accord ou pas sur la prise en charge, et puis voir ensemble pour que ça aille mieux. Mais je suis pas un médecin dit « dealer » où je me dis bah c'est leur vie, ils se soulagent avec ce qu'ils veulent ... heu ... On en a, on en a, pas loin de nous, heu... Ils le savent, les patients le savent, donc quand ils en ont besoin ils savent qui aller voir, heu... Quand je sais que c'est ce médecin-là, je leur dis bon bah là on parle plus de la même médecine vous et moi, je sais pourquoi vous y allez, moi je suis pas d'accord avec ce type de prise en charge, c'est lui ou moi quoi. Mais moi je suis pas là pour faire de la médecine et après derrière vous allez voir un dealer pour vous faire prescrire le truc juste pour qu'il soit remboursé. Ça, ça me convient pas. Heu donc ils le savent. Certains finissent par ne plus venir me voir parce qu'ils cherchent juste des opiacés et ils les trouvent ailleurs et après si ils sont d'accord pour une prise en charge médicale où on réfléchit au pourquoi, au comment... Voilà et je m'adapte à eux, je suis prêt à faire des concessions mais pas au prix de leur santé quoi. Et voilà on essaye de trouver un compromis, un entre deux et puis on voit si ça marche ou pas. Je leur dis toujours, vous avez le droit de déraiper, vous avez le droit de... les patients sous traitement substitutifs ils ont le droit de déconner aussi de temps en temps. L'important c'est qu'on voit ensemble pourquoi ça a déconné, qu'on essaye de faire en sorte de ça se reproduise pas et que le jour où ils déconnent je sois mis au courant pour pouvoir les aider, et pas pour les taper dessus, pour pouvoir les aider. Heu... ils le savent. Et du coup tous mes traitements substitutifs, ça se passe toujours très bien. Par contre ceux qui déconnent, souvent ils viennent pas me voir, ils le savent parce que bon... ça va les ennuyer que je leur dise juste, « on va trouver un truc ensemble », ils vont pas essayer, je vais leur dire « bah non si vous essayez pas ça va pas le faire » alors que à côté ils ont ce qu'ils veulent à bas prix. On a un chouette milieu pour eux, ils peuvent trouver ce qu'ils veulent à bas prix donc ils n'ont pas besoin de moi pour ça.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Heu.... Par difficulté de prise en charge ? Par difficulté heu ...

Vous ne vous sentiez pas à l'aise avec une situation et vous trouviez ça difficile à gérer.

Heu... il y en a une c'était sur des benzo et pas des opioïdes. C'est la seule que j'ai mis à la porte de ma vie... Mais sur des opiacés... Ouais c'est arrivé ... Alors j'en ai un qui veut... C'est sur un traitement substitutif du coup mais je pense que ça rejoint un peu la question, parce qu'il veut absolument du Subutex® et et pas de la bupré, de tous mes traitements substitutifs y'a que lui qui en a, et j'ai du mal à concevoir les arguments qui font que je le laisse au Subutex®. Je... il y a un truc qu'il me dit pas, j'arrive pas à mettre le doigt dessus, heu ... Après depuis qu'on est passé au Subutex®, il a arrêté de déconner aussi. Alors est ce qu'il en revend une partie et... il se fout de moi comme ça... Bon j'arrive pas à avoir les arguments pour avoir le fin mot de l'histoire pour l'instant. Je sais qu'il a déconné à un moment, parce que je lis les journaux aussi et il a fait un peu trop de publicité dans les journaux. Heu... Je sais que à un moment il en a forcément revendu un peu, j'ai serré la vis à ce moment-là en disant que moi j'étais pas là pour dealer pour toute l'agglomération... bon... je sais pas... J'arrive pas... Il est pas sur des grosses doses en plus donc je sais pas, est ce qu'ils en prend vraiment encore et... bon. Après il est réglo, il joue le jeu, il vient à ses renouvellements réguliers, il me dit quand ça va pas. Y'a pas forcément besoin d'augmenter les doses, on voit sur les mesures à mettre en place pour que ça aille mieux... Ouais lui je suis mal à l'aise de me dire qu'il y a peut-être un truc qu'il me joue à l'envers et j'arrive pas à mettre le doigt dessus.... Mais je pense qu'il y a... Je suis en train de réfléchir, qui il a un peu que lui. Il y en a peut-être eu d'autres mais que je suis plus. Y'en a une qui a déménagé, mais elle c'est juste parce qu'elle reconsommait régulièrement mais voilà je trouvais ça dommage parce qu'elle avait du mal à avoir une prise en charge médicale assez proche d'elle, pour que ça se passe dans de bonnes conditions, et du coup j'avais pas l'impression d'arriver à pleinement la prendre en charge du fait de l'éloignement et des rechutes, elle n'y mettait pas toujours du sien.... Mais voilà et puis finalement j'ai réussi à lui trouver un médecin plus près, enfin peut être qu'elle déconne encore même en étant prise en charge plus près... Mais voilà y'a ces deux-là auxquels je pense. Mais j'en vois pas beaucoup d'autres... Si y'en a un qui est encore sous codéine mais pour des douleurs chroniques, enfin ouais... Il cherche un effet psychotrope plus qu'autre chose je pense. Un mec qui bosse dans le bâtiment et voilà... L'histoire où tout le monde a dit si c'est de la douleur chronique, ça colle pas, il faut un autre type de prise en charge et je renouvelle un peu de paracétamol et de tramadol je crois tous les 6 mois, y'a pas d'abus non plus mais c'est à mon avis pas.... Il pourrait être soulagé avec d'autres façons de faire mais il veut rien entendre, clairement celui-là il veut rien entendre... Au point de mentir aussi de dire Un jour je sais plus ce qu'il m'avait sorti, qu'il était au fond de son lit toute la journée, c'est pour ça qu'il avait fait je sais plus quoi, qu'il n'avait pas pu venir me voir... Alors j'étais allé faire des courses au centre commercial et je l'avais vu zoner avec ses potes et qu'il était allé se planquer discretos mais c'était absolument pas discret vu que je l'avais gaulé et donc je lui avais dit « ben non dites pas ça parce que je vous ai vu devant le centre commercial

à telle heure » « ah non j'y étais pas » « si, si tu y étais, je te reconnais à 20 mètres et là il faisait jour, il faisait beau, c'était forcément toi et puis je t'ai vu aller te planquer comme un gamin pris en flag et donc essaie pas de me la jouer à l'envers parce que voilà... » mais lui il me met pas plus mal à l'aise c'est juste qu'on est en désaccord sur sa prise en charge et qui veut rien entendre, que ce soit moi ou un autre médecin on y arrivera pas. Mais la seule que j'ai mise à la porte, heu... c'était une manipulatrice mais elle abusait pas des opioïdes mais c'était des benzo... C'était pas ça.

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constations de mésusages ?

Heu... alors je sais pas si ... c'était pas du mésusage mais comment leur expliquer comment adapter les doses, je suis très codéine, plus que le tramadol... pourtant j'ai été éduqué dans le tramadol au CHU mais Heu... enfin en premier recours je suis plutôt codéine que tramadol, et du coup expliquer comment prendre la codéine en plus du paracétamol pour avoir un gramme de paracétamol à chaque fois c'est pas toujours si simple, et donc j'ai mis en place un protocole, ou que je trouve que c'est assez bien rédigé où je leur dis comment prendre le truc. Mais je sais pas si c'est vraiment suite à un mésusage ou si c'est suite à j'ai du mal à leur faire comprendre donc je veux vraiment bien leur expliquer. Pour bien leur expliquer, le mieux c'est de leur écrire et voilà. Mais encore la semaine dernière j'en ai eu un qui comprenait rien, qui le prenait n'importe comment.... Mais celui-là en fait il fait n'importe quoi... enfin il habite à 250 bornes d'ici.... Il veut pas changer de médecin traitant... Il va voir l'ostéopathe et il vient me voir 3 mois après parce que l'ostéopathe a fait n'importe quoi.... Et je suis même pas sûr que ce soit un ostéopathe. Je crois que c'est un vieux rebouteux du fin fond de la cambrousse.... Heu... Il comprenait pas du tout... C'est-à-dire qu'il était mieux soulagé par le doliprane© 1000 gélule ou comprimé que lui avait filé son beau-frère que par la paracétamol codéiné donc lui carrément j'ai arrêté, j'ai dit « formidable, vous êtes mieux soulagé par celui-là ? j'adhère à 300% à votre projet ». Il m'a dit « oui mais vous y teniez » « alors j'y tenais pas beaucoup, c'est que paracétamol ça n'allait pas, j'ai rajouté de la codéine, tu me dis que le doliprane© 1000 ça fait mieux et ben on est parti, on va aller sur du doliprane© 1000, tu seras content, moi aussi ». Mais effectivement il comprenait pas qui fallait prendre 2 trucs à la fois.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Heu ben... c'est pas tellement... j'irais pas l'étiqueter par rapport au mésusage c'est-à-dire que le traitement ne soulage pas le patient, c'est-à-dire que si le traitement ne soulage pas le patient, on va essayer plusieurs choses et notamment on va les adresser au centre d'évaluation et de traitement de la douleur, parce que ils auront de la méso, ils auront de l'acupuncture, ils auront la psychologue, la psychiatre plus facile... Heu et prise en charge aussi ça va aider, heu et puis ça permet aussi de ramener un œil neuf aussi, on vérifie qu'on a bien fait tout le bilan, qu'il n'y a pas des imageries où on serait passé à côté, un avis spé où on serait passé à côté. Donc je bosse pas mal avec eux quand c'est plus possible.

Au CHU ? Alors celui du CHR, je vais pas m'épancher sur celui du Parc, ça va pas être très confraternel... donc on va pas y aller... J'ai des patients qui ont été pris en charge au centre d'évaluation et de traitement de la douleur du Parc... Clairement la prise en charge ne me convient pas... Et ne convient pas à mes patients mais ils veulent pas aller ailleurs... donc... Après je leur dis, si vous êtes pas satisfaits on peut envisager d'autre chose, ils disent « non je suis pas satisfait mais je veux y rester » et moi quand je lis les comptes rendus, enfin quand j'ai la chance de pouvoir lire un compte rendu, je trouve pas ça optimal sur la prise en charge de la douleur, alors que c'est censé être un centre de référence de traitement de la douleur... J'ai sûrement des patients pour lesquels ça se passe très bien et qui ne m'en parlent pas, mais ceux avec lesquels ça se passe mal, alors je sens une carence de ce côté-là. Alors que le problème avec le centre du CHR ça va être l'accessibilité, c'est vrai qu'ils sont surbookés, ils sont obligés de filtrer mais pas sur le type de prise en charge proposé, pas sur la qualité de la prise en charge, pas sur la discussion de la prise en charge avec le patient. On a des comptes rendus, on sait où on va. Le problème c'est le temps pour débiter la prise en charge... ouais... heu... C'est souvent avec eux mais parce que si je bosse avec le CSAPA, souvent c'est eux m'adressent les patients, c'est le CSAPA qui a initié une prise en charge et qui cherche un relais en ville et ils savent que je suis dispo, que ça se passe bien, que je peux leur renvoyer vers eux ... voilà... Mais c'est qu'il y a eu un mésusage avant la prise en charge, parce que.... Pour l'instant j'ai pas eu de mésusages qui partent tellement en live que je sois obligé d'envoyer le patient vers le CSAPA. Ça va plus être des prises en charge de douleurs qui passent pas et on arrive pas à s'entendre sur la thérapeutique la plus adaptée avec le patient et du coup je réfère au second recours en douleur parce que soit le rhumato, soit le neurochir soit les autres spécialistes ont pas réussi à m'aider à m'en débarrasser et on se dit qu'il faut aller sur la douleur.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Plus de centres d'évaluation et de traitement de la douleur, plus de médecins de la douleur.... Mais ouais ça va surtout être ça... parce que... enfin... Le patient chemine dans son parcours de douleur et on peut pas aller plus vite que la musique avec lui... Enfin celui qu'on a vu ce matin qui prend même peu d'antalgiques mais qui a des fulgurances douloureuses heu... Je commence à mettre le doigt sur ... il veut pas en parler mais je commence à mettre le doigt sur le facteur qui fait que à chaque fois y'a cette crise douloureuse et je pense qu'il y a toujours ce même facteur et y'a un tiers qui fait, il doit y avoir un mot, un comportement derrière, quelque chose qui provoque une douleur probablement psychique qui se répercute dans la douleur de son traumatisme d'il y a un an, parce qu'il faut bien que ça sorte par quelque part et comme il veut pas que ça sorte ça finit par sortir différemment mais ça on peut pas les prendre en charge malgré eux et sans qu'ils veulent y aller.... Heu... Je me demande si l'hypnothérapie pourrait pas m'aider beaucoup, alors j'ai prévu une formation d'hypnothérapie mais avec la COVID ça a été repoussé mais ça fait partie, à mon avis, des axes thérapeutiques qui pourrait m'être utile et que je pourrais mettre en place

dans les mois à venir... je sais pas... La crise sanitaire nous aide pas.... Mais l'hypnothérapie pourrait m'aider là-dessus, je cherche pas à faire de l'hypnothérapie pour faire de l'hypnothérapie. J'ai des hypnothérapeutes quand j'arrive à faire entendre aux patients que ça pourrait les aider si je pense que ça peut les aider, mais sur des patients peu adhérents, je pense que sur des petites thérapies brèves... heu... ça peut peut-être avoir un impact.

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Non enfin pas de choses formalisées, pas de DU, pas de DIU, mais c'est ma formation initiale, c'est les échanges avec les médecins référents douleur, c'est la littérature... heu voilà... Et de rester alerte... Ben je sais que des fois on déconne un peu sur un truc, on n'a peut-être pas bien vu quand on est sur une douleur chronique, ça fait trop longtemps qu'on met de la codéine et comment l'arrêter... Alors je dis codéine parce que j'ai plus de codéine dans ma patientèle... Non je dis ça mais la dernière fois j'ai vu une patiente pour de l'Ixprim®, donc du tramadol, heu... ben voilà elle je la vois une fois par an mais elle a besoin de temps en temps... Et elle va jamais prendre du paracétamol simple pour ses douleurs, c'est des lombalgies chroniques et quand elle va avoir une poussée lombalgique, elle va prendre pendant 2 jours, 3 jours un peu d'Ixprim®... heu... pour soulager et je pense qu'il y aurait d'autres choses à faire mais pareil elle veut pas l'entendre. Mais y'a pas forcément de mésusage en tant que tel parce qu'elle est pas sur de grosses doses, mais il peut y avoir quand même.... On peut potentiellement la rentrer dans la notion de mésusage dans le sens où y'a peut-être d'autres choses à faire, on pourrait peut-être la faire adhérer à autre chose mais est-ce que les opioïdes doivent être diabolisés au point où elle, on la met dans une case de mésusage parce que de temps en temps elle tape directement dans le palier 2 sans passer par le palier 1 alors qu'elle est pas sur des grosses doses et que maintenant j'ai qu'une prescription par an, je suis pas sûr.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Heu... Alors pas de la formation initiale heu... C'est venu après, en formation continu, en échange avec les pairs, en formation... Et notamment c'est un sujet qui est régulièrement abordé en GAAP, en groupe d'apprentissage et d'analyse de pratique... heu comme je suis tuteur de GAAP, par les internes, il arrive souvent qu'on mette le doigt là-dessus, ils s'y retrouvent confrontés donc on en parle. C'est l'avantage d'être enseignant aussi, ça nous met des alarmes régulièrement sur les questions que nous posent les étudiants, que ce soit les externes ou les internes... heu... si eux ça les interpelle de temps en temps c'est pratique parce que ça nous interpelle alors qu'on aurait peut-être été interpellé plus tard ou trop tard et le fait qu'ils nous posent la question on se dit « ben ça, ça existe » ça nous amène nous dans les jours, semaines qui suivent, à nous dire bah tiens pour ce patient là ou cette patiente-là faudrait peut-être que je jette un œil. Et sur le mésusage des antalgiques opioïdes, je pense que ça fait partie de ce cas de figure.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusages ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Alors j'irais pas dire qu'elle n'est pas suffisante, en tout cas je dirais pas non sur les connaissances.... Enfin ça dépend à quel moment on veut que cette notion-là apparaisse... je pense qu'il faudrait qu'elle soit, ne serait-ce que évoquée, pendant le second cycle, la notion qu'il y a un mésusage, mais des médicaments en général. Là en ce moment c'est la gabapentine, qui fait des ravages dans les pays du Maghreb et moi je bosse à un endroit où clairement faut que je fasse gaffe à certaines demandes parce qu'ils vont retourner au pays dans pas longtemps et ils vont écouler quelques stocks.... Donc voilà, faut que la notion de mésusage de médicaments en général, elle soit abordée en second cycle... heu... après le 3^{ème} cycle il est professionnalisant, du moment où la personne elle sort de formation en étant compétente pour ce dont elle a besoin au quotidien mais aussi savoir où aller chercher l'information, de la formation derrière pour quand ça va lui manquer, c'est en ça que la formation initiale elle est professionnalisante, elle arrive à un diplôme en pleine compétence. Donc j'avais pas toutes les compétences que j'ai maintenant quand je suis sorti de ma formation initiale mais pour autant j'avais une formation initiale qui m'a apporté tout ce dont j'avais besoin pour aller chercher les compétences et les connaissances et à m'adapter au terrain sur lequel j'ai été mis parce j'ai pas choisi mon terrain d'exercice et donc il a fallu que je m'adapte parce que c'était pas celui auquel je m'étais formé au cours de mon internat moi. Parce que c'était pas mon projet professionnel mais ma formation était assez aboutie pour que je puisse après derrière trouver ce qu'il faut. Donc je dirais pas qu'elle n'a pas été suffisante, elle a pas anticipé sur ce dont j'allais avoir besoin dans mon exercice professionnel mais en même temps j'ai pas l'exercice professionnel que j'imaginais au début.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Heu... ben je pense que c'est le passage par le prescripteur qui est un bon garde-fou. Parce que la vente libre, y'a aucun garde-fou, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun registre qui va faire qu'on va dépister ce mésusage. Le pharmacien il peut se dire c'est adapté je lui donne 2, 3, 4 boîtes mais si le patient va voir un autre pharmacien, puis un autre pharmacien, puis un autre pharmacien, comme c'est pas remboursé, c'est payé, la sécu va pas chercher à avoir un garde-fou et va pas y avoir d'enregistrement à ce moment-là de la délivrance. Et c'est bien un des problèmes de notre système, c'est de ne pas répertorier tout ce qui est délivré, juste parce que c'est pas remboursé donc on se dit c'est pas l'Assurance Maladie de répertorier et de suivre ça. Je pense que ça devrait être à l'Assurance Maladie, donc y'a la prescription, et l'enregistrement de la délivrance même des médicaments sans prescription, pour que s'il y a des abus, nous on puisse le voir dans les données de délivrance même si c'est pas remboursé de voir qu'il y a un abus de tel médicament en vente libre parce qu'il a été délivré, donc de l'avoir dans le dossier pharmaceutique ou dans les données de l'Assurance Maladie. Mais effectivement ça fait plus de boulot à l'Assurance Maladie alors que c'est des

médicaments qu'elle ne rembourse pas. Mais je pense qu'en terme de prévention, de prévention quaternaire, ça serait pleinement légitime, parce que finalement elle anticiperait sur certaines complications derrière. Faire ce boulot là en plus permettrait peut-être de faire des économies de gens qui déconcent trop longtemps parce qu'on leur a délivré sans ordonnance des médocs dont ils ont abusé. Mais du coup la facilité, si on veut pas mettre en place ce système là c'est la prescription obligatoire et de s'assurer que le prescripteur, si c'est toujours le même, il va voir si il y a des abus et si le prescripteur le voit pas, ils vont avoir une alarme dans leur fichier qui va dire il y a plusieurs prescripteurs pour tel patient sur des doses qui dépassent l'entendement des données de remboursement. Donc la prescription et au moins l'enregistrement de la délivrance systématique des médicaments même sans ordonnance.

M10

Age : 59 ans

Type exercice : semi rural

Type de cabinet : Cabinet de groupe

Ancienneté d'installation : 29 ans

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Alors c'est pas un gros pourcentage parce que j'ai quelques patients... on compte les toxicos ?

Alors non, les patients sous antalgiques opioïdes donc c'est les patients sous opium, codéine, tramadol, morphine ... ?

Ah d'accord donc on compte le tramadol aussi ? Ça va faire un peu plus, on va dire 10% du coup je dirais.

Avez-vous beaucoup de patient sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Alors oui y'en qui ont été prescrits par le centre anti-douleur ou en sortant d'hospitalisation ou par un autre médecin... Heu ben je les gère comme les autres en fait, j'essaye de réévaluer si ils en ont toujours besoin, comment ils le tolèrent et comment ils l'utilisent... Pareil que quand je suis le primo prescripteur en fait...

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

De façon standardisée... ouais je trouve ça un peu abusif ... Je pense qu'il faut leur proposer en 2^{ème} intention et rester au paracétamol en 1^{er} intention... Faut pas que ce soit d'office un palier 2.

Est-ce que c'est une situation que vous avez constaté dans votre pratique ?

Oui quand même, ça arrive. Ça dépend des dentistes mais il y en a qui, oui, le font systématiquement, pas tous, pas tous... Il y en a qui restent au doliprane.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt de la codéine en vente libre en 2017 ?

Mouais peut être une augmentation de la demande, vu qu'ils peuvent pas l'avoir en vente libre, ils reviennent peut être un peu plus régulièrement pour en demander... oui, si peut être quand même.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Oui en général dès que je leur prescris je leur dis que ça va être pour... qu'on va essayer de faire la période la plus courte possible. On les prévient qu'on essaiera d'arrêter d'une façon ou d'une autre, soit progressivement ou si c'est une courte période on peut arrêter d'un seul coup mais si c'est une période qui s'avère être longue à ce moment-là je les préviens qu'on arrêtera progressivement.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Alors j'utilise pas d'outils, ce que je fais en fait je regarde les dates de prescription et je vois si ça correspond, si le temps entre les renouvellements correspond aux quantités prescrites... heu sinon niveau dépistage de mésusage c'est pas systématique... Il y a des patients en qui j'ai vraiment confiance, ceux avec qui j'ai des doutes à ce moment-là je leur demande comment ils le prennent, comment ils l'utilisent... J'ai eu des fois des surprises comme ça, des gens qui l'utilisaient mal, en fait c'était pas sciemment qu'ils le mésusaient mais je voyais que ça correspondait pas aux quantités prescrites. En fait ils se retrouvaient toujours à cours, je leur demandais comment ils l'utilisaient et en fait ils l'utilisaient mal donc je leur reposais un petit peu la façon de l'utiliser entre les formes LP et les formes heu... rapide et puis ça se passe bien. Sinon après effectivement, c'est

plutôt ça, c'est plutôt quand y'a une discordance entre la date de renouvellement et la quantité mais sinon je fais pas systématiquement.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Alors les facteurs de risque qu'on peut repérer dans la patientèle ça serait les gens peut être qui ont d'autres... qui ont tendance à avoir d'autres toxicomanies genre tabac, alcool, les choses comme ça... donc ils ont peut-être plus tendance à utiliser de façon incohérente les médicaments.... Et puis certains patients... des profils psychologiques un peu particuliers qu'on repère... soit qui ont un trouble anxieux ou un peu borderline qui eux par contre risquent de faire n'importe quoi.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

C'est vrai qu'il y a certains patients à qui j'évite de prescrire des opioïdes parce que je sais que ça va mal se passer, mais si vraiment je suis obligé, j'essaie de faire de très très courtes périodes pour éviter justement qu'ils rentrent dans un cercle vicieux.

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Oui... alors soit je les ai repérées justement parce qu'il y avait une discordance, soit c'est le pharmacien qui me prévient, « tiens c'est bizarre, untel est revenu chercher une boîte alors qu'il avait eu son nombre » généralement c'est le pharmacien ou l'infirmière de temps en temps mais c'est plutôt le pharmacien qui peut nous avertir, donc c'est là qu'on est alerté en général.

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Alors la prise en charge c'est de revoir avec le patient, déjà de voir comment ça se passe, de lui ré-expliciter les posologies et ensuite de lui prescrire une délivrance soit journalière soit hebdomadaire, du coup on raccourcit, on s'arrange avec le pharmacien. Je lui dis qu'il ira voir le pharmacien, soit toutes les semaines, soit vraiment tous les jours si c'est vraiment un gros risque. J'ai quelques patients qui sont obligés d'aller chez le pharmacien comme ça, chercher leurs comprimés tous les jours... comme ça, ça évite les dérapages. Je trouve que c'est la méthode, plus contraignante pour le patient, mais la plus rigoureuse et la plus efficace.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

En difficulté, non pas vraiment ...

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constatations de mésusages ?

Heu... oui peut être que je suis plus vigilant depuis que... enfin que j'ai été confronté quelques fois à cette situation, je suis peut-être un peu plus vigilant depuis... Peut-être qu'avant je me méfiais moins. Ouais... le fait d'avoir été alerté plusieurs fois par le pharmacien du coup, peut être que maintenant je fais plus attention avant que ce soit le pharmacien qui m'alerte.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Oui, de temps en temps ça m'est arrivé quand même de... d'adresser les patients au centre anti-douleur pour qu'ils puissent évaluer de leur côté... heu... la nécessité du traitement et éventuellement ré-adapter le traitement.

Avec quel centre anti-douleur travaillez-vous du coup ?

Avec celui de Lisieux. Après c'est vrai que comme ça, soit ils peuvent leur proposer un autre traitement, ou soit ré-adapter le traitement et c'est vrai que des fois ça permet de se sortir d'une situation qui devient un petit peu compliquée où on n'arrive pas à sevrer les gens, où on n'arrive pas vraiment à leur faire comprendre... Donc des fois ouais en passant par le centre anti-douleur ça permet... heu ça permet d'avoir un autre, enfin une autre approche et puis peut être d'autres thérapeutiques... C'est un petit peu l'utilisation ... enfin ce que je fais, l'utilisation que j'ai... C'est le recours que j'ai dans ces situations où je peux pas arriver à me débrouiller tout seul.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Heu... Alors là je sais pas ce qui pourrait.... Je sais pas ce qui pourrait nous aider à repérer... non je ne vois pas.

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Non.

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

De l'expérience... la formation initiale à l'époque, la douleur était pas vraiment un sujet de formation donc... non c'est plutôt de l'expérience.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusages ?

Non parce qu'à l'époque elle était pas assez poussée de ce côté-là.

Comment l'améliorer d'après vous ?

Ben formation initiale, j'aurais aimé ouais, avoir une formation sur les médicaments justement, leurs effets, leurs risques et puis bah après sur les risques de dérive et comment les éviter... ouais une formation là-dessus justement pour mieux appréhender ça directement.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Pour heu... Ouais une formation là-dessus qui permettrait de se mettre un peu à niveau sur l'ensemble des médicaments, puis l'idéal ça serait d'arriver à ne pas les prescrire... Mais on est souvent confronté à des problèmes de douleur qui sont pas faciles à traiter sans utiliser d'opiacés parce qu'on a pas trop le choix, on manque de médicaments efficaces... On avait à l'époque le dextropropoxyphène, un médicament génial, on n'avait pas trop de problèmes de mésusage et c'était super efficace mais ça a été dé-commercialisé et c'est vrai que depuis j'ai trouvé qu'on avait... qu'on était beaucoup plus embêté depuis qu'on avait plus le dextropropoxyphène. Il a été dé-commercialisé parce qu'il était en association, y'avait pas de gélule, enfin de comprimé ou de gélule de dextropropoxyphène tout seul, il était systématiquement fabriqué en association avec le paracétamol sauf qu'il avait pas la même demi vie. Le paracétamol a une demi-vie courte et le dextropropoxyphène une demi-vie longue et comme il était associé systématiquement, y'avait un risque d'accumulation chez les personnes âgées. Et au lieu de séparer les deux molécules et de nous laisser gérer en fonction des demi-vies, ben ils ont préféré dé-commercialiser. Et c'est dommage parce que c'était vraiment un médicament où... avec lequel vraiment on n'avait pas de souci. Moi j'ai constaté quand même une nette aggravation quand on a été obligé de passer aux opioïdes à la suite de ça. Il faudrait effectivement qu'ils nous retrouvent un médicament efficace qui soit pas un opioïde, qui calme bien les gens, avec lequel on pourrait se passer des opioïdes.

M11

Age : 36 ans

Type d'exercice : semi rural

Type de cabinet : Cabinet de groupe

Ancienneté d'installation : 5 ans et demi

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Alors c'est pas mal. Surtout qu'il y a mal de patients âgés, mais le mésusage c'est plutôt... selon mon expérience chez mes patients, chez les patients plus jeunes... heu ... je dirais 20%, 15-20% ouais.

Avez-vous beaucoup de patients sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Je dirais qu'il y en a ... Oui oui y'en a quand même quelques-uns, notamment avec les patients âgés, avec les surspécialités, enfin les spécialistes, rhumato en premier lieu, la cancéro et tout le reste. Et je les gère très bien par contre, quand j'ai envie ou besoin de changer de molécules ou de poso je le fais, j'hésite pas du tout... Je le vis bien, que ce soit par exemple en sortant de l'hosto ou tout ça. Mais oui je dirais ça prend quand même, je sais pas, un sur trois, un truc comme ça.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de Tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Oui c'est vrai on est amené de plus en plus à le faire parce que les dentistes ils voient de moins en moins les patients en urgence pour les soulager, et c'est vrai... en tout cas moi c'est vrai je le fais assez régulièrement de les mettre sous codéine et tout ça. La règle c'est quand même pas tout le temps parce souvent ils prennent l'anti-inflammatoire, je leur propose souvent et avec antibio, parce que souvent ils ont des rages de dent, avec anti-inflammatoire et un Doliprane© ça fonctionne. Mais oui c'est vrai que c'est un peu une règle basique alors qu'ils sont pas tous hyperalgiques. Parfois ils ont des grosses chiques mais ils sont pas tous hyperalgiques. Et notamment chez les jeunes je pense que ça fait partie des prescriptions d'opioïdes chez les jeunes qui pourraient être évitées.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt codéine en vente libre en 2017 ?

Et ben dans ma tête, la codéine, le Codoliprane© ils étaient encore en vente libre... mais je trouvais ça un scandale que ce soit le cas ! Je suis très content que ce soit fini ! Alors moi non j'ai rien vu, j'ai pas vu de différence... J'ai eu une expérience d'une patiente qui consommait 25 comprimés de codéine à l'époque où c'était en vente libre... Donc j'ai cette expérience là mais qui datait d'avant... Mais sinon non j'ai pas vu de différence. Parce que les patients le disent pas. Clairement moi j'ai été surpris, à

l'époque, alors je savais pas que c'était depuis 2017, mais des patients qui disent « oui oui je prends de la codéine », mais depuis combien de temps ? et combien ? Et ils prenaient des bonnes doses de codéine. Je suis scandalisé, je déteste. Mais je ferais la même avec les anti-inflammatoires, je trouve que c'est pas normal qu'ils puissent les boulotter comme ça.

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

C'est très variable. Pour les jeunes, type rage de dents où les rares cas où ils ont des lombalgies ou des trucs hyperalgiques et que le paracétamol... là clairement oui. De toute façon y'a une durée, c'est court, c'est une semaine à 10 jours. C'est toujours court. Après pour plein, non, parce qu'en gériatrie y'a des mamies qui sont sous opioïdes depuis 10 ans et pour les 10 prochaines années. Donc non pas systématiquement et je pense que dans ma pratique il y a tellement de vieux qui ont ou du tramadol ou des opioïdes, ou oui, de la codéine.... Ouais tramadol je sais pas combien on en voit dans la journée mais... qui en prennent tous les jours, qui en prennent tout le temps. Mais alors eux, ceux-là je les soupçonne pas du tout d'être dans le mésusage. Ils respectent les prescriptions. Peut-être leur façon de le mésuser c'est d'en prendre moins. Ils disent souvent « ah docteur j'en prends le minimum » mais je les accompagne aussi là-dedans : vous voyiez avec vos douleurs si le paracétamol suffit. Plutôt pour les jeunes mais c'est des durées courtes. De toute façon les lombalgies, de toute façon ça va avec le diagnostic et de la prise en charge derrière. Les lombalgies si au bout de 15 jours ils ont toujours super mal j'ai envie de les revoir pour savoir.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Non alors je le fais absolument jamais. Et ça c'est un mea culpa. Jamais quand je les utilise. Alors j'ai pas une idée de fréquence, je donne une posologie bien claire et une durée mais par contre je les préviens jamais. Je leur dis jamais « faites gaffe parce que c'est ... ». Comme on fait avec les benzo, comme je le fais quasiment systématiquement avec les benzo. Les rares à qui... les jeunes qui ont des problèmes très aigus à qui je donne des benzo je leur dis « mais attendez c'est une semaine et c'est pas plus et faut l'arrêter, et parce qu'après vous aurez du mal, vous aurez des troubles cognitifs et tout ça » et je ne le fais jamais pour la codéine... pour les opioïdes faibles. Faut reconnaître, ce qui est débile hein !

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Médicament, j'en sais rien mais oui, du patient c'est 1 : leur âge, 2 : leurs autres addictions : tabac alcool

Donc âge du coup c'est ... ?

Jeune oui plutôt jeune, à mon avis, enfin de mon expérience aussi parce que j'ai une patiente jeune. Leur jeune âge et leur conduite addictive reste souvent ... ce sont des jeunes de moins de 30 ans qui n'ont pas forcément une vie très stable, qui fument à côté, qui ont, à mon avis, le mésusage d'alcool assez facile, à mon avis c'est eux.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

C'est compliqué ! Je le fais quand même. Alors eux c'est peut-être la petite exception auxquels ... alors je leur dit pas forcément « faites gaffe ça va être dur etc », mais auxquels je fais super gaffe aux durées de prescription, je sais qu'ils en auront pas pour longtemps eux. Ça sera 7 jours ou 5 jours et... oui. Mon seul truc c'est ça, de verrouiller les ordonnances avec des durées courtes.

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Alors là clairement ma patiente, c'est la seule que je connaisse avec... mais c'était tellement important, ça avait tellement de grandes conséquences que c'est sa mère qui m'en a parlé. Donc moi j'avais rien repéré. Mais encore une fois elle les prenait parce que c'est pas moi qui les prescrivais. Et à partir du moment où les prescriptions nous échappent... j'étais pas au courant... C'est une dame qui est pas malade, que je voyais une fois tous les 2 ans et un beau jour sa mère a déboulé en disant « ma fille prend trois boîtes de codéine par jour... » Ah oui... effectivement... mais sinon après les autres que je soupçonne de mésusage, il y en a peut-être quelques-uns quand même que je soupçonne ... mais ... non je sais pas j'en vois pas d'autres... Tous les autres c'est des durées courtes, c'est l'avantage de la prescription.

Et pourquoi vous les soupçonnez ces patients ?

Et ben par leurs autres addictions clairement ... Ou les tempérament un peu addicts : les gens qui conduisent à block, qui bossent comme des dingues, qui changent de femmes tous les quarts d'heure... voilà ... ou d'hommes ! Qui changent d'hommes parce qu'en l'occurrence y'a aussi des nénettes qui bossent, c'est ça, qui sont épuisées le soir parce qu'elles ont bossé 15h dans la journée.

Quelle a été votre prise en charge pour cette patiente qui mésusait ?

Centre d'addicto. Direct. Elle était demandeuse, à partir du moment où elle avait craché la question à sa maman, et où elle était venue me voir, elle était demandeuse d'un sevrage addicto.

Et où ça en addicto ?

Caen... Je dirais qu'elle a été au CHR mais... De toute façon moi globalement je les envoie au centre addicto au CHU quand j'ai des problèmes, que ce soit pour l'alcool ou pour les médocs. Globalement c'est assez confortable pour les médecins traitants parce que c'est clé en main quoi... On les adresse pour la 1^{ère} consult et après ils ont leur suivi... Ils le font, ils le font pas mais ils sont checkés... Mon habitude c'est le CHR à Caen... Il y a, heu, mais c'était pour l'alcool, qui est assez bien ... le ...hmm... à Caen le CSAPA ? Le CSAPA c'est bien aussi parce qu'il y a des ... je crois, de mon souvenir c'est facile d'avoir des premiers rendez-vous. Ils ont des consultations sans rendez-vous ou ils ont des consults rapides. Parce qu'en fait ce qui est difficile c'est quand les patients sont demandeurs, eux, ils veulent que ce soit tout de suite, tout de suite ! Demain matin ! « et je veux demain matin un sevrage ! ». Oui bah ça fait 18 mois que vous faites n'importe quoi et là il me faut une solution toute de suite, tout de suite. Et en même temps j'ai pas envie de les renvoyer à une consult dans deux mois parce que si on les renvoie à une consult dans 2 mois, ils repartent dans leur addiction et puis c'est terminé. Leur demande, si on a pas une réponse, un peu immédiate en l'occurrence, parfois ils ont juste un entretien avec un infirmier le temps de... et puis l'infirmier leur dit... et ils rentrent dans le circuit même si c'est pour dans 2 mois. Le premier contact en fait souvent ils sont demandeurs... surtout que c'est des addicts quoi... c'est des gens ils veulent que ça aille vite... Le premier contact ils sont demandeurs que ça aille tout de suite, tout de suite, et en même temps moi je suis un peu... si ils ont pas un premier contact tout de suite, tout de suite moi je suis un peu mal parce que je me dis « bon bah c'est perdu ». La demande qui était là, la motiv de consult d'aujourd'hui, bah s'il est pas pris là je...j'y crois pas.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

Ah oui à chaque fois. A chaque fois c'est difficile comme consult. Parce que la première... c'est la gestion du temps dans mon activité... Donc premier truc, ça prend beaucoup de temps, parce qu'évidemment ils pleurent et ça... Ils ont plein de réminiscence, ils ont plein de trucs, et ça prend énormément de temps. C'est très intéressant mais par contre je n'ai aucune formation de psychologie, de trucs comme ça, de prise en charge d'aide. Donc de toute façon je demande toujours à un centre, je suis incapable de faire aucun sevrage tout seul. Heu... à part leur rappeler les règles, enfin en gros de prescription et tout, le reste j'ai aucune... et puis je pense que ça marche mieux quand c'est pluridisciplinaire. Ils ont besoin de voir un psychologue, de voir une infirmière.... Souvent d'être pris par la main, d'avoir des consultations très fréquentes...

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constations de mésusages ?

Non... je pense que... enfin suite à notre entretien d'aujourd'hui je me vais changer mes pratiques notamment sur l'information. C'est trop con parce que c'est vite fait, on informe bien les patients qu'on met sous quinolones qu'ils vont avoir des tendinites ou qu'ils vont être photosensibilisés. Ça prend 4 minutes ou non, 4 secondes dans une consultation de dire « faites gaffe n'en prenez pas trop parce que on peut devenir addict » c'est trop con. Heu si ... je dirais que ce qui a peut-être quand même modifié... je le disais pas mais dans mon cerveau ce qui a peut-être avancé c'est qu'on entend beaucoup parler notamment aux états unis d'une quantité folle de jeunes dépendants et Ils sont peut-être aussi nombreux chez nous mais on le sait pas... mais... et du coup ça, ça a quand même modifié mon regard. Après est ce que ça a modifié vraiment ma prescription... en tout cas chez les vieux, ce qui est ma grande consommation d'opioïdes, non clairement, parce que je les soupçonne pas du tout de mésuser et je les vois assez régulièrement... Il y a aussi ça qui est difficile chez les jeunes, c'est qu'on les voit très peu et ils mésusent pendant deux ans. Une nénette qu'on a vue la dernière fois pour des boutons sur le bout du nez et du coup-là on se dit ... bah merde... Donc chez les patients âgés qui sont à mon avis les plus gros consommateurs de ma patientèle, j'ai un peu moins peur parce que je les vois, je connais souvent le conjoint ou les enfants et donc du coup... ou même le pharmacien ou les infirmières. Je prescris beaucoup d'infirmières au domicile du coup j'ai l'impression de maîtriser un peu.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Clairement c'est les infirmières à la maison, ça marche super bien. Les enfants et tout ça, j'aime pas trop mettre la famille dans la partie parce qu'ils se retrouvent dans une situation un peu gênante, ils osent pas, ils savent pas. Les infirmières moi dès que je peux le faire accepter par mes patients, même ceux qui sont valides et tout je les envoie. Elles sont contentes de le faire, ça fait du suivi, j'apprends souvent plein de trucs parce qu'elles passent chez eux du coup j'apprends que... y'a pas de fenêtres, y'a pas de porte qui est fermée et du coup... Voilà ça se branche sur l'assistante social et tout le reste. Et puis le tout le circuit avec le CHR. Alors c'est à la fois bien et pas bien parce que les patients qui ont des problèmes d'ordre psychologique ou en tout cas de dépendance, ils aiment bien avoir nous comme référents parce que « je veux parler qu'à vous docteur et je vous fais confiance » et à la fois c'est très bien mais à la fois heu ... j'ai pas 4 heures tous les jours à vous consacrer ! Et c'est vrai que c'est des gens qui faudrait voir, je sais pas moi, quand ils sont vus au centre d'addicto au début c'est toutes les semaines, tous les 15 jours et ça il faudrait avoir... je sais pas moi ...une infirmière dans un autre box à côté qui s'occupe de mes grands-mères pendant que je discute avec ...

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Ah ben clairement ça serait du temps para médical avec moi. C'est sûr que ça serait mieux. Les infirmières qui commencent à débrouiller le truc, avec qui on peut échanger pour être en entretien et les garder une demi-heure toutes les semaines ou tous les 15 jours ça, ça serait... un mode de fonctionnement qui serait super... Faudrait trouver des sous pour les payer, moi je

trouve que ça pourrait être une évolution sympa de notre boulot heu... ouais je sais pas d'avoir un mi-temps d'infirmière... Je vais me renseigner je crois que ça existait... Qui pourrait faire, pas que de l'addicto, mais de la prévention. Qui reprennent toutes les listes de tous mes patients pour vérifier qu'ils sont tous à jour de leur frottis, qui sont tous à jour de leur vaccins ...

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Alors en addicto pas du tout, en douleur j'ai fait ma thèse sur le tramadol en goutte donc j'ai pas fait de formation complémentaire mais...

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

50-50 parce que... si on le sait... Mais j'ai l'impression que quand j'ai fait mes études, pourtant c'était il y a pas si longtemps, c'est pas si à la mode de parler du mésusage de la codéine, enfin des opioïdes faibles... heu c'était bien pratique, on nous a vendu leur effet de seuil là... Donc du coup... pas eu l'impression d'avoir beaucoup entendu parler de ça pendant mes études.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusages ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Alors c'est compliqué parce que pour gérer les situations de mésusage y'a deux choses : y'a pour pas se rendre dans cette situation-là donc là clairement c'est l'information et la prévention, ça clairement on peut faire mieux mais à mon avis c'est vite fait. Par contre pour la gestion après c'est tout l'approche psychologique et suivi et tout ça. Et là, à la fois, non et à la fois je pense que c'est pas vraiment mon rôle... oui enfin c'est pas vraiment mon rôle, en tout cas je suis très content de donner la main à ce propos là parce que le temps... pour des raisons de temps et ma formation en psychologue, je pense que je serais un assez mauvais psychologue... enfin je sais pas faire... Heu souvent quand je fais des entretiens comme ça je me laisse emmener par les patients, je suis pas du tout assez directif et du coup je me rends bien compte que c'est pas mon boulot. Ça m'intéresserait mais du coup-là oui ça nécessiterait une formation mais c'est presque... pour moi c'est un métier, psychologue à temps complet. Et moi mon métier c'est plutôt... ça me dérange pas d'être psychologue aussi mais plutôt que de faire un mauvais psychologue je préfère être un moins mauvais médecin généraliste.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Clairement c'est les informations des patients en direct. Parce que je pense que pour une grande part les addicts ils savent qu'ils sont addicts. Les gens ils savent qu'ils ont une tendance et tout ça. Donc voilà comme y'a des pictogrammes pour la grossesse ou pour la conduite, il pourrait tout à fait y avoir un pictogramme pour l'addiction. Mais voilà à mon avis ça vaut pour toutes les addictions, pour les addicts aux jeux, pour les addicts aux trucs. Il faut rendre le truc de moins en moins disponible. Clairement pour être moins addict à la clope, il faut avoir moins de clopes de disponible, il faut que ça coûte une fortune pour que les gamins puissent pas s'y mettre. Alors après pour moi c'est des trucs qui existent déjà mais faut juste les enfoncer quoi. Le paquet de clopes il faut qu'il coûte 25€, pour que les gamins aient pas les moyens de se les acheter et en fait là l'accessibilité, ou la non accessibilité, le fait que ce soit pas en vente libre, moi je trouve ça... j'applaudis des deux mains. Et heureusement. Et clairement il faut que ce soit de moins en moins accessible et si c'est comme pour là le Lyrica®, être sur ordonnance sécurisée et tout ce genre de truc là. Oui clairement, ça, ça fait partie des trucs qui... en fait faut que ce soit moins accessible.... Et après je suis pas très historien actuel des états unis et tout ça mais clairement les pays anglo-saxons ont plein de... moi j'hallucine toujours, de médicaments en vente libre. Dès que je voyage je vois, y'a tous les antibiotiques, les anti-inflammatoires... y'a tout, il suffit d'aller faire un tour dans les pharmacies et puis de prendre dans les rayons et clairement ça fait partie des raisons pour lesquelles ils se retrouvent dans cette situation.

M12

Age 63 ans

Type exercice : Urbain

Type de cabinet : seul

Ancienneté d'installation : 29 ans

Quelle proportion de votre patientèle est sous antalgiques opioïdes ?

Aucune idée... l'histoire des proportions, c'est difficile... oh c'est très compliqué hein ! Je sais pas, j'en mets de plus en plus mais... heu... 10% peut être. Mais c'est vraiment à la louche ! Parce que, enfin je fais une parenthèse, j'ai beaucoup d'enfants, de jeunes donc effectivement, même si on donne des opioïdes aux jeunes adultes parfois, comme j'ai une forte proportion d'enfants c'est vrai que moi dans ma patientèle y'a peu, très peu de personnes âgées. Mon gros lot c'est étudiants, jeunes actifs et jeunes retraités. Donc c'est vrai que... voilà si je dis 10... moi les pourcentages j'ai aucune idée, je trouve ça compliqué comme question.

Avez-vous beaucoup de patient sous antalgiques opioïdes dont vous n'êtes pas le primo prescripteur ? Si oui comment gérez-vous ce type de prescription ?

Olala elles sont difficiles vos questions ! Et ben j'en sais rien, à mon avis c'est quand même... la plupart du temps c'est moi le primo prescripteur. Mais c'est très probable que ça m'arrive de renouveler. Mais je suis incapable de répondre.

Et est-ce que vous avez déjà été en difficulté devant un patient mis sous antalgiques opioïdes par un autre prescripteur que vous ?

Ah oui, alors après qui en surconsomme et qui réclament ? Alors les somnifères oui, les antalgiques opioïdes et ben j'ai pas cette notion... de ... de heu « drogués » à la codéine, non, j'ai pas cette notion.

Que pensez-vous de la « pratique standardisée » de prescription de tramadol ou d'autres antalgiques opioïdes pour des douleurs dentaires à l'hôpital ou en ville ?

Ben heu... je pense que c'est pas forcément mauvais... Autrefois je donnais de l'Idarac®, qui était de la glafénine, qui n'existe plus maintenant et qui était très efficace et je trouve que les opioïdes ça peut être bien, oui, dans ces cas-là, à condition qu'il y ait une prise en charge de la cause bien sûr.

Avez-vous ressenti une modification dans votre pratique depuis l'arrêt codéine en vente libre en 2017 ?

Et ben j'en sais rien...donc ça va être non surement...probablement non

Prévoyez-vous avec le patient la fin de la prescription de l'antalgique opioïde (donc la déprescription), si oui quand et comment ?

Alors je dirais oui parce que je ne prescris jamais de cure longue d'emblée. C'est toujours une boîte ou deux boîtes sur 5 à 10 jours donc il n'y a jamais, d'emblée en tout cas de prescription longue donc c'est forcément limité. Alors la 1^{ère} raison n'est pas forcément du mésusage mais des effets indésirables des opioïdes.

Dépistez-vous les risques de mésusage ? Si oui dès l'initiation traitement ou pendant la prise ? Utilisez-vous des outils pour cela ?

Et ben je crois que la réponse est globalement non. Non je ne mets pas en garde quand je prescris. Je demande juste « dites moi si vous supportez ou si vous supportez pas », je dis pas forcément que c'est quelque chose qu'on peut... consommer etc.. j'ai pas d'outils. J'ai bien une bêche au jardin mais là j'ai pas d'outils ! Il faudra me dire ce que sont ces outils mais non, je ne connais pas.

Avez-vous repéré des critères particuliers dépendant du patient lui-même, du médicament, du type de douleur favorisant les situations de mésusage, autrement dit des facteurs de risque ?

Heu... spontanément je dirais la douleur intense qui n'a déjà pas été calmée dans un premier temps, par des antalgiques premiers paliers ou autres. Et là le patient a perdu patience, c'est le cas de le dire, et je crois que c'est là le risque. S'il est bien soulagé, après ne pas avoir été soulagé par autre chose, c'est à mon avis là le risque de surconsommation.

Quelle est votre prise en charge si vous décelez un risque de mésusage, avant l'initiation du traitement ?

Le seul, j'ai pas pensé, parce que j'ai un cas dans ma patientèle, et j'ai failli faire la bêtise, anciens toxicos, quand je le sais, je vais pour prescrire et je fais « ah » et d'ailleurs généralement c'est eux qui font « oui mais docteur, regardez là y'a de l'opium là-dedans et j'y ai pas droit », « ah oui c'est vrai ». Donc oui si j'y pense avant, le risque c'est peut-être là, la seule fois où je vais faire une vraie réflexion « ah zut, etc... »

Et donc si y'a besoin vous prescrivez ou pas l'antalgiques opioïdes ?

Non parce que... d'ailleurs eux, enfin ceux qui sont vraiment bien désintoxiqués, je pense à une dame là en particulier, ils sont les premiers à dire « non Docteur c'est dangereux pour moi, je veux surtout pas prendre le risque » et moi oui, malheureusement j'utilise autre chose ...

Avez-vous déjà repéré ou suspecté des situations de mésusage ? Comment les avez-vous repérées ?

Alors oui j'ai une patiente. Tiens et ben voilà ça va répondre à la question d'avant, j'ai pas du tout pensé. J'ai une patiente qui doit bouffer, enfin le terme est mal choisi, qui prend 5 ou 6 suppos de Lamaline® par jour, plus, si je me souviens bien, des gélules en plus. Mais effectivement c'est une patiente un peu particulière, qui prenait ça quand je l'ai rencontrée, quand je l'ai soignée et incapable de baisser la dose. Donc là effectivement ça répond à votre question d'avant... On n'a pas toujours, des fois ça tilte pas. Et donc cette dame là j'ai essayé de substituer et impossible.

Et comment vous vous êtes aperçue de cette surconsommation ?

Et ben c'est la quantité qu'elle demandait par mois, parce que c'est quand même une quantité assez faramineuse. Et donc du coup... c'est vrai que ça fait... je vais regarder ce qu'elle prend mais c'est vraiment une quantité énorme. Alors je la connais pas depuis archi longtemps.... Ah si quand même... et alors elle prend... les suppos elle en prend 5 par jour, suppos de

Lamaline©, c'est quand même beaucoup et ça c'est heu... ben depuis que je la connais. Donc c'est sûr que... alors qu'elle a pas une pathologie non plus majeure qui pourrait justifier... elle a même pas une poly-arthrite qui pourrait justifier...

Quelle a été votre prise en charge pour ces patients qui mésusaient ?

Et ben je pense que je suis nulle parce que même si je lui redis à chaque fois que c'est beaucoup, « ah oui mais docteur si vous diminuez la dose c'est pas possible ». Et vous voyez vous me faites réfléchir parce que je l'ai connu en mai 2012 elle prenait déjà 3 suppositoires par jour et aujourd'hui elle en est à 5. Ça veut dire que je me suis fait avoir et que j'ai augmenté la dose sans m'en rendre compte.

Vous êtes-vous déjà senti en difficulté dans ce type de situations ?

En difficulté ça voudrait dire que je pense que quelqu'un se met en danger ?

Que vous n'arrivez pas à gérer la situation, que vous sentez que ça vous échappe.

Alors cette dame-là par exemple je sais que je n'y arriverai jamais, vous dire que ça me met en difficulté, ma foi... pff.. pas vraiment parce que un suppo de Lamaline© c'est 300 milligrammes de Doliprane© plus 25mg de codéine, quelque chose comme ça... Bon c'est une dame qui se met pas en danger, qui va bien... qui conduit sa voiture, bon elle a 75 ans... Alors je sens qu'elle se met pas en danger... Alors moi je dirais pas que je suis en difficulté, mais ça m'embête parce que je sais qu'elle est droguée à sa Lamaline© mais je pense que c'est une des rares dans ma patientèle qui a cette surconsommation. Dire que je me sens en difficulté ça voudrait dire : je pense que la personne se drogue à bon escient avec des morphiniques ou des opioïdes, et j'en n'ai pas le sentiment. Après je me fais peut-être berner. Mais dans mes prescriptions, les seules fois où j'ai donné des grosses doses c'était des fins de vie mais j'ai pas le sentiment d'avoir... parce que j'ai quelques patients qui ont des lombalgies chroniques avec des crises itératives, ils en ont à disposition et des fois « ah ben remettez m'en une boîte parce que ça j'en ai plus » et je regarde, je suis assez vigilante, je regarde quelles est la dernière fois que j'ai prescrit, un peu comme les anxiolytiques et les somnifères, et j'ai pas le sentiment d'avoir des patients.... Après voilà, encore une fois je me fais peut-être avoir... mais j'ai pas le sentiments et je me suis jamais sentie en difficulté.

Avez-vous modifié vos pratiques suite à des constatations de mésusages ?

Ben j'ai essayé mais Sur elle j'ai pas réussi ! Mais bon elle a un psychisme un peu particulier... là je suis désolée mais... Alors je passe peut-être à côté de choses hein... mais je crois qu'on passe parfois à côté de certaines choses. C'est pas vraiment un sujet qui m'a mise en difficulté ou en éveil.

Avez-vous déjà eu recours à des ressources spécifiques ou à aides extérieures pour gérer ces situations de mésusage ? Si oui lesquelles ? si non en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Aides extérieures ça serait un confrère ? Non et j'ai pas fait de DU de douleur.

En tant que médecin généraliste de quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer cette situation ?

Alors je vais rebondir sur la question précédente : un avis extérieur, pour que le patient entende quelque chose d'autre. Mais elle je pense que c'est peine perdue... Heu... Je pense que s'il y'avait vraiment mésusage, oui je pense que là je ferais plutôt avis à un interniste ou à un médecin de la douleur pour demander une prise en charge différente. Je crois que c'est ça que je ferais.

Avez-vous suivi des formations complémentaires en addictologie ou en douleur ?

Non

Vos connaissances sur le mésusage viennent-elles de votre formation (initiale ou complémentaire) ou de votre expérience ?

Ben de ma grande ancienneté ! Parce que formation initiale, avant on n'avait pas de formation d'algo ou d'addicto.

Pensez-vous que votre formation initiale était suffisante pour gérer les situations de mésusage ? Si non, comment l'améliorer d'après vous ?

Non mais le biais c'est l'ancienneté : y'a une telle différence dans la formation, notamment des médecins généralistes, moi je suis maître de stage depuis 18 ans, donc je sais ce que c'est... Clairement... ça dépend peut-être de la moyenne d'âge de vos interrogés. Si vous faites des tranches d'âge, ça sera peut-être judicieux pour exploiter les réponses parce que peut-être que... en fonction des tranches d'âge c'est intéressant, de savoir quel type de formation ils ont eu... Ben moi c'est facile, si vous voyez mon âge, vous savez très bien que je n'ai pas eu d'internat de médecine générale. Mais peut être la différence avec ceux qui ont eu leur 3 ans, enfin leur 6 semestres d'internat de médecine générale, et les autres, je pense que ça peut être intéressant. Enfin je sais pas si c'était prévu... mais faites y bien attention parce que je suis certaine que les réponses seront différentes. Moi ma formation en médecine générale ça a été 10 demi-journées dans un cabinet. Et après, hop allez vas-y, saute dans le

grand bain, fais des remplas. C'était ça hein... Après effectivement y'a les auto-formations... enfin voilà, si je puis me permettre, faites bien attention à ça dans votre synthèse.

Quelles seraient vos suggestions pour limiter les situations de mésusage ?

Heu... difficile... difficile... Toujours faire des prescriptions courtes la 1^{ère} fois, toujours. Ne pas mettre à renouveler d'emblée. Réévaluer le vrai besoin, et heu... toujours commencer par la dose... Enfin c'est à double tranchant : j'allais dire, toujours commencer par une dose minime pour éviter... voilà... en même temps si le patient n'est pas soulagé d'emblée par quelque chose... soit il va avoir envie lui-même d'augmenter, soit il va vouloir une autre molécule. C'est toujours très très difficile de savoir si il faut taper fort ou taper pas fort... Prévenir les patients que ça va être un traitement court parce qu'il est fort et efficace mais qu'on le renouvelera pas. Ça, ça peut être aussi une bonne formule pour pas que le patient se dise « ah la vache ! ça c'était bien je vais en garder » Après c'est une question individuelle de chaque patient. Ceci dit, ça ne va pas m'empêcher d'en prescrire même si je sais que c'est un patient qui risque d'en consommer longtemps... si je dois le soulager je le soulage. Donc voilà. Mais faut faire attention, y'a pas de recette en fait et puis après... Je devrais pas dire ça à une future jeune installée, mais on se fait avoir quand même... Quel que soit notre âge et notre ancienneté, y'a des moments où on se fait rouler par les patients. Bon heureusement c'est pas la majorité. Notre but du jeu c'est quand même de soulager la douleur... heu... Je dirais c'est plus difficile pour le généraliste seul au cabinet de savoir bien taper et pour répondre à une question antérieure, quand on est en difficulté dans une situation où on pense qu'on va s'enfermer, même si la porte est difficile à pousser, c'est les centres anti-douleur. L'avis des centres anti-douleur qui eux vont faire comprendre au patient que la douleur... une approche multidisciplinaire et voilà... mais là c'est quand on est rentré dans... Mais voilà je crois que la seule « astuce » c'est plutôt de ne jamais prescrire d'emblée une longue durée, une forte quantité et avertir que ça doit être un traitement court.

Concernant les outils fournis : alors là c'est moi qui vais vous posez une question, en pratique, en consultation, les grilles, vous trouvez que c'est facile à utiliser ? Parce qu'il a des échelles dans tout : des échelles dans la dépression, dans la douleur etc... Et honnêtement si on arrive à voir le patient en 15 minutes, ce qui pour moi est impossible, clairement arriver à caser une échelle...

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

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

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

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

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNEE DE SOUTENANCE : 2020-2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : TAUC Nathalie

TITRE DE LA THESE EN FRANÇAIS : Thèse qualitative sur le vécu des médecins généralistes du Calvados face au mésusage d'antalgiques opioïdes

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Introduction : L'utilisation des antalgiques opioïdes contribue à l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Cependant, ces médicaments sont à risque de mésusage, notamment à cause de leur potentiel addictif. Le taux croissant d'intoxications ces dernières années en France incite à la prudence. Les médecins généralistes étant les premiers prescripteurs d'antalgiques opioïdes, nous nous sommes intéressés à leur vécu ainsi qu'à leurs pratiques face au mésusage d'antalgiques opioïdes.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes installés dans le Calvados. Les données de remboursement des antalgiques opioïdes de 2016 à 2020 ont également été récupérées.

Résultats : Les praticiens se sentent en difficulté due au manque de formation, de temps, et d'accessibilité aux consultations spécialisées en addictologie ou en évaluation de la douleur. La pluridisciplinarité et la place du médecin traitant dans le parcours de soin sont identifiées comme des atouts. Les pratiques des médecins du Calvados sont en accord avec les recommandations de bonnes pratiques concernant la connaissance des facteurs de risques de mésusage et des signes d'alerte au cours de la prescription. Cependant, le dépistage des facteurs de risques n'est pas systématique et l'information du risque de dépendance n'est que rarement donnée au patient.

Conclusion : Afin de limiter les situations de mésusage, les praticiens sont en demande d'une meilleure formation en addictologie et en douleur et d'une amélioration de la coordination entre les médecins généralistes et le réseau de soin en addictologie.

MOTS CLES : Médecin généraliste, antalgique opioïde, mésusage, vécu, étude qualitative

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : Qualitative thesis on the experience of general practitioners in Calvados about the misuse of opioid analgesics

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Introduction : The use of opioid analgesics contributes to improve pain management. However, these drugs are at risk of misuse, in particular because of their addictive potential. The increasing rate of intoxications in these recent years in France exhorts caution. General practitioners being the first prescribers of opioid analgesics, we were interested in their experiences as well as their practices of opioid analgesics misuse.

Method : We carried out a qualitative study by semi-structured interviews with 12 general practitioners located in Calvados. Opioid analgesics reimbursement data from 2016 to 2020 were also retrieved.

Results : Practitioners encounter difficulties due to the lack of training, time, and access to specialized consultation in addictology or pain assessment. Multidisciplinarity and the role of the general practitioner in the care process are identified as assets. The practices of physician in Calvados are in accordance with the good practice recommendations concerning knowledge of misuse risk factors and warning signs during prescribing. However, screening for risk factors is not systematic and information on the risk of dependence is rarely given to the patient.

Conclusion : In order to limit situations of misuse, practitioners ask for better training in addiction and pain and improved coordination between general practitioners and the addiction care network.

KEY WORDS : General practitioner, opioid analgesics, misuse, experience, qualitative study