

RAPPORTS

PRATIQUES DE PRESCRIPTION ET D'USAGE D'ANTALGIQUES OPIOÏDES : UNE ANALYSE SOCIOLOGIQUE

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	6
Objectifs	6
Contexte et enjeux	6
Questionnements et hypothèses	9
Méthodologie	11
<i>Méthodes d'enquête</i>	11
<i>Outils théoriques</i>	11
Le médicament : un produit pas comme les autres	11
Outils de réflexion sur les pratiques de prescription et d'usage	12
Sources	13
<i>Enquête par entretiens auprès de médecins généralistes</i>	13
<i>Enquête par entretiens auprès des patients</i>	13
Protection de l'anonymat et de la confidentialité	15
PRATIQUES DE PRESCRIPTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE	16
Évolution des habitudes de prescription : représentations et usages de MOA	16
<i>Le rôle structurant du travail collectif dans les pratiques de prescription</i>	16
Le rôle du collectif dans l'apprentissage initial de la prescription	16
Le rôle du collectif dans la reproduction d'habitudes de prescription	18
Le rôle du collectif dans les changements de pratiques de prescription	19
<i>Réfléchir aux stratégies de prescription : le choix de la molécule</i>	21
Différenciation de positionnement par rapport aux molécules	21
Aller vers la poudre d'opium et autres antidouleurs	27
Entre addiction et chronicisation de la douleur : une distinction difficile	28
Situations problématiques de prescription : types et nature du problème	31
<i>Quand le problème est inhérent au patient</i>	31
Des patients « à problèmes » proches d'un profil addictif classique	31
Les anciens usagers de drogue avec une douleur chronique	34
<i>Quand le problème est inhérent au médicament</i>	35
Quand la douleur rend inévitable la prescription chronique	35
Prise chronique considérée elle-même comme problématique	36
L'organisation de la prise en charge de situations problématiques	37
<i>« Internaliser », « externaliser » ou « minimiser » les problèmes avec les MOA</i>	37
<i>Les problèmes avec les MOA, un domaine de compétence de la médecine générale ?</i>	39
Coordonner une équipe ou déléguer une prise en charge	39
Expériences et formation : des ressources partageables	42
<i>Contexte relationnel de la pratique : degré d'intégration aux réseaux de soins</i>	43
Valoriser la coordination lorsque le travail se fait en réseau	43
Délaisser les problèmes avec les MOA lorsqu'on travaille de façon isolée	45
<i>Rapport aux risques liés à l'usage du médicament</i>	48
Informé ou échanger avec ses patients sur les risques des MOA	48
Un partenariat avec les collègues infirmiers et pharmaciens	50

PRATIQUES D'USAGE DE PATIENTS EN DIFFICULTÉ AVEC LEURS TRAITEMENTS	53
L'antalgie : premier usage du MOA	53
<i>Des patients en difficulté : un usage vécu comme problématique</i>	53
Faire face à des effets indésirables bien identifiés...	53
... pour très peu de soulagement de la douleur	55
<i>De la prescription à la pharmacie : portes d'entrée vers l'usage chronique</i>	57
La prescription médicale	57
La vente libre en pharmacie	58
Le maintien d'un rapport problématique avec le MOA	59
<i>Les caractéristiques typiques du maintien de l'usage</i>	59
Difficulté d'arrêter : « Reprenez-en et vous verrez après »	59
Méconnaissance des effets indésirables lors de la prescription	60
Respect d'une approche médicale multiple non centrée sur les opioïdes	62
<i>Les dimensions sociales de l'usage chronique</i>	64
Accumulation de problèmes et morcellement de la prise en charge	64
Répondre aux exigences de la vie sociale, professionnelle et familiale	70
Processus de détachement : un changement de rapport aux MOA	75
<i>Décider de s'engager dans une démarche d'arrêt ou de diminution</i>	75
Décision à l'initiative des patients	75
Décision à l'initiative d'un professionnel de santé	78
<i>Se sevrer ?</i>	79
Les difficultés du « sevrage à la maison »	79
Un sevrage institutionnalisé : l'importance du suivi	80
CONCLUSION	82
ANNEXES	84
1. Exemple de lettre de recrutement de médecins généralistes	84
2. Liste des professionnels interrogés	85
3. Annonce de participation à l'enquête EMOA – volet « patients » – Affiche	88
4. Liste de patients interrogés : caractéristiques démographiques et socioéconomiques	89
5. Extraits d'entretiens auprès de médecins urgentistes de l'APHP	91
6. Matériaux d'enquête – Grilles d'entretien	92
BIBLIOGRAPHIE	95

Responsabilités et contributions au projet

Pilote de projet, recueil des données, analyse et rédaction : Laura Duprat.

Coordination, contribution à l'analyse et à la rédaction : Fabrice Guilbaud.

Comité scientifique : Nicolas Authier, Cristina Díaz-Gómez, Joséphine Eberhart, Fabrice Guilbaud, Emmanuel Langlois, Maitena Milhet, Anna Ndiaye, Étienne Nouguez, Ivana Obradovic.

Relectures : Fabrice Guilbaud, Maitena Milhet, Ivana Obradovic.

Remerciements

L'auteure et pilote de projet EMOA tient à remercier Fabrice Guilbaud pour sa relecture attentive et enrichissante, mais aussi pour son soutien constant au sein de l'OFDT.

Aux membres et participants du comité scientifique pour avoir partagé leurs savoir-faire et leurs expertises.

À l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête :

- Aux médecins qui ont accordé à l'enquêtrice des temps d'échange longs, qui ont préparé la discussion en amont en s'appuyant sur les dossiers des patients, et qui l'ont reçue sur leurs lieux de travail, et parfois chez eux ou chez elles, avec une grande confiance.
- À l'ensemble des patients et patientes ayant accepté d'aborder des sujets souvent intimes.

Pour leur contribution au recrutement :

- Aux médecins et/ou sociologues ayant contribué à la phase de recrutement des médecins généralistes (C. Fournier, Maud Gelly, J. Lurcel et A. Peltier).
- Aux associations de patients, aux pharmacies, centres de santé, maisons de santé et institutions ayant contribué à la diffusion de l'annonce de participation à l'enquête.

Au secrétariat général de l'OFDT : Isabelle Michot pour sa contribution à la recherche documentaire et la bibliographie ; Frédérique Million pour la maquette du rapport ; Esther Thiry pour son aide à la diffusion des annonces de participation à l'enquête auprès des patients.

Au Fonds de lutte contre les addictions, géré par la CNAM, pour le financement.

Pour citer ce rapport : Laura Duprat (2023). Pratiques de prescription et d'usage d'antalgiques opioïdes : une analyse sociologique, Paris, OFDT, 104 p.

RÉSUMÉ

L'étude sur les médicaments opioïdes antalgiques (EMOA) de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) interroge leur prescription en médecine générale et les vécus de personnes qui se considèrent en difficulté avec ceux-ci dans le cadre du traitement de la douleur chronique non liée au cancer en France. Fondée principalement sur des entretiens approfondis menés auprès de 23 médecins généralistes et 25 patients, elle analyse, d'une part, les pratiques de prescription, en interrogeant la décision de prescrire (et de déprescrire) des médicaments opioïdes antalgiques (MOA) et, d'autre part, des parcours de médication des patients, en interrogeant la place de ces médicaments dans leurs parcours de vie et de santé. Cette recherche analyse les difficultés rencontrées par les médecins dans le processus de prescription (et notamment d'arrêter ou de continuer lorsqu'ils ne sont pas à l'origine de l'initiation), et celles liées à l'usage prolongé, régulier ou récurrent, par les patients.

Dans la première partie, l'étude analyse l'existence de trois positionnements différenciés des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des situations impliquant un opioïde antalgique qu'ils et elles identifient comme problématiques. Ces positionnements sont profondément liés au contexte organisationnel d'exercice des médecins :

- Premièrement, une « *internalisation* » des problèmes avec les MOA, quand les professionnels s'engagent en équipe interdisciplinaire et peuvent mobiliser les ressources et les moyens pour les prendre en charge sur place (notamment en MSP).
- Ensuite, une « *externalisation* » des problèmes avec les MOA, lorsqu'une orientation vers des collègues jugés plus compétents est choisie (positionnement adoptée généralement par des professionnels travaillant en cabinets libéraux de manière isolée).
- Enfin, une « *minimisation* » des problèmes avec les MOA (et notamment de leur gravité), lorsque les cas de dépendance ou d'addiction (deux termes qu'ils et elles utilisent sans distinction) sont adressés aux spécialistes de la douleur de manière exclusive (positionnement qui englobe de jeunes diplômés exerçant en centres de santé et des professionnels en fin de carrière ayant exercé principalement en cabinet individuel).

Dans la deuxième partie, l'étude examine les parcours de médication des patients en se focalisant sur deux de leurs demandes particulières : d'un côté, un besoin de soulagement de la souffrance qui accompagne la douleur ; de l'autre, un besoin accru en soins coordonnés. Si un MOA est initialement introduit pour soulager une douleur, la prise se maintient le plus souvent parce qu'elle permet de continuer à répondre aux rôles et aux exigences professionnelles et familiales. Ces patients en difficulté avec leurs traitements sont souvent des femmes qui présentent des cas complexes de chronicisation de la douleur (dans le cadre de comorbidités), résidant en zones rurales et semi-rurales – qualifiées de « déserts médicaux » –, où ils et elles expérimentent une relation distante avec leurs médecins traitants, caractérisée par l'absence d'échange, d'évaluation ou de surveillance thérapeutique.

L'étude montre que les difficultés associées aux pratiques de prescription s'expliquent en tenant compte de l'engagement des médecins généralistes dans la prise en charge d'une dépendance ou d'une addiction médicamenteuse. Elle montre aussi et surtout que la principale difficulté que rencontrent les médecins est due au partage de responsabilités avec d'autres acteurs de la prise en charge. Les difficultés de coopération entre les acteurs du système des soins ont également des effets d'éclatement des parcours de vie et de santé des patients.

INTRODUCTION

Objectifs

L'étude sur les usages de médicaments opioïdes antalgiques (EMOA) a été menée au sein de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), avec le soutien financier du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) de l'Assurance maladie au titre des années 2021 et 2022. Son objectif principal consiste à apporter des éléments de connaissance concernant les pratiques de prescription et les pratiques d'usage de ces médicaments, en s'intéressant aux difficultés qui y sont liées, notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique¹ non liée au cancer (DCNC) et hors soins palliatifs en France. La douleur chronique a récemment été classée comme une maladie à part entière par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Nicholas *et al.*, 2019). Son caractère chronique (notamment dans le cas d'arthroses, de lombalgies, de céphalées ou de fibromyalgie) encourage une prescription également chronique de médicaments antalgiques qui est mise en question par les organismes sanitaires (HAS, 2022).

Pour répondre à cet objectif, une enquête qualitative par entretiens a été menée. Au total, une cinquantaine d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux populations : des médecins généralistes d'une part, des patients d'autre part. Pour les uns, il s'agit de documenter les pratiques de prescription ; pour les autres, les parcours de médication (de MOA prescrits dans le cadre du traitement d'une DCNC). Il convient de préciser qu'il ne s'agit en aucun cas d'une étude comparative de ces pratiques par rapport à une norme ou à un idéal normatif de « bon usage » du médicament. On ne trouvera donc pas dans ce document de recommandations à destination des professionnels de santé réalisées par d'autres organismes, tels que la HAS (HAS, 2022), l'Académie nationale de médecine (Queneau *et al.*, 2018) ou la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD, 2016).

Tableau I. Récapitulatif des objectifs de l'enquête EMOA

Objectifs du volet « médecins généralistes » (MG)	Objectifs du volet « patients »
Objectif principal : Documenter les pratiques de prescription de MOA des MG.	Objectif principal : Documenter les parcours de médication des patients.
Explorer leurs trajectoires de soin et d'usage des MOA : <ul style="list-style-type: none">■ Évolutions des pratiques de prescription■ Types de situations qui posent problème■ Organisation de la prise en charge de ces situations problématiques	Explorer leurs parcours d'usage, de vie et de santé : <ul style="list-style-type: none">■ Difficultés rencontrées dans un usage prolongé, régulier ou récurrent■ Interactions (dans les sphères médicale, professionnelle, familiale, etc.)■ Changements ou pas de rapport au médicament

Contexte et enjeux

« La classification en trois paliers de l'OMS² devait être spécifique du cancer. En pratique, elle a été utilisée pour tous types de douleurs. On préfère utiliser les termes d'opioïdes "faibles" ou "forts", plutôt que palier 2 ou 3... » (Delage *et al.*, 2019). Publié dans un article récent sur l'utilisation

1. « La douleur chronique est une douleur qui persiste ou est récurrente (disparaît et réapparaît) pendant plus de trois mois ». Ce n'est que récemment que la douleur chronique, ainsi définie, a été ajoutée dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) qui classe pour la première fois la douleur chronique comme une maladie (WHO, 2019).

2. En 1986, l'OMS a créé une classification des antalgiques selon trois paliers à utiliser dans les douleurs cancéreuses puis par extension dans les douleurs nociceptives. L'idée est de proposer une escalade thérapeutique en suivant un ordre précis : « en cas d'échec avec les traitements de palier 1 (aspirine, paracétamol, AINS...), la prescription doit s'orienter d'abord vers les paliers 2 puis, seulement, en cas d'échec de ceux-ci, vers les paliers 3. Cependant l'intensité de la douleur peut également conditionner le choix : en cas de douleur sévère en effet, le recours à un traitement opioïde fort d'emblée peut s'imposer tandis que l'opioïde de palier 2 sera choisi pour des douleurs modérées » (Delage *et al.*, 2019).

des antalgiques opioïdes, ce message clef fait référence à une stratégie de prise en charge de la douleur la plus commune en France. Parallèlement, les organismes de sécurité sanitaire privilégient dans leurs publications les notions d'antalgiques « forts » et « faibles », tout en clarifiant, parfois entre parenthèses, à quels paliers elles correspondent (ANSM *et al.*, 2019 ; HAS, 2022). Pour sa part, la revue médicale Prescrire (référence essentielle pour les généralistes) suggère que la classification des opioïdes « forts » versus « faibles » correspond à un *distinguo* qui ne se fonde ni sur l'efficacité ni sur les effets indésirables des médicaments (Prescrire Rédaction, 2015). Cette revue suggère ainsi que la qualification d'opioïde « faible » est susceptible d'amener prescripteurs et prescriptrices vers une baisse de la surveillance envers ces risques, et qui plus est, de générer des situations de prescription problématiques et une banalisation de leur usage. C'est précisément, et paradoxalement, ce que l'article de Noémie Delage et ses collègues (2019) appelle aussi à retenir, à côté du message cité plus haut.

Les savoirs médicaux et pharmacologiques sont souvent limités et contradictoires (Castel, 2008 ; Fox, 1988 ; Timmermans et Berg, 2003) : la prise en charge de la douleur à l'aide des médicaments antalgiques n'échappe pas à cet aphorisme. Ainsi, sur le terrain, les médecins enquêtés préfèrent utiliser les notions de palier 1 (non opioïdes, comme le paracétamol), palier 2 (ou opioïdes dits « faibles », comme le tramadol, la codéine et la poudre d'opium) et palier 3 (ou opioïdes dits « forts », comme la morphine, l'oxycodone et le fentanyl), pour faire référence à cette classe pharmacologique. C'est la stratégie que ce médecin essaye d'expliquer par écrit à l'enquêtrice :

« J'ai appris à réfléchir en paliers, pas en molécules. Moi, quand tu me parles "d'opioïdes", ça ne me parle pas forcément. Quand j'ai un patient face à moi pour une douleur, je lui fais carrément un dessin, je lui dis : "Il y a des paliers 1'. Bon, je prends l'exemple du Doliprane parce qu'ils connaissent probablement mieux le nom que la molécule, plus ou moins des anti-inflammatoires qu'on va mettre dans certaines situations, pas forcément les deux. "En palier 2, il y a donc du tramadol", et je cite les marques : 'Topalgic, (tramadol), Ixprim, ou de la codéine, (Dafalgan codéiné), Lamaline, Izalgi, (paracétamol et poudre d'opium). En palier 3, il y a de la morphine et, probablement, je ne vais pas vous en mettre tout de suite." » [H-35 (75/93)]

La prise en charge de la DCNC se caractérise par la prescription de ces antalgiques opioïdes. La douleur sous-tend de nombreuses consultations en médecine générale (Tajfel *et al.*, 2002) et accompagne un grand nombre de maladies chroniques³ (Baszanger, 1986, 1991). La médecine générale constitue une médecine ambulatoire de premier recours, susceptible de recouvrir des activités telles que : la coordination des soins en lien avec d'autres professions, l'approche globale des patients, la construction dans la durée de la relation médecin-patient, une mission d'éducation thérapeutique en lien avec une responsabilité de santé publique (Bloy et Schweyer, 2010). Si, en 2004, la médecine générale est reconnue comme spécialité médicale, elle a toujours une place singulière dans le monde médical et dans la chaîne thérapeutique, se chargeant du « tout-venant », sans filtrage à l'entrée (Rosman, 2010), sans focaliser son activité sur un organe ou un problème de santé (Baszanger *et al.*, 2002). Premier motif de consultation, la douleur constitue une préoccupation, voire un impératif de prise en charge dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Les médecins généralistes sont ainsi en tête en termes de prescriptions d'opioïdes antalgiques (ils prescrivaient 86,3 % des opioïdes « faibles » et 88,7 % des opioïdes « forts » en 2017) (ANSM *et al.*, 2019). Ces médicaments ont une large palette d'indications dans le traitement symptomatique des douleurs modérées à intenses. De ce fait, ils sont largement utilisés pour traiter les DCNC (d'arthroses, de lombalgies, de céphalées ou de fibromyalgies) en médecine ambulatoire (ANSM *et al.*, 2019 ; HAS, 2022 ; SFETD, 2016). Les destinataires d'opioïdes antalgiques sont majoritairement des femmes, que ce soit pour les opioïdes « faibles » (57,7 %) ou pour les opioïdes « forts » (60,5 %). Les utilisateurs et utilisatrices d'opioïdes « forts » sont globalement plus âgés que celles et ceux d'opioïdes « faibles » (d'un âge médian de 64 ans et 52 ans, respectivement) (ANSM *et al.*, 2019).

3. L'étude DANTE (une Décennie D'ANTalgiques En France) révèle que des facteurs tels que la présence de maladies chroniques, la fréquence d'hospitalisations ou la consultation d'un spécialiste (hors médecins généralistes) jouent dans la prescription d'un antalgique opioïde (ANSM *et al.*, 2019).

Le problème que pose le traitement au long cours par des médicaments opioïdes est celui des effets indésirables (risque de dépendance, d'abus, de mésusage, de surdosage et de dépression respiratoire pouvant conduire au décès) (ANSM *et al.*, 2019 ; Cadet-Tairou *et al.*, 2019 ; HAS, 2022). L'accroissement exponentiel de leur consommation dans les DCNC a été mis en lien par l'OMS avec le phénomène de surdoses mortelles dans le monde, souvent renvoyé à la « crise des opioïdes » que connaissent les États nord-américains depuis les années 2010 (ANSM *et al.*, 2019 ; Obradovic, 2018 ; Pryma, 2022 ; Robert *et al.*, 2023), et avec une politique de lutte contre la douleur (Díaz Gómez et Milhet, 2021 ; Pryma, 2022). En France, les pouvoirs publics et les organismes sanitaires ont une double préoccupation concernant ce phénomène⁴ : éviter leur impact en termes d'intoxications, d'hospitalisations et de décès (Chenaf *et al.*, 2019 ; Obradovic, 2021) et veiller à une prise en charge suffisante de la douleur (SFETD, 2017). L'un des facteurs déterminants qui a été identifié est l'insuffisance de la formation médicale des généralistes à la prescription, à la prévention d'une dépendance et à la prise en charge d'une addiction (Beck *et al.*, 2013 ; Darmon *et al.*, 2015 ; Lépine *et al.*, 2022). Un autre facteur est la sous-estimation de la douleur, à l'origine d'un sous-traitement qui pose aujourd'hui la question d'une prise en charge de qualité à l'attention des femmes (Pagán, 2018), des personnes âgées (Rat *et al.*, 2014), des personnes présentant des comorbidités et des usagers ou anciens usagers de drogues (Dassieu et Roy, 2020). S'y ajoutent les difficultés de coopération entre partenaires de la prise en charge : des patients avec les médecins, entre médecins (généralistes, addictologues, spécialistes de la douleur, spécialistes d'organe, etc.), avec d'autres professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, etc.), pharmaciens et infirmiers. Loin d'être « *un alignement de partenaires que l'on décrète complémentaire* », les professionnels des soins qui travaillent en réseau « *se sont choisis pour leur capacité à faire coexister, de manière plus ou moins harmonieuse, leurs logiques respectives de fonctionnement* » (Bergeron, 2001, p. 59).

Ces constats amènent à explorer les pratiques de prescription et d'usage et à analyser la juxtaposition faite entre la douleur chronique – qu'elle soit identifiée comme pathologie, symptôme d'une maladie sous-jacente ou d'un sevrage – et l'usage récurrent, régulier et/ou prolongé des MOA, qu'il soit ou non ressenti comme « problématique » par les personnes enquêtées.

Les résultats d'études et rapports sur la douleur chronique apportent déjà des connaissances pouvant être mobilisées pour préciser le contexte dans lequel les pratiques d'usage se chronicisent. Les douleurs chroniques présentent trois caractéristiques notables qui aident à réfléchir aux pratiques d'usage : une réponse insuffisante au traitement, une capacité d'accumulation (des douleurs ou de pathologies douloureuses), et un retentissement sur les activités journalières, au domicile comme à l'école ou au travail (HAS, 2010). L'Académie nationale de médecine estime qu'il y a « *près de 20 millions de Français (environ 30 % de la population adulte) souffrant de douleurs chroniques rebelles aux traitements antalgiques conventionnels* » (Queneau *et al.*, 2018). Beaucoup souffrent de divers types de douleurs en même temps et sont amenés à être suivis au long cours en médecine générale (HAS, 2010 ; Tajfel *et al.*, 2002). Si les structures spécialisées dans la douleur chronique (SDC) sont de plus en plus sollicitées (HAS, 2008), les personnes douloureuses chroniques sont surreprésentées aux urgences (Breivik *et al.*, 2006 ; McLeod et Nelson, 2013 ; Robledo, 2019). La douleur chronique compte parmi les principales causes d'invalidité dans le monde (Zimmer et Rubin, 2020) et peut ainsi générer une suite en cascade de problèmes professionnels, sociaux et économiques (Zajacova *et al.*, 2021). Étudier les pratiques d'usage de MOA signifie s'intéresser aux différentes dimensions de la vie de la personne, au-delà de ses problèmes de santé.

Les caractéristiques de l'organisation de l'offre de soins en France sont importantes à rappeler puisque les modalités de la distribution et de l'accès aux soins influent sur la consommation de médicaments. Le système de soins se caractérise par la division entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire (ou « médecine de ville »), et par le caractère libéral de l'exercice de la médecine. Dans le secteur ambulatoire, les prescriptrices et prescripteurs sont principalement des médecins libéraux, à la fois généralistes et spécialistes. Des principes bien définis de la médecine

4. Entre 2004 et 2017, la prévalence annuelle de l'usage d'opioïdes a augmenté en France, de 123 % pour le tramadol, 150 % pour la codéine, 104 % pour les opioïdes « forts » – dont une augmentation « très significative » pour l'oxycodone (1950 %, c'est-à-dire multiplié par 19,5). L'usage des opioïdes « forts » dans les douleurs chroniques non cancéreuses a augmenté de 88 % (Chenaf *et al.*, 2019).

libérale⁵ régissent la médecine de ville (liberté de choix du médecin par le patient⁶, paiement direct par l'assuré, liberté d'installation, liberté de prescription, etc.), ce qui représente la liberté d'autonomie d'un groupe organisé (Arliaud, 1987 ; Herzlich, 1982). Les spécialistes exercent pour une grande majorité d'entre eux dans des cabinets de ville, mais ils ont souvent une activité mixte libérale et hospitalière (salariée). L'activité des médecins exerçant en ville est principalement payée « à l'acte ». Dans ce système de rémunération, les prescripteurs ont plus intérêt à multiplier les actes qu'à élargir le temps de la consultation. Un autre trait distinctif de la médecine générale est l'hétérogénéité des modalités d'exercice. Exerçant historiquement de manière isolée, les médecins généralistes sont depuis quelques années de plus en plus majoritaires à exercer en cabinet de groupe⁷.

L'étude des pratiques d'usage des MOA dans la douleur chronique se situe également dans le contexte de transformations de la médecine de ville (Ferrand, 2003 ; Robelet *et al.*, 2005), avec l'émergence et le développement récents de nouveaux réseaux d'acteurs, comme les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁸, dispositifs au service d'un nouvel objectif de coordination (Bloch et Hénaut, 2014 ; Moyal, 2020) qui amène à interroger les enjeux de la coopération entre les acteurs du système de santé (Bouzige, 2020 ; Cachard, 2020 ; Moyal et Fournier, 2022 ; Ramond-Roquin *et al.*, 2020). En raison du cloisonnement des prises en charge en médecine de ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social depuis de nombreuses années, une implication importante de la personne dans sa propre prise en charge est devenue nécessaire et inévitable (Bloch et Hénaut, 2014 ; HCSP, 2009). La communication entre professionnels de santé est une question qui se pose avec acuité dans les cas d'addiction aux antalgiques opioïdes (Brousse *et al.*, 2019) ou de détournement du médicament de son usage médical (mésusage), repérés chez des publics distincts de la clientèle habituelle des Centres de soins spécialisés en addictologie (CSAPA) (Benner et Robinet, 2021 ; Couteron et Delille, 2019). Ce sont aussi ces enjeux que cette étude aborde de manière transversale.

Questionnements et hypothèses

La prescription et la prise de médicaments sont deux types de pratiques d'usage qui méritent des questionnements et des hypothèses différenciés.

Les pratiques de prescription médicamenteuse, notamment du point de vue des médecins, sont un objet encore peu exploré dans le domaine des sciences sociales en France. Les facteurs subjectifs qui sous-tendent la relation médecin-patient, les déterminants professionnels, socio-culturels, économiques (Eberhart, 2020 ; Eberhart et Legrand, 2022 ; Vega, 2012) et organisationnels qui structurent les décisions médicales (Bergeron et Castel, 2010 ; Duprat, 2021) ont été interrogés pour comprendre les logiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes (Rosman, 2010). Une revue de la littérature internationale concernant le recours aux antalgiques opioïdes constate que les médecins sont confrontés à la difficulté d'arrêter ces médicaments conjointement avec le patient, face au manque d'alternative pharmacologique pour soulager certaines douleurs, notamment chroniques (Díaz Gómez et Milhet, 2021). De plus, il est souvent noté que, par leur connaissance de l'histoire du patient et son contexte familial et social, les médecins généralistes sont les mieux placés pour poser le diagnostic de rapport problématique à un produit, réaliser le suivi et accompagner le sevrage. Or, ces médecins peuvent avoir des difficultés à identifier et gérer les dépendances potentielles auxquelles sont exposés leurs patients, d'autant plus qu'ils sont immergés dans la « *culture de banalisation de la consommation* » de produits psychoactifs (notamment alcool et tabac) et que leurs représentations des conduites addictives infléchissent leurs pratiques (Haxaire *et al.*, 2003).

5. L'article L162-2 du Code de la sécurité sociale garantit le respect de ces principes : « [...] le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971. »

6. Dans le cadre du plan Douste-Blazy, la loi du 13 août 2004 prévoit la création du parcours de soins coordonnés, avec pénalisation financière des assurés ne passant pas par le médecin traitant.

7. Selon une étude de la DREES, plus de 80 % de ces médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe (Chaput *et al.*, 2019).

8. En France, depuis 2016, une CPTS est une structure d'exercice coordonnée qui permet la structuration des soins de proximité dans un territoire défini.

Parmi ces travaux, il n'y a pas d'études analysant la manière dont les facteurs de la décision de prescrire ou déprescrire des MOA s'inscrivent dans les trajectoires de prescription : quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le processus de prescription de MOA ? Quelles sont les situations problématiques⁹ auxquelles ils et elles se confrontent ? Et quels sont les éléments pris en considération ou négligés dans les processus de prescription et déprescription de ces médicaments ?

Une caractéristique fondamentale du médicament est qu'il possède deux visages, présentant une face de méfiance et une face de bienfaisance (Bonah et Rasmussen, 2005 ; Fainzang, 2007). C'est aussi ce que suggère la revue de littérature sur les expériences d'usage de MOA par les patients, à savoir que le regard porté sur ces médicaments est double : d'un côté, ils représentent la « *sûreté* », parce qu'ils sont prescrits dans le cadre thérapeutique sous l'autorité médicale ; de l'autre, ils font l'objet de suspicions vis-à-vis de leurs « *risques* » (Díaz Gómez et Milhet, 2021). Ainsi, cette revue invite à approfondir l'étude des pratiques d'usage du point de vue des patients, en examinant des processus et des parcours aux termes desquels la prescription d'un médicament opioïde à visée antalgique devient problématique pour eux. Il reste donc à explorer les expériences d'usage vécues par des patients à qui des MOA ont été prescrits dans le cadre thérapeutique. Ont-ils ou ont-elles des difficultés liées à leurs usages ? Si oui, lesquelles et comment sont-elles vécues et surmontées ? Comment des rapports particuliers d'usage de MOA s'inscrivent dans les contextes de soin et de vie des individus ? Quels sont les événements de la vie (médicale, sociale, familiale, professionnelle) permettant d'identifier des changements dans ce parcours médicamenteux ? Quels sont les facteurs qui encouragent à continuer ou qui empêchent d'arrêter la prise du médicament ?

Afin d'aborder toutes ces questions, l'enquête a été déclinée en deux volets. Le premier, concernant les pratiques de prescription des médecins, s'interroge sur les facteurs qui structurent la décision de prescrire et déprescrire en situations problématiques et sur la manière dont cette décision s'inscrit dans leurs configurations sociales de soins (c'est-à-dire de relation avec les autres professionnels dans la chaîne thérapeutique) et dans leur expérience de prescription, c'est à dire d'usage de médicaments (type de produits que l'on prescrivait auparavant et ceux que l'on privilégie aujourd'hui, etc.). Les hypothèses de départ résident dans l'idée que la relation avec les patients, mais aussi le poids de l'expérience, les sources d'information et l'organisation des prises en charge entre plusieurs intervenants (y compris la capacité de travail en réseau ville-hôpital/médico-social¹⁰) infléchissent l'appréhension de situations problématiques et les réponses qui lui sont apportées.

Le deuxième volet, concernant les parcours de médication des patients, s'appuie sur leurs propres « *vécus* » pour interroger la place des MOA dans leurs parcours de vie et de santé. Informer ces parcours revient ainsi à explorer non seulement les difficultés rencontrées, mais aussi les raisons de la chronicisation des pratiques d'usage. L'hypothèse sous-jacente recouvre l'idée selon laquelle les processus d'entrée, de maintien et de sortie d'un rapport d'usage de médicaments reflètent et révèlent des rapports particuliers au système de soins (les relations aux professionnels médicaux et paramédicaux) et à l'environnement social, professionnel et familial (amis, collègues, proches, etc.).

Les questionnements empiriques soulevés dans cette étude répondent au besoin de recherches sur la prescription des médicaments opioïdes à visée antalgique et sur les parcours et modes de prise en charge de patients en difficulté avec ces médicaments, notamment dans le cadre médical. Cette étude répond également au besoin, identifié dans le Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022) (MILDECA, 2018), de réfléchir aux actions en direction des patients devenus dépendants aux opioïdes, afin de prévenir les surdoses.

9. La notion de « situation problématique » tient compte de la manière dont elle est définie par les personnes enquêtées. Du point de vue des médecins : qu'est-ce qui pose problème pour prescrire ou déprescrire (y compris évaluer l'intérêt de renouveler) un MOA ? Comme indiqué dans la section dédiée à la méthodologie d'enquête, les médecins ont suivi la consigne de préparer, en amont de l'entretien et en s'appuyant sur le dossier des patients, des cas qu'ils et elles considéraient comme problématiques.

10. La formulation fait référence à la coordination des différents intervenants dans la prise en charge des patients entre les professionnels en ville (généralistes, spécialistes – psychologues, addictologues – pharmaciens, etc.), les services hospitaliers, la consultation douleur ou les Structures douleur chronique (SDC), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Méthodologie

Méthodes d'enquête

L'EMOA est une étude qualitative en sciences sociales. Avant d'aborder les deux volets de l'enquête (« *pratiques de prescription des médecins généralistes* » et « *parcours de médication des patients* »), il faut préciser que si le premier s'appuie sur des « *cas de patients ayant des rapports problématiques avec un MOA* » préparés en amont par les médecins, et plus généralement sur les pratiques « passées et actuelles » permettant d'explorer une certaine évolution au cours du temps, le volet « patients » s'appuie plus fortement sur une approche biographique. Il s'agit d'une méthode rétrospective où l'échange porte sur les expériences vécues, qui sont remémorées lors de l'interaction d'enquête (Dubar et Nicourd, 2017). L'entretien biographique est utile pour explorer les changements ou les ruptures dans les parcours de vie. Ce type d'entretien privilégie à la fois la compréhension des raisons structurelles ou des déterminants structurels (liés au contexte socio-historique, générationnel, professionnel...) et des logiques d'acteurs ou des raisons subjectives (le sens donné par les acteurs) (Bertaux, 1997 ; Denave, 2006).

L'entrée sur le terrain a bénéficié de l'expérience de l'enquêtrice et auteure de ce rapport¹¹ qui, par sa familiarité avec les préoccupations et difficultés auxquelles font face les médecins généralistes dans leurs pratiques de prescription médicamenteuse, a réussi à les faire participer à l'enquête. Le suivi des « demandes » (notamment celle de préparer des cas critiques en amont de l'entretien en s'appuyant sur le dossier des patients) a été obtenu pour une grande partie d'entre eux. C'est cette capacité à « faire parler » et à recréer une situation d'entretien propice, générant références aux événements significatifs, et non pas l'entretien biographique en soi, qui a été déterminante pour obtenir de bons récits des pratiques (Peneff, 1994).

Plusieurs mesures ont été mises en place afin de surmonter les limites de la méthode par entretiens biographiques, tels que les « *effets de reconstruction* » de l'histoire après l'événement (Grossetti, 2006) : un minimum de temps d'échange d'une heure, des supports matériels, ou du moins des outils révélateurs de la mémoire individuelle (ordonnances, dossiers, etc.), des prises d'information répétées (avec un deuxième entretien lorsque cela a été possible).

Concernant les notions utilisées dans les grilles d'entretien, le projet a fait le choix de respecter les catégories mobilisées par les acteurs et de ne pas induire des réponses. Ce parti-pris méthodologique s'est fait à l'instar des études qualitatives ayant pour ambition de souligner une multiplicité d'usages des médicaments et de saisir le point de vue des enquêtés en restant fidèle à leurs manières de nommer (Haxaire *et al.*, 1998 ; Haxaire, 2002 ; Le Moigne, 1998).

Outils théoriques

Avant d'aborder les études sociologiques qui permettent de réfléchir aux pratiques de prescription et d'usage de MOA, il est important de comprendre la position sociale du médicament.

Le médicament : un produit pas comme les autres

Le médicament est un produit pharmaceutique, en d'autres termes une marchandise industrielle élaborée par des laboratoires pharmaceutiques et, en même temps, « *une marchandise pas comme les autres* » (Gaudillière, 2005), notamment en raison de leur conformité aux normes locales de production sécurisée et aux règles de commercialisation, dont la plus importante est l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Les opioïdes antalgiques sont des médicaments à prescription obligatoire. Une partie des antalgiques de la classe pharmacologique des opioïdes, dits « *faibles* » (tramadol, poudre d'opium, codéine, dihydrocodéine et nalbuphine) sont des médicaments inscrits sur la « liste des substances

11. Expérience significative de l'auteure dans la réalisation d'entretiens auprès de médecins, notamment généralistes, réalisée dans sa thèse de doctorat de sociologie sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins œuvrant en cabinet de ville, en Ehpad et en milieu hospitalier (Duprat, 2021).

vénéneuses », ce qui signifie qu'ils sont délivrés uniquement sur prescription médicale (HAS, 2022). Une autre partie des opioïdes, dits « forts » (morphine, fentanyl, sufentanil, oxycodone, hydromorphone, buprénorphine et méthadone), classés stupéfiants (et assimilés) sont disponibles exclusivement sur prescription médicale réalisée sur ordonnance sécurisée, dans le cadre de deux catégories d'indications : antalgie et substitution aux opioïdes¹². Les opioïdes agissent dans les zones du cerveau responsables du soulagement de la douleur, via les récepteurs d'opiacés¹³. Les principaux risques liés à l'utilisation des opioïdes (HAS, 2022) sont le risque de surdosage (pouvant provoquer une dépression respiratoire allant jusqu'à l'arrêt respiratoire et au décès), les risques liés aux interactions médicamenteuses (notamment avec le paracétamol) et autres interactions (notamment avec l'alcool, qui majore le risque de dépression respiratoire et de coma), et les risques de dépendance physique et de troubles de l'usage (du fait des propriétés psychotropes des opioïdes). Des effets indésirables sont également possibles, comme la stimulation de l'humeur, le sentiment d'euphorie, les nausées, les vomissements, la constipation, etc. (HAS, 2022). Une étude sur les usages sociaux des médicaments psychotropes montre que leur recours chronique peut avoir différentes causes (physiologiques, environnementales ou associée à une défaillance personnelle) et différentes formes (recours « circonstanciel », « fataliste » ou « contradictoire ») (Le Moigne, 2008). Les médicaments antalgiques opioïdes ont des « propriétés psychotropes » (HAS, 2022) et, au même titre que les anxiolytiques, ils sont des « médicaments de l'attachement par excellence » (Noguez, 2017). En effet, ces médicaments font l'objet d'attachements pratiques et symboliques (Callon *et al.*, 2000), concernant la marque (synonyme de qualité du produit), la couleur, la forme, le goût, mais aussi par l'expérience singulière et unique de leurs effets (Noguez, 2017).

Outils de réflexion sur les pratiques de prescription et d'usage

La complexité de l'étude EMOA amène à croiser au sein de la sociologie différents regards et différentes approches. La réflexion mobilise les outils de la sociologie du parcours de vie et l'approche biographique, la sociologie des drogues et la sociologie de la santé – et, notamment, la sociologie de l'action organisée et la sociologie des professions médicales.

Les différentes « sphères de la vie sociale (travail, famille, médecine...) » se voient dérégées par la chronicisation de la maladie (Baszanger, 1986). Les interactions et négociations entre acteurs de la sphère privée et familiale (les parents, les enfants, proches et amis, etc.), de la sphère médicale (les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, etc.) et le contexte professionnel (relations avec les collègues, etc.) sont cruciales pour expliquer les changements du rapport aux MOA au cours d'un parcours de vie et de santé. La réflexion s'appuie sur la sociologie du parcours de vie et l'approche biographique, afin d'appréhender ces changements de rapport au médicament au cours d'un parcours de médication. Ces changements peuvent aussi être lus à l'aide de la sociologie des drogues comme faisant partie des « processus d'initiation, de continuation et de cessation de la consommation d'un produit » (Bennett, 1986 ; Bergeron, 2009) du côté des patients.

La sociologie de la santé et des professions médicales est utile pour comprendre les représentations et les raisonnements pratiques des médecins (Baszanger *et al.*, 2002 ; Bloy et Schweyer, 2010 ; Rosman, 2010 ; Vega, 2012). Les études et résultats qui s'y rattachent sont donc mobilisés pour explorer les facteurs qui interviennent dans les changements de représentations et d'usages de MOA au cours d'une trajectoire de prescription. Enfin, pour mieux comprendre les « logiques professionnelles d'organisation des soins », et plus spécifiquement de prise en charge de cas problématiques, l'analyse croise des approches de la sociologie médicale et certains éléments repris à la sociologie des organisations (Bergeron, 2001 ; Bergeron et Castel, 2010 ; Castel, 2005).

La mobilisation de notions de parcours, de configuration des rapports sociaux, de coopération ou de conflit entre acteurs des soins au sens large (médecins, infirmiers, pharmaciens, patients, familles et proches) inscrit cette recherche dans la perspective interactionniste des sciences sociales (Bergeron et Castel, 2015 ; Strauss, 1985).

12. La buprénorphine et la méthadone possèdent, en plus d'une indication antalgique, une indication dans le traitement substitutif de la « pharmacodépendance » aux opioïdes et sont alors appelées « médicaments de substitution aux opioïdes » (MSO) (HAS, 2022).

13. Ces récepteurs modulent plusieurs fonctions, dont la réponse à la douleur, au stress, et le contrôle des émotions.

Sources

Ce travail s'appuie principalement sur les récits de pratiques de prescription de MOA recueillis auprès de médecins généralistes (MG) et sur les récits d'expériences d'usage de ces médicaments par des patients et patientes.

Enquête par entretiens auprès de médecins généralistes

L'enquête auprès des médecins généralistes prend pour objet les pratiques de prescription (passées et actuelles) pour explorer les situations problématiques de prescription. Il sera question d'examiner les facteurs qui interviennent dans les changements (ou non) de prescription de différents types de médicament (codéine, tramadol, morphine, etc.). Il sera également question d'analyser la manière dont la décision de prescrire, de modifier une prescription ou de déprescrire s'inscrivent dans une configuration des rapports particuliers à l'information sur les médicaments, aux patients, aux pairs et aux autres professionnels de soins (y compris le degré de coordination entre ville-hôpital-médico-social).

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 23 médecins généralistes : l'échantillon est composé de 13 femmes et 10 hommes, appartenant pour la plupart à la jeune génération de médecins généralistes¹⁴. Quatre médecins ont été interviewés deux fois au cours de l'enquête.

Afin d'accéder à des pratiques professionnelles diversifiées, les médecins ont été recrutés dans différents contextes organisationnels d'exercice : Centre de santé (CS), cabinet libéral de médecine générale, MSP (regroupées ou pas en Pôle de santé), Ehpad (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), Foyer social pour personnes âgées et réseau de soins complexes du Dispositif d'appui à la coordination (DAC). Certains médecins travaillent parallèlement en CSAPA, en Institut médico-éducatif (IME), en Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), et en Centre de contraception et d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) à l'AP-HP. Leurs modes d'exercice sont également variés : 12 médecins ont un exercice salarié (10 femmes de 28 à 45 ans et 2 hommes de 35 et 61 ans), 9 ont un exercice libéral (7 hommes de 32 à 43 ans et 2 femmes de 35 et 63 ans) et 2 ont une activité mixte, libérale et salariée (2 hommes de 35 et 50 ans).

Par ailleurs, à titre complémentaire, deux médecins urgentistes (hommes de 30 et 46 ans, AP-HP) et une médecin anesthésiste (femme, 41 ans, en service de consultations douleur à l'AP-HP) ont été interviewés. Ces trois personnes exercent en tant que salariés. [Voir la liste des professionnels interrogés en Annexe 2].

Enquête par entretiens auprès des patients

Le volet « patients » cherche à documenter les parcours d'usage, c'est-à-dire de prise du médicament, en explorant les parcours de vie (vie privée et environnement social) et de santé (sphère médicale) des individus.

La notion de « parcours » a l'ambition de rendre compte de l'interaction entre les différentes dimensions de la vie de la personne – dépassant ainsi les dimensions de son état de santé – et son « *cheminement* » dans le système des soins. La dimension sanitaire, bien sûr, mais aussi l'environnement professionnel, social, familial, etc., ainsi que les interactions entre les différentes pathologies ou problèmes de santé (Bloch et Hénaut, 2014) sont explorées. Ceci d'autant plus qu'il s'agit de personnes présentant plusieurs diagnostics de manière simultanée (comorbidité).

Des entretiens semi-directifs d'une heure à trois heures ont été conduits avec 25 patientes et patients ayant reçu des prescriptions de MOA dans le cadre de la prise en charge d'une DCNC, et rencontrant des difficultés avec leurs traitements. Trois personnes ont été interrogées deux fois au cours de l'enquête.

14. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, parmi les « jeunes » médecins généralistes (les moins de 40 ans), les femmes représentent 65 % (Bouet, 2020).

L'échantillon est composé de 18 femmes et 7 hommes (la prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée parmi les femmes que chez les hommes¹⁵ ; les femmes sont aussi en tête de l'utilisation d'analgésiques opioïdes sous ordonnance et ont été plus nombreuses que les hommes à répondre à l'enquête). La majorité des femmes ont entre 38 et 55 ans. Les sept hommes sont âgés de 36 à 58 ans. La méthode de recrutement (voir ci-après) a permis la réalisation d'entretiens auprès de personnes habitant en zones rurales, semi-rurales et urbaines de différentes régions du territoire français (Île-de-France ; Auvergne-Rhône-Alpes ; Bourgogne-Franche-Comté ; Normandie ; Bretagne ; Occitanie ; Hauts-de-France, et la Polynésie française)¹⁶.

Les parcours de soins des personnes enquêtées se caractérisent par la multiplicité et la superposition de problèmes de santé traités par MOA. L'ensemble des patients et patientes interviewés présentent des comorbidités, et notamment des problèmes de santé qui se surajoutent à un problème initial : un traumatisme physique (résultant d'un accident du travail, de la route, domestique ou autre), des opérations chirurgicales, des amputations des membres, un diagnostic de maladie chronique (arthrose, troubles fonctionnels, fibromyalgie, troubles psychologiques, etc.), une grossesse médicalisée (ou des complications survenues en cours de grossesse). Ces problèmes sont toujours accompagnés de douleurs, de fatigue, de stress et/ou de dépression. Ces personnes s'appuient sur différentes sources d'information sur la santé et les médicaments (les maladies, les douleurs et les médicaments), dont les principaux sont la consultation médicale, les sites web d'associations de patients atteints de douleurs chroniques, les pharmaciens et les notices des médicaments.

Tableau 2. Récapitulatif des caractéristiques des deux volets d'enquête

Entretiens semi-directifs auprès de 26 médecins prescripteurs	Entretiens semi-directifs auprès de 25 patients
<ul style="list-style-type: none"> ■ D'une durée variant de 50 min. à 3 h ■ Un deuxième entretien (quand il a été possible) ■ En présentiel ou en visioconférence ■ Transcrits intégralement et codés à l'aide du logiciel NVivo 	
<p>23 médecins généralistes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 13 femmes et 10 hommes ■ Entre 28 et 61 ans ■ Différents types de contextes (Cabinet de groupe, CS, MSP, etc.) et d'exercice (salarié, libéral, mixte) en Île-de-France, à Grenoble et à Strasbourg (en zones urbaines et semi-rurales) <p>3 entretiens auprès de médecins exerçant en milieu hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 médecins urgentistes (hommes) ■ 1 anesthésiste, consultations douleur (femme) 	<p>25 patientes et patients</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 18 femmes et 7 hommes ■ Entre 38 et 55 ans (3 ont moins de 37 ans et 1 a 56 ans) ■ Zones urbaines, rurales et semi-rurales (Île-de-France ; Auvergne-Rhône-Alpes ; Bourgogne-Franche-Comté ; Normandie ; Bretagne ; Occitanie ; Hauts-de-France) ■ Usage chronique d'opioïdes : 5 ans et + <p>1 entretien supplémentaire auprès d'une infirmière exerçant en CSAPA</p>
<p>Technique de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en contact avec 3 réseaux de MG différents ■ Lettre (demande spéciale) ■ Méthode « boule de neige » 	<p>Technique de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Affiche diffusée sur des sites internet d'associations et réseaux de patients, en pharmacie, en CS, Centre dentaire, réseau de l'OFDT... ■ Accroche : « Vous rencontrez des difficultés avec vos traitements antidouleurs... »

15. Sur cette question voir : HAS, 2009 ; INSERM, 2021.

16. Afin de représenter le recours aux soins en tenant compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins dans le territoire, ce travail s'appuie sur les documents suivants : Legendre, 2021 ; Lucas-Gabrielli et Mangeney, 2019.

En ce qui concerne les caractéristiques de l'usage de MOA, la majorité des personnes interviewées peuvent être considérées comme « *consommateurs au long cours* » (Le Moigne, 2008), c'est-à-dire dont le recours est supérieur à cinq ans, avec des consommations qui peuvent s'étendre sur plus de vingt ans. De plus, les personnes interrogées se différencient par leur degré d'intégration sociale (certaines connaissent différentes formes d'isolement social). Pour une partie d'entre elles, leur déménagement ou le décès du médecin traitant amènent à des changements dans leurs parcours de santé, mais aussi à un éclatement des prises en charge. Certaines sont toujours (au moment de l'enquête) à la recherche d'un médecin traitant parce qu'elles habitent en zones sous-dotées ou parce que les professionnels ne sont pas disponibles. En complément, un entretien a également été conduit auprès d'une infirmière (femme âgée de 41 ans) travaillant dans un CSAPA. [Voir la liste de patients interrogés en Annexe 4]

Protection de l'anonymat et de la confidentialité

Toutes les personnes ayant participé à cette étude sont anonymisées (noms, prénoms, lieux et établissements pouvant être mis en lien avec une personne). Tous les entretiens ont été enregistrés en support audio avec l'accord préalable de la personne et retranscrits intégralement. Un codage opérationnel, consistant à assigner une lettre et un numéro à chaque individu permet d'identifier les citations. Les professionnels de santé sont identifiables par leur profession, leur sexe, leur âge et les deux premiers numéros du code postal de leur lieu d'exercice. Par exemple : [H-56 (95)], pour un médecin généraliste, homme de 56 ans, travaillant dans le Val d'Oise. Les patients usagers d'antalgiques opioïdes seront identifiés par leur sexe, leur âge et leur localisation. Par exemple : [F-62 (75)], pour une patiente, femme de 62 ans, résidant à Paris.

Les patients ayant accepté de transmettre leurs ordonnances de médicaments ont scanné ce document en cachant leurs noms et coordonnées, ainsi que les noms et coordonnées des médecins et des établissements (nom d'hôpital ou de clinique), avec un pense-bête ou par le biais d'une technique de dessin sur écran.

PRATIQUES DE PRESCRIPTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

L'étude EMOA documente les pratiques de prescription du point de vue des médecins en explorant les facteurs de décision de prescription (et de déprescription), sans se limiter à la relation entre médecin et patient. Outre les manques de formation à la prescription et/ou d'expérience en addictologie, l'analyse montre que les difficultés rencontrées tiennent surtout aux difficultés de coopération entre les acteurs du système de soins. L'enquête EMOA permet de rendre compte d'une pluralité de pratiques de médecins généralistes, en soulignant le rôle crucial des contextes d'exercice des médecins (cabinet libéral, maison de santé, centre de santé, etc.) dans la mise en relation des acteurs de soins, dans le renforcement de leur capacité d'agir sur des cas critiques et de s'engager dans la prise en charge d'une dépendance ou d'une addiction médicamenteuse.

Évolution des habitudes de prescription : représentations et usages de MOA

Cette première partie de l'enquête EMOA indique les éléments qui structurent la décision de prescrire et déprescrire des MOA. Ces facteurs sont intéressants à étudier dans la mesure où ils sont susceptibles d'anticiper des changements dans la représentation et les usages de ces médicaments.

Le rôle structurant du travail collectif dans les pratiques de prescription

Le rôle du collectif dans l'apprentissage initial de la prescription

Le contexte organisationnel d'exercice des médecins est un facteur susceptible de structurer l'apprentissage de la prescription de MOA.

À quel moment de leur parcours ont-ils appris, voire commencé, à les prescrire et pour quels types de situations ? De manière unanime, les médecins disent avoir commencé à prescrire pendant les dernières années de leur formation initiale. L'internat (ou stages de 3^e cycle), au cours de cette « *formation initiale* », est un moment déterminant dans l'apprentissage de la prescription. Celui-ci s'effectue de manière privilégiée dans un service hospitalo-universitaire ou dans un service de gériatrie. Les jeunes médecins sont donc rapidement socialisés à la prescription de MOA, et notamment de la morphine, pour la prise en charge de situations complexes, dites aiguës (urgences, oncologie et soins palliatifs) :

« Pour la prise en charge des patients avec des cancers en phase plutôt terminale : en gériatrie. Je devais être en deuxième année d'internat. » [F-38 (93)]

« C'était notamment pour des personnes en situation d'urgence, des personnes qui ont subi un traumatisme, une fracture. » [F-35 (92)]

L'internat est un moment singulièrement « *pratique* » de leurs études de médecine, mais celui-ci ne leur permet pas d'affirmer avoir eu une « *bonne formation* » ou d'assumer la décision faite lors du choix du médicament prescrit. Des relations de pouvoir et d'interdépendance entre les acteurs¹⁷ du milieu hospitalier et avec ceux de l'extérieur encouragent à procéder à la prescription d'un type spécifique de produit. Les maîtres de stage et les visiteurs médicaux des firmes pharmaceutiques jouent un rôle majeur dans l'apprentissage de la prescription :

« Après, cela a toujours été pour moi un flou le plus total, avec les équivalences [...] pendant l'internat, j'ai dû passer des coups de fil à mes maîtres de stage pour vérifier avec eux le dosage, et comment on initiait. Sinon, je n'ai pas eu de vraie formation dédiée à ça. » [F-28 (93)]

17. Dans une organisation où les acteurs sont en interdépendance, le pouvoir est pris au sens d'un « échange déséquilibré de possibilités d'action », c'est-à-dire de comportements entre un ensemble d'acteurs individuels et/ou collectifs (Friedberg, 1993).

« *“Appris à les prescrire” ou “appris à bien les prescrire”* » ? [...] *“Appris à les prescrire”, c’est au tout début de l’internat, quand vous êtes en responsabilité et que vous faites des prescriptions. En général, vous avez les visiteurs médicaux, parce que ce n’est pas une petite question.* » [H-36 (93)]

« *Le rôle des maîtres de stage, c’est important, parce qu’à l’époque, quand j’étais interne, on était invité par les labos, on recevait les labos.* » [F-45 (93)]

« *Au début [on est formés] par les urgences... Du coup, on a tendance à prescrire un peu ce que notre chef prescrit.* » [F-34 (93)]

La distance prise par ces professionnels à l’égard des pratiques de prescription passées et la mise en évidence du rôle joué par le lobbying pharmaceutique suggèrent que, aujourd’hui, ils et elles prétendent garder leur indépendance ou avoir acquis leur autonomie en matière de prescription.

Le travail en équipe vient combler les lacunes de compétences et le décalage entre l’apprentissage initial (en situations hospitalières d’urgence) et les soins de ville, consacrés au suivi de maladies chroniques et à la prise en charge de la douleur chronique¹⁸. Étant donné que l’apprentissage de la prescription de la morphine se fait en situations complexes, certains médecins affirment que leurs habitudes du maniement de la morphine se perdent lors de l’exercice courant en médecine générale :

« *Les situations ne se prêtent pas forcément à ce que j’en prescrive ; pour le moment, en tout cas.* » [F-28 (93)]

« *La morphine, je pense que j’en prescrivais beaucoup plus pendant que j’étais interne [...] aux urgences... peut-être en gériatrie... Là, à l’inverse, en cabinet de médecine générale, je n’ai pas trop l’occasion.* » [F-33 (75)]

La notion de « *travail en équipe* » revient souvent lorsque les médecins parlent de la prescription des MOA. Même si les médecins détiennent l’autorité de prescrire, la décision médicale ne peut être comprise à partir du seul médecin en charge du patient, mais doit être considérée comme un processus collectif et distribué (Bergeron et Castel, 2015). L’enquête montre que, quel que soit le mode d’exercice, la prescription de MOA, et notamment celle de la morphine, est par excellence une décision collective. Plus spécifiquement, l’enquête permet d’identifier deux conditions fondamentales pour assumer, en pratique, la prescription de morphine en exercice de ville.

La première est que le médecin soit accompagné par d’autres professionnels (un généraliste plus expérimenté, un gériatre, l’ancien maître de stage, etc.) :

« [...] *à la fin de ma première semaine en internat, on a fait une décision de non-poursuite des soins. [...] Et comme j’étais bien accompagnée par cette équipe de soins pal, ça m’a... pas mal tranquilisée par rapport aux prescriptions d’après.* » [F-33 (93)]

« *Cela vient aussi du fait qu’on soit une petite équipe et que, de par mon expérience en addictologie, je suis censé avoir un peu plus d’expérience de prescription sur les molécules opiacées. Souvent, c’est moi qui file un coup de main sur ce point aux collègues, et les collègues qui m’en filent sur beaucoup plus que ce que moi je leur en file.* » [H-36 (75)]

La deuxième est que le patient ou la patiente à qui la prescription s’adresse soit accompagné à domicile (par un infirmier, un proche, etc.) :

« *C’est comme cela qu’on bosse : on fait confiance aux collègues. [...] Les infirmières sont prescriptrices. Elles peuvent m’alerter sur le cas d’un patient qui a très mal. [...] Cela me permet par exemple d’introduire un antidouleur et de voir quelques jours après s’il a été efficace et s’il nécessite une adaptation de posologie, ou s’il a des effets indésirables. [...] Chez un patient qu’on*

18. L’apprentissage de la MG à l’hôpital inculque une vision subordonnée de leur métier qui s’incarne dans leurs pratiques vis-à-vis des spécialistes d’organe (Bungener et Baszanger, 2002), et notamment dans leurs pratiques de prescription.

connaît bien, avec lequel il y a une relation, que je connais “par cœur”, parfois je n’ai même pas besoin de l’avoir au téléphone. Avoir un message des infirmières me suffit [...] » [H-36 (75)]

« J’ai aucun problème aujourd’hui à l’initier en ville. Ça, ça va être vraiment sur l’évaluation [...] y a des soignants, des équipes infirmières. [...] Et ça, c’est la force des maisons de santé aussi, on s’engage en équipe. » [H-50 (68)]

Plus les antalgiques utilisés sont conçus comme étant puissants, comme la morphine, plus il est important pour les médecins de réaliser une évaluation rapide des patients pour observer la tolérance et/ou les éventuels effets indésirables, d’où l’importance du système d’acteurs (Duprat, 2021). Si certains médecins gardent contact avec leurs anciens maîtres de stage, considérés parfois comme des « mentors », ou avec les chefs de service de l’hôpital où ils ont fait l’internat, le passage à l’exercice de ville signifie aussi la mise en œuvre d’une autre configuration sociale de soins, c’est-à-dire de mise en relation avec des acteurs qui vont entretenir, de manière plus ou moins harmonieuse, une logique de fonctionnement convenable (Bergeron, 2001). Autrement dit, le passage à la pratique de ville signifie, pour beaucoup de médecins, la construction d’un réseau de soin sur leur territoire d’exercice.

Le rôle du collectif dans la reproduction d’habitudes de prescription

Le contexte organisationnel d’exercice des médecins est un facteur susceptible de structurer le renouvellement de la prescription de MOA dans les premières années d’exercice « en ville ».

Le cas du tramadol est paradigmatique. Ce médicament a été fortement promu par les laboratoires Aventis-Sanofi et fortement prescrit depuis le retrait du marché du Di-Antalvic (dextropropoxyphène) en 2011 (Eberhart, 2022). Le tramadol est, en 2017, l’antalgique opioïde le plus consommé en France, en ville comme à l’hôpital, et le plus impliqué dans les hospitalisations et les décès par surdose accidentelle (ANSM *et al.*, 2019).

Selon les médecins enquêtés, le tramadol est aussi le plus prescrit en sortie d’hospitalisation : « *Ils sortent d’hospitalisation, ils reviennent tous avec du tramadol.* » [F-45 (93)] Cela n’est pas une simple « impression ». Ils se rappellent y avoir largement contribué lors de leur pratique en tant qu’internes : « *Quand je repense aux prescriptions de tramadol, je repense systématiquement à mon passage aux urgences... Et je me dis qu’en fait, il y avait des prescriptions qu’on n’aurait pas dû laisser passer, et on n’aurait pas dû les prescrire aussi facilement.* » [H-32 (92)]

Le tramadol est également décrit comme l’antalgique le plus renouvelé en début d’exercice de ville :

« Par simple habitude, j’avais mis du tramadol. J’avais vu ça pendant tout le semestre. » [F-28 (93)]

« Le chirurgien a dû le prescrire pour un mois et il a dit : “revoir avec le médecin traitant”. C’est souvent comme ça que ça se passe. [...] En fait, ce monsieur était vraiment bien soulagé par l’Ixxprim. Il me demandait de l’Ixxprim parce que ça le calmait, j’étais plutôt contente d’avoir un médicament qui le soulage. » [F-33 (75)]

Au-delà des motifs de renouvellement de la prescription de tramadol donnés par les médecins eux-mêmes, à savoir la reproduction des habitudes prises à l’internat, ou la capacité antalgique du tramadol (parce que les patients disent que cela « *soulage bien* »), il faut souligner les enjeux liés à la coordination des soins. Le premier facteur de renouvellement de l’ordonnance est la dépendance aux praticiens hospitaliers jugés plus spécialisés ou plus compétents (Bloy, 2008 ; Vega, 2011a). En effet, les généralistes ont tendance à adresser leurs patients vers l’hôpital où ils ont fait leur internat (Shortell, 1973) ; Bloy, 2008 ; Vega ; 2011a). L’hôpital est le premier lieu d’exercice de la médecine, synonyme de médecine de pointe et également lieu de recherche, il représente également l’opportunité de côtoyer des spécialistes, parfois de renom (Duprat, 2021). Lorsque les patients reviennent d’hospitalisation pour leur suivi en médecine générale, il est très difficile pour les généralistes de contredire les collègues spécialistes et de remettre en question leurs prescriptions. Le travail d’Anne Vega (Vega, 2011a) met en évidence que la grande majorité des généralistes, du fait d’une survalorisation des savoirs spécialisés et du respect des domaines de compétences

spécialisés, a tendance à renouveler automatiquement les ordonnances des spécialistes, en accordant ainsi par-là une survalorisation aux effets bénéfiques du médicament. Cette dépendance entre collègues se voit également au sein du même segment professionnel (Castel, 2005), dans la relation « *MG / MG en remplacement ou stage* ». Les remplaçants ont tendance à se caler sur les pratiques de prescription des généralistes qu'ils remplacent pour ne pas rompre l'ordre établi. La dépendance se voit aussi entre anciens et nouveaux médecins d'une même structure (par exemple, dans les Centres de santé). Cela se vérifie également dans l'enquête EMOA :

En cabinet libéral : « *C'est une patiente qui est addict au tramadol, qui, en tant que remplaçant, ne me le dit pas les premières fois et d'ailleurs, ce n'est pas marqué dans le dossier. [...] Et donc, je demande à la généraliste que je remplace et je vois que ça fait longtemps qu'elle a un petit problème avec ça, et qu'on lui renouvelle ce traitement. [...] et comme elle est sympa, c'est exactement pareil pour ma généraliste, on lui en file.* » [H-35 (75/93)]

En Centre de santé : « *Je fais des renouvellements, enfin, ce ne sont pas mes patients, je ne fais pas le suivi. [...] Je sais que j'ai renouvelé au moins deux patients où je me suis posé la question : "Est-ce qu'il fallait que je renouvelle ou pas ?" Cependant, après, j'ai vu que le médecin habituel le renouvelait sur du long terme. Après, quand ce ne sont pas mes patients, c'est plus compliqué, car je ne veux pas marcher sur les plates-bandes de mes confrères.* » [F-32 (93)]

Ces médecins ne s'estiment plus vraiment responsables de la prescription (qui apparaît comme un simple renouvellement) des MOA, ce qui pose la question de la responsabilité envers le patient. Pourtant, ils insistent bien sur la responsabilité des collègues qu'ils remplacent ou avec qui ils partagent la patientèle (notamment en centre de santé). Leurs propos soulèvent également l'enjeu clé de la loyauté : envers qui doit-elle être tenue ? le médecin ou le patient ? Un des arguments pour se dégager de la responsabilité consiste à exclure symboliquement ces patients de leur propre patientèle (ce ne sont pas mes patients). La configuration sociale de soin et le contexte d'exercice sont ici extrêmement structurants, et les extraits précédents montrent qu'en situation transitoire, la loyauté professionnelle consiste à ne pas remettre en cause la décision de celui ou celle qu'on remplace.

Par ailleurs, si le tramadol a marqué la trajectoire de prescription des médecins par le passé, lorsqu'il s'agit de parler de leurs pratiques actuelles, ils sont nombreux à exprimer ne plus vouloir initier ce produit, notamment à cause de ses risques d'effets indésirables, ainsi qu'en raison de son « *profil addictif* ».

Le rôle du collectif dans les changements de pratiques de prescription

Le contexte organisationnel d'exercice des médecins est structurant dans le changement de pratiques. Il permet d'expliquer un constat qui émerge du terrain, à savoir une forte motivation à la baisse de la prescription de tramadol.

Si, pour la grande majorité des médecins enquêtés, il est important de prendre de la distance par rapport à leurs prescriptions passées, c'est parce qu'ils appartiennent à une nouvelle génération de médecins (une population de moins de 40 ans qui se féminise), mieux formée que les précédentes aux risques des médicaments. Il est important de mettre en évidence ce facteur socio-générationnel et ce qu'implique de se former dans un contexte de méfiance envers les médicaments :

« *C'est quelque chose qui a fait beaucoup de liens entre étudiants en médecine et qui nous a permis de nous opposer aux enseignants, lesquels ne déclaraient jamais leurs conflits d'intérêts. On a imaginé être mieux que les autres en faisant du lien entre nous et en disant : "Nous, on est contre les conflits d'intérêts, contre l'industrie pharmaceutique".* » [H-36 (75)]

À partir du début des années 2000, la succession des crises sanitaires liées aux effets indésirables de plusieurs médicaments (cerivastatine, Vioxx, Mediator, etc.) (Hauray, 2018) produit un contexte favorable à la prise de conscience publique de la dangerosité du médicament. Les nouveaux canaux de diffusion de l'information sur les médicaments sont à prendre en compte pour mieux comprendre les changements dans la représentation et la prescription des médicaments. Au moins deux éléments

sont importants ici. Le premier est l'impulsion donnée par les pouvoirs publics à la restructuration et à l'organisation d'acteurs institutionnels (comme la Haute Autorité de Santé - HAS -, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - ANSM -, etc.) qui ont vocation à diffuser une information publique sur les médicaments et à structurer des réponses opérationnelles visant la sécurité et la prévention. Le second est la création et/ou le développement de collectifs de professionnels indépendants des lobbies de l'industrie pharmaceutique, du ministère de la Santé et de l'assurance maladie (La Troupe du RIRE¹⁹, Formindep²⁰, revue Prescrire²¹).

En février 2003, un article de la revue Prescrire, au centre des débats publics les plus pressants de l'actualité en ce qui concerne les médicaments (Mediator, hydroxychloroquine, etc.), recommandait notamment de ne pas banaliser le tramadol, et alertait sur : « *un risque de dépendance, d'usage abusif et de syndrome de sevrage avec le tramadol, même aux doses recommandées et en l'absence d'antécédent de toxicomanie* » (Prescrire Rédaction, 2003). En 2017 et 2018, plusieurs enquêtes du réseau d'addictovigilance des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A) ont montré un mésusage croissant du tramadol. Ce n'est que le 15 avril 2020, sur proposition de la directrice générale de l'ANSM, que la durée maximale de prescription des médicaments antalgiques contenant du tramadol a été réduite de 12 à 3 mois, afin de limiter leur mésusage ainsi que les risques de dépendance (ANSM, 2020).

La plupart des médecins enquêtés méconnaissent ce changement récent des règles de prescription du tramadol. Or, le principe de prescription de courte durée du tramadol faisait déjà partie de leurs habitudes de prescription :

« *Je ne savais pas que la durée maximale de prescription avait été diminuée, mais je ne prescris jamais d'antalgiques pour plus de trois mois.* » [F-36 (93)]

« *C'était déjà un médicament que je prescrivais le moins possible.* » [H-61 (93)]

Cette directive n'a donc pas eu un impact significatif sur la transformation de leurs pratiques. Les seuls médecins enquêtés qui disent connaître l'existence de la proposition de l'ANSM réfléchissent aux cas très complexes, et notamment aux possibilités de limiter la prescription chez les patients devenus dépendants à cette molécule :

« *Je pense que j'avais déjà cette réflexion avant. Mais par exemple, pour la dame dont on parle, je pense que cette décision nous force un peu à essayer d'arrêter.* » [F-38 (93)]

La métaphore de la « déclaration de guerre »²² à la molécule, qui va de pair avec « *la pensée de l'homme sain* » (Hauray, 2006), peut servir à illustrer la forte motivation des médecins à vouloir baisser la prescription de tramadol, du fait des risques d'effets indésirables que ce médicament fait encourir aux patients et de par sa capacité d'induire une dépendance psychique :

« *Mon ennemi, c'est le tramadol [...] Il a, à mon sens, un potentiel addictogène supérieur à la codéine à cause des effets psychiques qu'il produit.* » [H-36 (93)]

19. Collectif d'étudiants en médecine ayant rédigé un livret de sensibilisation sur l'influence de l'industrie pharmaceutique dans leurs pratiques de prescription médicamenteuse (prix Prescrire 2015 ; réédition 2020) (La Troupe du RIRE, 2020).

20. Formindep est un collectif organisé en association, dont le but est de favoriser une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes.

21. La revue médicale Prescrire a été fondée dans les années 1980. Spécialisée sur les médicaments, elle refuse toute forme de dépendance envers les firmes pharmaceutiques, à commencer par la publicité. La revue fonctionne exclusivement par abonnement et s'adresse aux médecins, aux pharmaciens et au corps paramédical. Avec une méthodologie propre, cette revue apporte une expertise alternative de l'évaluation des médicaments élaborée par les industriels et les autorités publiques.

22. Cette métaphore est reprise d'une étude sociologique sur la reconnaissance par les médecins des effets indésirables médicamenteux (Hardy *et al.*, 2018). Afin d'expliquer les rares groupes de médecins qui se permettent de déclarer les effets indésirables, les auteurs posent cette métaphore en référence à deux postures : celle des « déclarations d'amour » et celle des « déclarations de guerre » à l'industrie pharmaceutique.

« Je déteste cette molécule maintenant, donc... c'est assez rare que je la prescrive. Les études sur les paliers 2, elles sont quand même pas mal focalisées sur le tramadol, et donc, du coup, c'est avec lui qu'on a le plus identifié, en fait, les problèmes d'addiction... » [H-32 (92)]

« [...] le tramadol, je prescris très peu parce que c'est très peu supporté : soit il y a beaucoup de vomissement, de malaises, soit ils seront complètement accros. » [F-30 (93)]

Les médecins enquêtés expriment une motivation forte à limiter la prescription d'un médicament dont le danger a été « *a priori* » établi. Les propos de médecins et d'urgentistes ayant été interviewés en milieu hospitalier (de manière complémentaire pour l'enquête) vont dans le sens d'une baisse de la prescription de tramadol en sortie d'hospitalisation (voir extraits d'entretiens, en Annexe 5), ce qui pourrait amener à penser qu'une réelle tendance à la diminution de la prescription de ce médicament en médecine générale est en cours.

Réfléchir aux stratégies de prescription : le choix de la molécule

Différenciation de positionnement par rapport aux molécules

Certains médecins continuent à prescrire et à défendre l'utilisation du tramadol malgré les risques d'effets indésirables importants que cette molécule fait encourir aux patients et le risque accru d'induire une dépendance. En plus, différentes stratégies d'utilisation des MOA se dégagent souvent en fonction d'une « *déclaration d'amour* »²³ ou d'une « *déclaration de guerre* » en faveur de ou contre cette molécule (ou de ses homologues de palier 2). Cinq stratégies ont été identifiées :

- Privilégier la codéine au tramadol.
- Privilégier le tramadol à la codéine.
- Éviter le tramadol et la codéine et se tourner vers la poudre d'opium (Izalgi + Lamaline).
- Préférer se passer du palier 2 et prescrire directement de la morphine (Skenan + Actiskenan).
- Éviter les MOA dans les DCNC.

Cette section exposera le positionnement des médecins par rapport au choix des différentes molécules antalgiques opioïdes à travers la déclinaison des facteurs qui interviennent dans le choix de l'une ou l'autre stratégie.

Contexte organisationnel d'exercice

Comme cela a été présenté dans la section antérieure, le premier facteur susceptible d'intervenir dans le choix du médicament est le contexte organisationnel d'exercice. Le travail en équipe est ainsi déterminant pour se passer du palier 2 (codéine, tramadol, poudre d'opium) et prescrire directement de la morphine ou, tout simplement, pour assumer la prescription de morphiniques :

« Évidemment, en Ehpad, on l'utilise peut-être plus [la morphine], parce qu'on sait qu'il y a une surveillance 24h/7, qu'il y a des soignants, et qu'on peut réévaluer et puis affiner [...] Alors, on a la chance d'avoir des équipes infirmières. » [H-50 (67)]

À l'instar d'autres enquêtes (Duprat, 2021 ; Heredia, 2017), l'étude EMOA confirme que le bon ou le mauvais retour d'expérience des professionnels paramédicaux (notamment les infirmières) qui entourent les patients est suffisant pour orienter le choix de la molécule :

« Avoir un message des infirmières me suffit pour dire : "On introduit cela. Cela s'était bien déroulé la dernière fois. On peut y aller. S'il y a des vomissements, tu m'appelles." » [H-36 (75)]

Le rapport entre collègues détermine les manières de s'informer des nouvelles données sur les médicaments ou des nouvelles thérapies de prise en charge de la douleur. Par exemple, chez certains médecins qui disent lire la revue Prescrire, lorsqu'on leur pose des questions pour approfondir, on se

23. Voir référence précédente.

rend compte qu'ils ne la lisent pas vraiment, mais qu'ils sont informés des articles qui les interpellent par le biais de collègues ou amis qui leurs transmettent :

« Je lis Prescrire... [rires]. En fait, je connais le fils du rédacteur en chef de Prescrire, mais c'est une super revue [...] il y a un peu l'idéal de ce qu'il faudrait faire, et après, le terrain : on est face aux gens, face à leurs atteintes, face à leurs symptômes, et donc, on fait au mieux, mais je trouve que Prescrire est important pour nous, ils disent notre critique et notre vigilance. Alors là, je le lis plus trop, parce qu'on n'est plus abonné au centre et que je me bats pour qu'ils nous payent l'abonnement qu'ils nous doivent [rires]. » [F-30 (93)]

L'abonnement individuel à la revue Prescrire est coûteux (31 € par mois). Parfois, il suffit qu'un collègue la lise pour que l'information scientifique circule au sein d'un groupe de professionnels. Les médecins sont principalement influencés par leurs pairs (Coleman *et al.*, 1966). À compter du lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, les campagnes de l'industrie pharmaceutique visant à vendre de nouveaux médicaments directement aux médecins susceptibles de les prescrire s'appuient fortement sur ce constat (Greene, 2008 ; Greene et Siegel Watkins, 2012 ; Radden Keefe et Clevey, 2022). C'est pourquoi, parmi leurs stratégies promotionnelles, les firmes pharmaceutiques mobilisent des leaders d'opinion, c'est-à-dire des praticiens réputés pour promouvoir leurs produits (Greffion, 2014 ; Hauray *et al.*, 2021 ; Ravelli, 2015 ; Vega, 2011b). Dans les groupes de pairs, mais aussi dans les réunions pluriprofessionnelles (dans les MSP ou les CS), certains collègues jouent le rôle de leader et font passer le message des revues médicales, ou des autorités sanitaires, vis-à-vis desquelles les généralistes sont parfois réticents puisque leur message est souvent compris comme une attaque envers la liberté de prescription (Champy, 2012).

Si les médecins déclarent s'appuyer sur des sources d'information communes (notamment la revue Prescrire), ils expriment des avis contradictoires, et cela se constate notamment sur le choix de la codéine ou du tramadol.

Sources d'information

Les sources d'information constituent un deuxième facteur susceptible de déterminer le choix des MOA. En ce qui concerne l'information publique sur les médicaments (recommandations des organismes sanitaires comme l'ANSM, la HAS, la formation médicale continue, etc.), son poids sur la pratique de prescription semble être moindre, mais elle est mentionnée dans les stratégies suivantes :

Pour éviter l'initiation au tramadol : « [...] outre le risque qui est passé, qui est un risque d'addiction avéré... dont on a entendu parler bien évidemment par l'ANSM et par le fait qu'il y a beaucoup plus d'effets secondaires que les dérivés de la codéine. » [F-34 (93)]

Plutôt la codéine : « [...] dans ce que j'ai cru comprendre de ma formation médicale continue, la codéine semble un tout petit peu moins addictif que le tramadol. » [H-35 (38)]

Pour passer directement à la morphine, ou du moins y réfléchir : *« Quand je vais en cours [Diplôme d'université de gériatrie], ils n'arrêtent pas de m'embêter avec ce "Pourquoi est-ce qu'on ne met pas de morphine en première intention ?" » [H-35 (75/93)]*

Les travaux sur l'implication de l'EBM (Evidence-Based Medicine) ²⁴ dans la pratique des médecins ont montré que les recommandations de bonnes pratiques cliniques (RBP) sont peu appropriables, se révèlent ambiguës et parfois contradictoires entre elles, et qu'elles ne constituent finalement qu'un élément de la décision médicale parmi d'autres (Bachimont *et al.*, 2006 ; Castel, 2006 ; Timmermans et Oh, 2010 ; Urfalino *et al.*, 2002). C'est pourquoi *« l'expertise du médecin demeure incontournable*

24. L'EBM, ou médecine fondée sur des preuves, est l'une des formes de mobilisation des savoirs associés à la biomédecine. Elle est présentée comme « un paradigme fondant le caractère scientifique et objectif de la médecine, en rupture avec l'idiosyncrasie et la casuistique propres à l'art médical » (Bergeron et Castel, 2015).

dans toute prise de décision médicale » (Castel et Robelet, 2009). À l'instar de ces travaux, les médecins généralistes enquêtés utilisent peu les RBP dans le processus de prescription des MOA et les considèrent comme non adaptées à leurs pratiques courantes en cabinet de ville :

« L'essentiel est dans la pratique et dans l'interprétation de ces recommandations. Ils disent qu'il faut une "évaluation rapide". Rapide, cela peut être un mois, cela peut être trois jours. Alors, c'est quoi une évaluation rapide ? C'est nul, cela ne veut rien dire. Moi, j'ai dit : "C'est 14 jours, l'évaluation rapide." Mais peut-être que quelqu'un pourrait me dire : "Tu as été vraiment audacieux, il aurait fallu le revoir dans la semaine, ton patient." » [H-36 (75)]

De la même manière, les recommandations de la revue Prescrire ne sont pas considérées comme des normes à appliquer, mais elles restent une source d'inspiration et de réflexion importante :

« Ça me donne un peu des warnings sur des médicaments des fois qu'on prescrit très facilement. [...] Donc, j'aime bien Prescrire pour leur sens critique et pour leur indépendance, mais je ne [les] suis pas au pied de la lettre parce que sinon... » [F-33 (75)]

Deux articles de cette revue sont souvent cités par les médecins enquêtés. Le premier préconise que *« quand un opioïde faible est envisagé, mieux vaut utiliser la codéine »* (Prescrire Rédaction, 2011). Le deuxième signale que les *« opioïdes dits faibles ne sont pas plus efficaces que le paracétamol et exposent à autant d'effets indésirables que la morphine »* (Prescrire Rédaction, 2015).

À l'instar d'autres travaux (Duprat, 2021 ; Eberhart, 2020 ; Heredia, 2017), la mention de cette revue est forte et perceptible dans quasiment tous les types de stratégies de prescription :

Pour éviter l'initiation au tramadol : *« Et puis après, j'ai lu des articles dans Prescrire qui disaient que le risque d'addiction, ou de mésusage, était plus élevé que la codéine. Du coup, j'ai changé mes prescriptions à ce moment-là. »* [F-33 (93)]

Plutôt la codéine : *« J'ai tendance à mettre en première intention, si je dois mettre un palier 2, de la codéine, parce que je crois avoir lu dans Prescrire, il y a trois ans, que c'était la première intention avant le tramadol. »* [H-35 (75/93)]

Plutôt le tramadol : *« Je privilégie un peu plus le tramadol parce que j'avais lu dans Prescrire un article qui disait que la codéine, il y avait des métaboliseurs très différents et que parfois, des gens pouvaient se retrouver en surdose de codéine ou, à l'inverse, que ce ne soit pas efficace. »* [F-33 (75)]

Pour passer directement à la morphine, ou du moins y réfléchir : *« C'est vrai que quand on lit Prescrire, par exemple, ils nous disent souvent que c'est mieux un antalgique de palier 1, et de débiter ensuite par un palier 3 directement... »* [F-34 (93)]

Il est possible de faire l'hypothèse que la revue Prescrire soit devenue pour les médecins généralistes un moyen légitime de justifier le *« bon sens »* (Hardy, 2012) de leurs pratiques de prescription médicamenteuse.

Expérience de la patientèle sur la tolérance des effets indésirables

Le troisième déterminant du choix de la molécule opioïde à prescrire est l'expérience de la patientèle. Il est important pour les généralistes de tenir compte de l'avis des patients (notamment sur la capacité du MOA à soulager sa douleur sans induire trop d'effets indésirables) et de leurs caractéristiques dans le processus de prescription :

Pour éviter l'initiation au tramadol : *« [...] j'ai un mauvais retour de patients l'ayant très mal toléré, avec des effets secondaires importants. »* [F-45 (93)]

Mais renouveler quand même : *« [...] parce que soit des patients l'ont déjà, et qu'ils le supportent bien... »* [F-45 (93)]

Plutôt la codéine : « [...] un peu mieux tolérée, du coup, on essaie de le préférer. Je crois qu'on a moins d'effets indésirables avec la codéine. » [F-35 (92)]

Plutôt le tramadol : « Moi, j'utilise beaucoup le tramadol et surtout en forme... à libération prolongée, qui est plutôt mieux tolérée. » [H-55 (67)]

Pour passer directement à la morphine, ou du moins y réfléchir : « Je prescris beaucoup plus de morphine que quand j'ai débuté mes études, parce que je suis vite bloqué en palier 2, alors, soit par des intolérances avérées, soit par des inefficacités avérées [...] Ça permet aussi d'avoir un suivi à 28 jours. » [MG H-35 (38)]

S'appuyer sur les demandes des patients est donc un impératif dans le travail de prescription des médecins généralistes. Les deux exemples suivants donnent à voir que, parfois, la chronicisation de la prescription d'un opioïde antalgique répond directement à la plainte de douleur :

« Il me demandait de l'Ixprim parce que ça le calmait ; et comme ça le soulageait, du coup, j'étais plutôt contente d'avoir un médicament qui le soulage. Comme il ne dépassait pas les doses, je lui prescrivais sans trop de problèmes l'Ixprim. En plus, il n'en prenait que deux par jour, c'est ça aussi qui me soulageait, c'est qu'il était soulagé avec deux comprimés d'Ixprim par jour. » [F-33 (75)]

Cet extrait montre à quel point la « *capacité antalgique* » des médicaments est susceptible de mettre en question le rôle de « *soulagement* » des médecins généralistes. Les opioïdes antalgiques incarnent ainsi toute la « *valeur thérapeutique* » des médicaments, ils contribuent, par leur capacité à soulager la douleur efficacement, « *à asseoir la valeur professionnelle de ceux [et celles] qui les prescrivent* » (Noguez, 2017). Autrement dit, les décisions de refuser un renouvellement, de modifier ou de déprescrire peuvent mettre en danger la capacité à « *soulager* » du médecin lui-même. Si, pour conserver cette relation de confiance, l'expérience de la patientèle est importante à considérer par les médecins, les opioïdes antalgiques ont quatre effets indésirables difficiles à déceler en pratique courante : mésusage, abus, dépendance, addiction (ANSM, 2020 ; HAS, 2022).

Les négociations entre les différents acteurs de soin dans le travail médical (médecins et patients, bien sûr, mais aussi infirmiers, aides-soignants, proches, etc.) ont été soulignées par différents sociologues (Baszanger, 1986 ; Dodier, 2000 ; Strauss, 1985). Il est intéressant de signaler que pour les médecins, le principal élément de négociation des patients semble être la douleur, et non pas la posologie (dosage, forme galénique ou nombre de prises) :

« J'ai une autre patiente qui a très mal au genou, qui a une arthrose très sévère du genou, et qui ne veut absolument pas se faire opérer, alors qu'elle a besoin de se faire opérer parce qu'elle a 50 ans et qu'elle peut plus quasiment marcher, et qui vient tous les mois et qui ne rate pas un rendez-vous pour avoir son ordonnance de tramadol. Et je pense qu'on a réussi à diminuer... Maintenant, elle prend de l'Ixprim 37,5, mais au début, elle était à 200, puis, aujourd'hui, ça joue entre 100, 150, 100... Je parle de ça en quatre, cinq ans. [...] Elle a diminué la dose, mais par contre, elle le prend tous les jours, tout le temps... Elle est devenue complètement dépendante. Je pense qu'elle a mal puisqu'elle a quand même une pathologie, elle boîte, hein ! » [F-38 (93)]

Les patients ne semblent pas être à l'initiative de la demande spécifique d'un médicament pour résoudre leurs problèmes de santé. Les extraits montrent plutôt que les patients arrivent en consultation avec une plainte de douleur, mais souvent les médecins ne voient pas d'autre alternative que le traitement médicamenteux préconisé initialement (Díaz Gómez et Milhet, 2021). Faisant écho aux observations faites dans le cas de la prescription de psychotropes à l'attention de personnes âgées (Collin, 2003), ainsi que dans le cas de la médecine du travail (Dodier, 1991), la plainte du patient ou de la patiente amène une partie des médecins à les plaindre et à partager leurs souffrances, voire à manifester leur « *compassion* » par le biais de la prescription d'un médicament. Ce qui entre dans la réévaluation des patients est donc l'évolution de la douleur et la capacité « *antalgique* » du médicament, plutôt que son caractère « *opioïde* ». Le point de vue des patients sur la capacité antalgique du médicament (ainsi que celui des spécialistes de la douleur, on le verra) est donc un argument fort pour prescrire ou renouveler un MOA.

De la même manière, et à l'instar d'autres travaux (Heredia, 2017), l'expérience des effets indésirables ou de dépendance racontée par les patients encouragent les médecins à « *déclarer la guerre* » à une molécule opioïde. C'est ce qui sera démontré dans le point suivant.

Surreprésentation d'une patientèle dépendante à un MOA

La surreprésentation de patientes et patients devenus dépendants à une molécule opioïde dans la patientèle des médecins, elle-même axée sur une perception du danger du médicament, est déterminante pour éviter la prescription de cette molécule.

Pour éviter l'initiation du tramadol :

« [...] parce que j'ai beaucoup de patients qui sont dépendants du tramadol. » [F-38 (93)]

« Et sinon, j'ai quelques patients où je pense qu'il y a très clairement une addiction, en fait, au tramadol, ce que je n'ai pas avec la codéine. » [F-33 (93)]

Pour éviter la codéine :

« Vu que je travaille en CSAPA à côté, je pense que j'ai quand même un peu le versant. Je vois les gens dépendants du CoDoliprane [...] Même sur le plan personnel, beaucoup de gens ont eu de la codéine suite à des problèmes de dents, et à chaque fois, je tilte parce que j'ai des patients qui m'ont dit : "Ça a commencé comme ça et après, impossible de m'en défaire." » [F-33 (75)]

Les médecins fondent leur activité sur leurs propres expériences pratiques (Freidson, 1984). Outre la surreprésentation de cas de dépendance au tramadol, on constate la surveillance des risques du médicament réalisée par les médecins généralistes. On va le voir, si une partie de ces médecins se tourne vers la poudre d'opium, d'autres osent la prescription de morphine suite à l'échec d'un palier 1 (paracétamol ou anti-inflammatoire non stéroïdien – AINS).

Le vécu personnel du médecin : le privilège du doute

L'expérience du médicament faite par les médecins eux-mêmes peut avoir autant d'importance dans le processus de prescription que les données issues des connaissances scientifiques. L'enquête EMOA montre que lorsque les médecins ont testé la molécule sur elles ou eux-mêmes, pour soulager une douleur, et ont expérimenté des effets indésirables et des effets de sevrage à l'arrêt, alors ils et elles prennent des mesures pour éviter son utilisation auprès de leur patientèle. De la même manière, une expérience d'effets psychotropes, voire d'un état d'euphorie (sensation intense de bien-être, d'optimisme, de contentement, etc.) peut amener certains médecins à privilégier sa prescription, au-delà des effets analgésiques :

Défavorable pour le tramadol : *« Quand j'ai eu des soucis de dos (j'ai eu une fracture de l'épaule il y a quelques années), c'était vraiment très, très douloureux et j'avais dû prendre pendant quatre semaines des antidouleurs. Donc, j'en ai pris et, quand je les ai arrêtés, j'avais ressenti de très petits signes de sevrage pas très agréables. »* [H-36 (93)]

En faveur de la codéine [En énumérant les raisons du choix de la codéine] : *« La deuxième chose c'est que, personnellement, je tolère beaucoup mieux la codéine. La troisième chose, qui est peut-être un peu tordue, on peut dire, c'est que la codéine, j'aime bien, je trouve ça cool. La première fois que j'en ai pris, ça m'a mis sur un petit nuage, j'ai trouvé du plaisir. »* [H-35 (75/93)]

Pour passer directement à la morphine, ou du moins y réfléchir : *« En fait [après avoir senti des signes de sevrage à l'arrêt du tramadol], je ne prescrivais plus de palier 2. C'est-à-dire, un lumbago qui nécessitait vraiment un antalgique plus que du Doliprane, je passais d'emblée à de la morphine. »* [– *Quoi comme morphine ?*] – *« Actiskenan, que je maîtrise bien. Je ne mets jamais d'Oxynorm, sauf dans les douleurs cancéreuses. »* [H-36 (93)]

Pour éviter les MOA dans les DCNC : *« Vraiment, c'est le tramadol que je n'aime pas du tout comme molécule. [...] Car je sais que ce médicament-là n'est pas un bon médicament, pour tout un tas de*

raisons. Il produit des effets psychiques, un état de bien-être très intense [...] sur des patients qui ont des douleurs chroniques ; je pense qu'on est criminel de leur mettre ce genre de molécules. » [H-36 (75)]

Il faut noter que cette dernière stratégie – d'éviter la prescription des opioïdes antalgiques dans le soulagement de toute douleur chronique non liée au cancer – est rarement assumée clairement par les médecins. L'extrait montre qu'il est plus facile de blâmer le tramadol, même si, avec la phrase « *ce genre de molécules* », on fait référence à un ensemble de molécules antalgiques opioïdes. Les effets psychiques que ces molécules font encourir aux patients, mais surtout l'ensemble des facteurs qui pèsent sur le choix des molécules, encouragent ce praticien à l'affirmer. De surcroît, tout comme les médecins formés en soins palliatifs ou en addictologie, ceux et celles qui ont testé la molécule pour traiter une douleur propre ont davantage tendance à se donner les moyens d'organiser la prise en charge de cas critiques (que ce soit en adressant le patient vers une structure adaptée²⁵ ou en prenant en charge la gestion²⁶ des cas de dépendance/addiction aux MOA), notamment chez les publics n'ayant pas un profil addictif typifié ou classique de « *toxicomane* ».

Comme mentionné plus haut, la médecine s'appuie fortement sur des savoirs expérientiels. Si le praticien valorise l'expérience personnelle directe qu'il a sur les patients (Freidson, 1984), il faudrait également intégrer, parmi les facteurs du raisonnement médical – savoirs scientifiques, facteurs non cliniques, sociaux ou culturels (Collin *et al.*, 1999) – sur lesquels reposent l'acte de prescription, l'expérience personnelle des bénéfices et des risques des médicaments, autoréalisée par les médecins. C'est chez ces médecins que l'on observe la conjugaison de trois caractéristiques fondamentales à la réévaluation de la prescription : une remise en question des prescriptions, un intérêt particulier pour la question des addictions médicamenteuses et une prédisposition à échanger avec leurs patients sur ce sujet :

« Donc, systématiquement, vous réinterrogez l'ordonnance quand vous les voyez. Et puis, j'ai commencé à dire : "Pourquoi prenez-vous un CoDoliprane tous les soirs ? À quoi cela correspond-il depuis huit ans ?" Et finalement, c'est là que j'ai découvert qu'en réalité, il y a énormément de gens qui vont très bien, mais qui sont dépendants d'une substance qui ne leur apporte aucun bénéfice, si ce n'est que si on l'enlève, ils ne vont pas être bien si on ne les prépare pas un peu. » [H-36 (93)]

Il faut également ajouter l'expérience des proches des médecins (leurs amis, parents, grands-parents, beaux-parents, etc.) qui peut ensuite être intégrée à la pratique de réévaluation de la prescription et de suivi de leurs propres patients :

« Je te parle de mon beau-père. Il a 72 ans, une polyarthrite rhumatoïde avec une dilatation des bronches. [...] Il a passé presque un an à l'hôpital, par période de trois mois, ou parfois plus importantes, à faire des allers-retours. [...] Lui, il a plein d'antalgiques différents. Tout a été un peu essayé, je ne sais pas pourquoi. Ils lui ont filé du Skenan et de l'Actiskenan, à un moment il a eu l'Acupan, il a eu du tramadol, du CoDoliprane, et c'était un peu... Il dit n'importe quoi aux médecins, ou rien du tout. [...] Et quand on lui donnait des médicaments – il disait aux infirmières qu'il avait mal –, il prenait les médicaments et il les cachait, il faisait des réserves. Donc, il s'est fait une énorme réserve d'Actiskenan et de Skenan et de tramadol [...]. Il prenait les médicaments, et au lieu de dire qu'il avait plus mal le soir, il faisait semblant de les prendre – et de les mettre dans la bouche, même –, et ensuite il se les planquait et il les prenait le soir – et il s'automédiquait. » [H-35 (75/93)]

Il est intéressant de voir que ce médecin réproouve l'automédication en tant que prise d'indépendance par rapport à l'autorité médicale (Fainzang, 2010). Dans le cas présenté, il se retrouve dans son

25. Une structure « adaptée » dans la prise en charge d'une addiction ou d'une dépendance aux MOA, est pour les médecins enquêtés un CSAPA ou ce qu'ils appellent un « centre de désintoxication ». Si la douleur prend le pas sur l'addiction, la structure adaptée est pour eux et pour elles un centre de prise en charge de la douleur.

26. On entend ici par gestion, à la fois, la planification et le suivi de la prise en charge que la coordination des soins, c'est-à-dire des différents intervenants dans la prise en charge du patient ou de la patiente.

rôle de blâmer les « *mauvaises pratiques* », les « écarts de conduites » avec les médicaments dans la sphère privée. Puisqu'il le connaît, il sait qu'il a mal et que si, au lieu d'exercer son autonomie, il communiquait qu'il avait davantage mal le soir, peut-être que la posologie ou le traitement auraient été changés. Les savoirs issus de l'expérience d'un proche peuvent être une ressource mobilisée dans leur propre travail de prescription auprès d'autres malades (par exemple, pour échanger davantage au moment de l'évaluation). Ce type d'expérience peut être vue comme une source par laquelle les médecins se forment des « *savoirs opératoires* » pour pouvoir traiter de cas et non plus des généralités (Baszanger, 1991). Le généraliste se confronte à la plus grande variété de motifs de consultation, parfois flous et en décalage avec les savoirs médicaux acquis à l'université. S'appuyer sur ces savoirs est finalement une manière de gérer les incertitudes liées à l'exercice de la médecine générale (Castel, 2008).

Aller vers la poudre d'opium et autres antidouleurs

Se tourner vers la poudre d'opium

Les médecins ont été interrogés sur les MOA qu'ils ne maniaient pas avant, mais qu'ils utilisent aujourd'hui. Les motifs donnés par les médecins sont multiples et ne répondent pas toujours aux déterminants identifiés dans le choix des molécules opioïdes.

Pour sa capacité antalgique et en fonction de la bonne expérience de la patientèle sur la tolérance : « [...] là, je prescris de plus en plus d'Izalgi, c'est comme Lamaline, mais sans la caféine, pour une question de tolérance... » [F-38 (93)]

En raison des habitudes prises pendant l'internat... : « [...] la Lamaline, c'est un médicament que je prescris de temps en temps chez le sujet âgé, car une fois, en stage, on m'a dit qu'il est bien supporté chez le sujet âgé. » [F-35 (75)]

... Ou sans savoir précisément pour quelle raison : « Les spécialités à base d'opium. Donc, il y a Lamaline et l'Izalgi, que j'avais pas du tout l'habitude de prescrire. » [H-36 (38)]

Le choix de l'utilisation de la poudre d'opium comme alternative au tramadol peut être lu comme une manière d'éviter les risques d'effets indésirables et de dépendance des molécules les plus étudiées et les plus connues pour provoquer des effets indésirables. Cela permet ainsi de rester sur la logique des paliers, c'est-à-dire la mise en œuvre d'une escalade thérapeutique en fonction de l'intensité de la douleur si les caractéristiques des patients le permettent. Plus généralement, l'enquête montre que, face aux risques avérés de dépendance physique et psychologique liées notamment au tramadol et à la codéine, les médecins se tournent vers la poudre d'opium ou décident de passer d'emblée à la morphine (Skenan et Actiskenan). Cela confirme que la notion d'opiophobie et son impact négatif sur la prise en charge de la douleur sont en voie de régression (Díaz Gómez et Milhet, 2021)²⁷. Autrement dit, la « *crainte* » ou la « *frilosité* » à la dépendance psychologique des opioïdes dits « *forts* » ne sont pas un frein à la prescription en médecine générale, contrairement à ce qui est affirmé par certains professionnels spécialisés (Delage *et al.*, 2019 ; Robinet *et al.*, 2019).

Copier des pratiques spécialisées, avec l'adoption d'une spécialité pharmaceutique

La prégabaline (Lyrica) et la gabapentine (Neurontin) ont reçu l'autorisation de mise sur le marché du médicament (AMM) en France en 2004 et en 2008, respectivement. Ces médicaments, tout comme le Laroxyl (Amitriptyline), sont de plus en plus utilisés dans les douleurs des maladies neurologiques en médecine générale²⁸. L'enquête EMOA permet de constater qu'il s'agit d'une habitude reprise à des spécialistes avec lesquels ils sont amenés à travailler (neurologues, psychiatres, médecins de la douleur), que ce soit pour le traitement des douleurs dites « *neuropathiques* » ou « *psychogènes* »

27. Il faut noter que la plupart des médecins enquêtés considèrent la Lamaline comme plus « fort » que la codéine et que le tramadol.

28. Généralement, pour les médecins enquêtés, les médicaments souvent associés à des douleurs neuropathiques sont soit les médicaments antiépileptiques – prégabaline (Lyrica) ou gabapentine (Neurontin ou génériques) –, soit un antidépresseur, tricyclique (Laroxyl, Anafranil, Tofranil) ou non (duloxétine ou Cymbalta), soit des anesthésiques locaux : lidocaïne, Versatis ou patch cutané de capsaïcine (alcaloïde du piment).

ou comme traitement de substitution aux opioïdes antalgiques : « Sans doute ce que j'utilise plus et que je n'utilisais pas du tout avant, ce sont tous les médicaments pour les douleurs neuropathiques : Neurontin, Lyrica. » [F-63 (75)].

Pour la prise en charge de la douleur chronique : « J'avais une patiente qui était migraineuse. Je l'avais envoyée voir une neurologue en libéral que je ne connaissais pas. Elle était revenue avec une prescription de Laroxyll au coucher. À partir de là, c'est vrai que je me suis dit que mes autres patients migraineux qui ont besoin d'un traitement de fond, je me suis autorisée à leur prescrire un peu de Laroxyll. » [F-33 (75)]

En traitement de substitution à un MOA : « [...] elle prenait du tramadol LP²⁹ 150 matin et soir plus des interdoses [...] Et donc, j'avais essayé de la passer sur d'autres antidouleurs plus avisés neuropathiques type prégabaline et gabapentine. » [F-33 (93)]

L'adoption d'une habitude propre aux spécialistes (la prescription d'une spécialité médicale) par les généralistes peut être analysée comme le résultat d'une circulation de savoirs et de savoir-faire permettant la montée en compétences des généralistes (Mathieu-Fritz, 2021). Elle peut également être comprise comme s'institutionnalisant dans les pratiques généralistes, sans forcément rester sous l'emprise des spécialistes. Les généralistes accordent aux spécialistes – notamment aux spécialistes de la douleur, œuvrant généralement en centres de la douleur, en milieu hospitalier – une confiance particulière dans la prescription de ces spécialités. L'adoption d'une expertise spécialisée, avec la prescription d'une spécialité pharmaceutique, est de façon sous-jacente une manière de limiter le nombre d'intervenants sur l'ordonnance des patients.

De surcroît, il s'agit de médicaments dont les effets indésirables sont plus difficiles à prévoir et à contrôler en médecine de ville : somnolences, sensations de vertige, agitations et comportements agressifs envers autrui, confusions et hallucinations (Prescrire Rédaction, 2014), mais aussi dépendance et abus (Heredia *et al.*, 2022). C'est la raison pour laquelle certains médecins évitent néanmoins d'adresser leurs patients à des spécialistes prescriptrices ou prescripteurs de ces médicaments :

« [...] si c'est pour envoyer au centre de lutte contre la douleur, mais ils ressortent à 98 % avec du Lyrica, ça n'a pas beaucoup d'intérêt. C'est donc assez rare ; enfin, en tout cas, ça m'arrive très rarement d'envoyer quelqu'un dans un centre antidouleur. » [H-61 (93)]

Ce médecin se rapproche d'un groupe de médecins que l'on peut catégoriser comme appartenant à la « vieille école de médecine familiale », qui ne se penchent que sur les molécules « qui ont déjà fait leurs preuves », et pour lesquelles il y a le plus de recul, mais, surtout, qui est aussi habitué à travailler de manière isolée. Sa forte réticence à adresser les patients vers les centres de la douleur peut ainsi être interprétée comme une manière de maintenir le contrôle de l'ordonnance.

C'est en effet toute la complexité de faire la part entre la prise en charge insuffisante de la douleur et la survenue d'une dépendance à une molécule opioïde qui amène une grande partie de médecins généralistes (non spécialisés dans la matière) à reprendre les logiques de prescription de professionnels plus spécialisés qu'eux. Lorsqu'une prescription chronique de MOA s'est installée dans le cadre de la prise en charge d'une douleur chronique, les médecins généralistes sont obligés de réfléchir à la situation en termes antagonistes : addiction versus douleur.

Entre addiction et chronicisation de la douleur : une distinction difficile

Les études récentes sur les difficultés et les freins des médecins généralistes à prescrire (initier ou renouveler) des MSO (médicaments de substitution aux opiacés) – méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD) – mettent en lumière le manque de compétence de ces professionnels en matière d'addictologie (Lépine *et al.*, 2022). Or, ces études ne tiennent pas compte des spécificités du processus de prescription médicamenteuse d'opioïdes antalgiques dans les cas complexes de prise

29. Une forme galénique à libération prolongée, ou « LP », permet l'absorption régulière et soutenue dans le temps du principe actif d'un médicament.

en charge de la douleur en médecine générale. L'enquête EMOA montre que, au-delà d'un manque de compétences et des savoirs spécialisés sur les médicaments (les dosages, les équivalences, la titration, etc.), c'est toute la nuance entre addiction et douleur qui est en jeu. L'évaluation de cette distinction fait peur aux médecins et décourage la prescription des MSO. Dans la situation suivante, une praticienne est face à une patiente de 70 ans, « insérée, mais très isolée », caractérisée aussi comme étant d'origine malienne, en France depuis 30 ans, à qui elle estime devoir proposer un sevrage, mais qui exprime une douleur pour laquelle elle s'est vue initialement prescrire du tramadol :

« Il y a eu plusieurs épisodes avec cette dame, d'appels avec des grands speechs sur : “J'ai vraiment mal, j'essaie de gérer, mais en fait, vous ne vous rendez pas compte”, où on est repassé sur du tramadol ; du coup, quatre comprimés par jour de 50, je pense, pour la soulager. Même, à un moment, du LP pour voir si ça la soulageait mieux, sachant qu'elle m'a dit qu'à un moment, elle avait du LP 200 ou je sais pas, enfin bref. Je sais pas la dose maximale ce que c'est. Voilà. J'essaie d'alterner avec l'antalgique de palier 1. [...] Donc, finalement, c'est une patiente où il y a quand même pour moi une addiction aux médicaments, et elle a aussi des douleurs. Elle a des douleurs. » [F-34 (93)]

Les conditions qui ont prévalu lors de l'initiation de ce traitement ont changé et la douleur s'est chronicisée (pas forcément intensifiée). Comme elle, d'autres médecins considèrent alors devoir augmenter temporairement la dose du même médicament – à savoir, le tramadol –, et, à d'autres moments, alterner ce MOA avec un palier 1 (paracétamol ou un AINS). Plusieurs médecins qui expriment la crainte de rendre leurs patients douloureux chroniques dépendants à un MOA font part de cette stratégie, appelée de « rotation » ou d'alternance entre les antalgiques. C'est le cas aussi de cette praticienne qui prend en charge l'évolution de la douleur d'un patient depuis deux ans, en alternant différents antalgiques (opioïdes et non-opioïdes) et des thérapies non médicamenteuses en coopération avec d'autres professionnels :

« [...] il a été opéré à Saint-Antoine. [...] Une fois qu'il avait revu son chirurgien et que le chirurgien avait dit : “Je ne peux plus rien faire”, c'était le patient et moi. Alors lui, je lui prescrivais, je m'en rappelle, du tramadol, ça le soulageait ; enfin, Ixprim. Ixprim, ça le soulageait partiellement et je l'avais envoyé à une rhumatologue qui lui a fait faire de la balnéothérapie [...] Et lui, on jonglait entre le Doliprane, l'Ibuprofène, le tramadol, mais bien sûr, pas tout en même temps. On essayait de faire une semaine comme ça, une semaine [...] Surtout, jeune comme ça – il a 30 ans –, j'ai peur que dans 10 ans, il soit accro au tramadol, qu'il augmente les doses et qu'il ait besoin de ça. J'essaie de faire des rotations d'antalgiques. » [F-33 (75)]

D'autre part, il y a des situations où le médecin dit ne pas pouvoir parvenir à arrêter de prescrire une molécule opioïde. Tout se passe comme si le patient était « accroché » à cette molécule (Nouguez, 2017), mais lors d'une crise de douleur traitée aux urgences, il reçoit une modification de la prescription. L'extrait suivant montre ce troisième type de modification de prescription, où le tramadol est remplacé par une autre molécule opioïde du même palier, pour mettre fin à une situation de prescription problématique :

« Une patiente [...] qui a été étiquetée aussi « addiction au tramadol », alors que finalement, elle me voit, je lui mets les traitements, et parfois, quand les douleurs sont trop intenses et qu'elle n'a pas rendez-vous avec moi, elle va aux urgences. Dernièrement, aux urgences, ils l'ont mise sous Lamaline. Finalement, elle préfère la Lamaline au tramadol ; du coup, elle a réussi à arrêter le tramadol comme ça. Je pense que c'est plus une problématique de douleur que d'addiction, pour elle, même s'il y a aussi l'addiction, mais la prise d'antalgiques, c'est vraiment à cause des douleurs. » [F-30 (93)]

Pour ces médecins la prescription chronique des MOA, même si elle est intermittente, devient parfois inévitable (justifiée par la douleur). Les MSO, médicaments reconnus comme substitutifs aux opiacés (méthadone et buprénorphine), semblent être inenvisageables lorsque la problématique « douleur » est présente – et cela est un résultat fort de l'étude EMOA :

« Je n'ai jamais prescrit de traitement de substitution. Après, je pense que si elle était sous traitement de substitution, elle va devoir trouver un autre traitement pour ses douleurs. » [F-30 (93)]

Les MSO sont communément considérés comme des traitements de substitution ayant une place dans le cadre d'addictions aux produits tels que l'héroïne pour des usagers « marginaux » et chroniques de ces stupéfiants. Il est presque impensable de substituer un patient présentant une dépendance médicamenteuse à un antalgique à base d'opiacés comme le tramadol ou la codéine. Et cela est d'autant plus vrai lorsque le patient ou la patiente ne présentait pas une addiction à un autre produit auparavant. Certains médecins ne connaissent pas précisément cette indication, y compris même lorsqu'ils ont fait un internat dans un service d'addictologie :

— *Enquêtrice : est-ce que vous prescrivez des traitements de substitution aux opiacés ?*

— *« Très peu. Par exemple, là, en ce moment, j'en prescris plus. Je vais avoir trois... quatre patients qui me viennent comme ça. »*

— *Diriez-vous que pour les patients qui sont dépendants au tramadol ou à la codéine, les TSO seraient conseillé ?*

— *« Pas forcément. » [Rires]*

— *Pourquoi ?*

— *« Je ne crois pas que ce soit indiqué, je crois que ça n'a pas vraiment la même... je ne sais pas. »*

— *D'accord. Je vous demande ça parce qu'à la microstructure, votre patiente ne voulait pas y aller, vous n'avez pas essayé les TSO pour ça ?*

— *« Pour son Ixprim ? Non ! Quand j'étais interne, j'avais eu une fois une patiente, mais qui avait vraiment des symptômes de sevrage quand elle ne le prenait pas – ça la rendait complètement mal, quoi. Et donc, elle, elle savait même plus pourquoi elle le prenait, quoi ; enfin, voilà. Donc, elle, on l'avait hospitalisée en fait en médecine... » [F-38 (93)]*

Pour cette praticienne, les MSO sont susceptibles d'induire une dépendance élevée et plus dangereuse que les MOA en termes d'effets indésirables. Pour les patients ayant développé une dépendance à un antalgique opioïde dans le cadre d'un traitement de la douleur, la « sortie médicamenteuse » est moins, voire nullement envisageable, pour certains médecins. En effet, les MSO ne sont pas conçus selon eux comme un traitement qui permettrait d'affirmer une amélioration de la qualité de vie des patients. Dans ces cas d'addiction aux MOA, ils estiment devoir plutôt s'orienter vers l'arrêt définitif du produit, qui rendrait mieux service aux patients que de les substituer :

« Je pense que c'est plus intéressant de rien prendre du tout quand même. C'est plus intéressant d'arriver à les sevrer complètement de tout médicament. Ça me paraît plus simple... Enfin, c'est plus difficile comme objectif, mais ça me paraît plus simple. Je ne suis pas sûr que j'irais proposer [la] méthadone à la place du tramadol, en tout cas, pas spontanément, quoi. [...] Enfin, quand je vois les patients sous méthadone, en fait, ils viennent quand même tous les mois chercher leurs mêmes médicaments, leurs mêmes trucs. Alors oui, c'est de la méthadone, ce n'est pas autre chose, mais déjà, ils sont quand même extrêmement dépendants ; quand il y a un souci d'ordonnance, il faut tout de suite les faire en urgence parce qu'ils ne peuvent pas en avoir. Enfin, je veux dire, c'est la même problématique, quoi. [...] c'est plutôt parce qu'ils ont fait la démarche de se sevrer qu'ils sont en meilleure santé que parce qu'ils prennent de la méthadone, à mon avis, que... je n'irai pas forcément leur proposer d'aller sur la méthadone parce que... je ne suis pas sûr qu'on leur rende service. » [H-36 (38)]

Ces extraits montrent que le manque de formation à la prescription des MSO ou à la prise en charge des addictions n'est pas la seule problématique dans la prise en charge de la douleur avec des antalgiques opioïdes. De plus, certains médecins s'opposent à l'introduction de médicaments de substitution aux opioïdes qui pourraient induire, selon eux, autant, voire plus de dépendance que le médicament à l'origine de la problématique.

Par ailleurs, l'identification des patients dépendants à un MOA n'est pas une action anodine. Pour une grande partie des médecins, il est difficile de penser que, parmi leur patientèle habituelle, un « *bon patient* »³⁰ douloureux soit devenu dépendant à une molécule opioïde ou puisse développer une addiction, étant donné qu'il n'est socialement « *pas marginalisé* » :

[En groupes de pairs ou dans des réunions pluridisciplinaires] « C'est rare qu'on parle de problématique liée aux opiacés chez des patients qui ne sont pas marginalisés, parce que souvent, c'est des usages chroniques, mais qui sont... je pense qu'on estime... qu'on étiquette comme moins à risque de se faire utiliser. [...] Par contre, quand il y a des patients qui sont identifiés comme étant demandeurs... [...] Il faut s'opposer frontalement [...] un patient que j'avais vu deux fois. C'était... mais c'était sur de la substitution, et qui me demande... J'ai dit : "Non, non. Là, ça va pas, il faut que..." Enfin, c'est non, et ça a été clair la dernière fois que je l'ai vu, donc... Alors là, pour le coup, c'était un patient qui était... enfin, marginalisé, sans domicile, et qui était dans une consommation de stupéfiants. » [F-33 (93)]

Lorsque l'addiction prend clairement le dessus sur la douleur, problème qui était jusque-là considéré comme étant du ressort de la médecine générale, ces médecins considèrent que cela n'est plus leur problème :

« J'ai mis un anti-inflammatoire [pendant une semaine] parce qu'à ce moment-là, c'était essentiellement ses genoux. Je l'ai incité à faire sa kiné... Et en revanche, j'ai pas "switché" par un autre palier 2 ni par un palier 3, à ce moment-là, puisque je considérais que c'était un peu son problème et qu'en fait, le problème, là, c'était plus l'addiction que la douleur et... En tout cas, c'est ce que j'ai ressenti. Et donc, du coup, en fait, ne l'ayant pas prescrit, je ne l'ai pas revu. Je ne l'ai pas revu jusqu'au... Le 11 février, il voit mon remplaçant. Donc, le 22 mars, il me voit moi... pour renouveler du tramadol, et je lui ai dit non. » [H-32 (92)]

Pour certains médecins, il est difficile de reconnaître de nouveaux profils addictifs, mais, même pour ceux capables de le faire, la complexité de la prise en charge demeure. Cette section a montré qu'une des difficultés à laquelle font face les médecins généralistes est de faire la part entre addiction aux MOA et chronicisation de la douleur. Il est donc possible de comprendre maintenant pourquoi rester sur les antalgiques veut aussi dire rejeter les traitements de substitution les plus classiques.

Situations problématiques de prescription : types et nature du problème

Cette deuxième partie du volet « médecins » de l'enquête EMOA explore les types de situations de prescription que les médecins généralistes considèrent comme problématiques en pratique courante et la manière dont ils et elles s'organisent (ou non) pour les prendre en charge. L'enquête a permis d'identifier quatre types de situations que les médecins généralistes considèrent comme problématiques. Analyser ces situations, ainsi que la nature du problème, permet de mieux comprendre pourquoi il est si difficile d'arrêter un MOA face au manque de bénéfice à long terme pour les patients, et pourquoi les prescriptions se chronicisent.

Quand le problème est inhérent au patient

Les médecins enquêtés identifient deux types de situations problématiques dans lesquelles la nature du problème est endogène au comportement du patient.

Des patients « à problèmes » proches d'un profil addictif classique

Le premier type de situation problématique concerne des patients présentant des caractéristiques proches d'un « profil addictif classique » en l'absence de douleur. La plupart des médecins enquêtés

30. Du point de vue du médecin, un « *bon patient* » peut être défini comme un patient « conforme aux compétences déployées » (Bergeron, 2001).

sont capables d'identifier des patients ayant des rapports problématiques aux MOA chez des populations qui entrent dans ce qui est souvent appelé un « *profil toxicomane* ». Les médecins décrivent ces patients comme présentant un large éventail de « problèmes de comportement », caractérisés comme « *manipulateurs* », « *menteurs* », « *exigeants* », « *exploiteurs* » du médecin, « *cherchant un gain secondaire* » dans la situation de prescription (mésusage, détournement, trafic, etc.). Cette description coïncide avec la notion de « *patient à problèmes* » développée dans les études sur l'expérience des médecins généralistes face aux patients qu'ils perçoivent comme difficiles à prendre en charge (Duprat, 2021 ; Steinmetz et Tabenkin, 2001).

Une partie des médecins soutient que ce type de patient n'appartient pas à leur patientèle habituelle. L'un des moyens par lesquels ces médecins repèrent un « profil toxicomane » est leur soupçon de nomadisme médical, en d'autres termes, l'infidélité vis-à-vis du médecin ayant initié la prescription. Ces médecins disent avoir un outil pour identifier un « *mésusage* » : le repérage de la consommation pharmaceutique via amelipro (applicatif informatique de l'assurance maladie). Pourtant, ils n'utilisent pas toujours ce moyen dans les cas nommés comme critiques :

« On identifie des gens qui ont probablement des conduites un peu toxicomaniaques et qui surconsommement un peu des paliers 2. [...] Alors, on a la possibilité maintenant avec amelipro de regarder la consommation de soins de l'année passée et on voit que le tramadol, tramadol, tramadol. — Vous l'avez corroboré avec amelipro pour ce patient ?] Non. Il faut la carte du patient, et comme il voit rarement les seniors, qui eux pourraient regarder, on n'a pas cette possibilité-là. » [H-61 (93)]

Pour les médecins enquêtés, la « demande d'antalgique » semble liée le plus souvent à un comportement addictif. Or, la manière de réfléchir à ce type de comportement et à la réponse à donner (céder ou refuser) diffère en fonction du type de patientèle. Pour un patient considéré comme appartenant à la patientèle habituelle (souvent définie au possessif : « *mes patients* »), « céder à une demande d'antalgique » que l'on a précédemment initié pour des douleurs qui se révèlent dépourvues de base organique objectivable (Dodier, 1991) semble fréquent, même si les médecins trouvent cela « *un peu problématique* » :

« J'ai un patient que je revois de temps en temps. Il a des cervicalgies que je n'explique pas trop. Il a déjà fait des bilans d'imagerie qui sont tous parfaits. Il n'y a rien de particulier. [...] J'ai prescrit du Doliprane 500 et du Dafalgan codéiné, parce que les anti-inflammatoires n'étaient pas efficaces dans un premier temps, tout en lui disant que ça pouvait avoir un côté addictogène [...]. Il est revenu assez régulièrement pour m'en redemander. Je culpabilise un peu de lui en avoir prescrit, mais en même temps, j'ai envie de soulager les douleurs des gens. C'est tout à fait possible qu'il n'ait pas de dépendance, car il me dit qu'il n'en a jamais eu avant. Je n'ai pas accès à amelipro, sinon j'aurais pu voir ce qu'il avait avant. » [F-28 (93)]

Si par rapport à l'hôpital et aux spécialistes, en cabinet de ville, les médecins généralistes sont plus dépendants de leurs patients que de leurs pairs (Freidson, 1984), la prescription médicamenteuse est un moyen de fidélisation d'une patientèle, un moyen de « *donner quelque chose en échange* », dans une logique de « réparation spontanée » (Rosman, 2010). La prescription est également vue comme un moyen d'établir une relation thérapeutique singulière avec les patients (Weiss et Fitzpatrick, 1997) (Bonah et Rasmussen, 2005). Mais cela semble dépendre du type de patientèle que l'on souhaite fidéliser. Pour un patient qui n'est pas considéré comme appartenant à la patientèle habituelle, tantôt l'absence de douleur apparente, tantôt la demande d'une molécule spécifique, justifie le refus d'un traitement antalgique :

« Quand ce ne sont pas des patients que je suis ou qui me connaissent, et quand je leur dis : "Oui, mais bon, le traitement, cela fait longtemps que vous le prenez, ce sont des grosses doses et tout ça", généralement, ils voient bien que je suis réticente. [...] Ce qui me fait céder, c'est plus si je le vois vraiment douloureux. Si ce sont par exemple des migraines très douloureuses, cela peut m'arriver. Pour le coup, c'est vraiment "consultation dépendant". Alors que si c'est une patiente qui n'a rien laissé du tout et qui vient – "j'ai mal" –, et que c'est CoDoliprane juste parce que cela fonctionne mieux, je dis non. Il faut déjà que l'on essaie quelque chose de plus faible. » [F-32 (93)]

Le rapport aux patientes et patients en demande d'antalgiques se caractérise par l'absence de mise en place d'une conciliation médicamenteuse³¹. L'attitude vis-à-vis de ces patients semble être le plus souvent le refus de la prescription et, parfois, de la prise en charge, puisque ces patients ne sont pas considérés comme étant de leur responsabilité. En outre, le soupçon de trafic d'antalgiques concerne le plus souvent la demande de paracétamol ou de Lyrica³² par des patients d'origine étrangère, mais rarement les MOA :

« Une fois, j'ai un patient, pareil, ce n'est pas mon patient, mais je l'avais vu plusieurs fois ce patient-là, il me demandait 10 boîtes de Doliprane à chaque fois. Je pense qu'il y avait un trafic derrière. [...] Je crois qu'il en envoyait en Afrique. » [F-32 (93)]

« On galère parce que c'est un profil de patients qui sont des patients migrants, souvent jeunes... alors beaucoup de Maghrébins, et qui viennent... C'est rigolo parce que tu les vois venir, tu les reconnais. Ils viennent, ils sont hyper... comme, allez, je ne vais pas jeter la pierre sur les toxicomanes, mais assez obséquieux, tu vois, ils te servent du : "Bonjour docteur, vous allez bien ?", et tout ça, tout ça. Et puis ils te parlent d'une boiterie, enfin, ils te présentent un symptôme douloureux chronique, et puis tout d'un coup, tu comprends qu'ils veulent du Lyrica, et rien d'autre quoi... Donc, ils viennent pour ça, et probablement il n'y a pas de douleur, mais ça a marché. [...] Il m'est arrivé une fois de refuser la prescription parce que je n'avais pas de dossier – et je l'ai senti venir. Et donc, je me suis levé, je l'ai accompagné, et il est parti. » [H-50 (67)]

Les extraits évoquent des patients qui reviennent parfois « tous les mois », mais qui ne sont pas considérés comme appartenant à la patientèle habituelle. La phrase « *il m'est arrivé une fois de refuser la prescription* » permet de comprendre aussi que, parfois, ce type de patients « *repart avec une prescription* ». Or, cette prescription peut être aussi être analysée comme une manière de se « *débarrasser* » rapidement de ces patients (Weiss et Fitzpatrick, 1997). Le fait que les médecins ne considèrent pas que les patients « *problématiques* » appartiennent à leur patientèle (y compris lorsqu'ils reviennent régulièrement) amène aussi à penser que ces médecins ne cherchent pas à les « *fidéliser* » ou à construire une relation au long cours avec eux. Cela permet de formuler l'hypothèse selon laquelle, pour une partie des médecins, la prise en charge des patients « *demandeurs* » d'antalgiques opioïdes et identifiés comme proche d'un « *profil addictif classique* » relèvent d'une forme de « *sale boulot* » (Hughes, 1996). Ici, dans la division morale du travail médical, cette tâche (dévaluée) de prescription auprès de ce type de patients fait l'objet d'une délégation auprès de certains médecins généralistes (notamment ceux qui sont conventionnés en secteur 1 et qui acceptent de recevoir des patients dont ils ne sont pas le médecin référent).

Finalement, si le refus d'antalgique est l'attitude la plus adoptée face aux demandes de patients devenus « *addicts* » à ces médicaments, certains médecins cèdent à la demande sans forcément assurer le suivi de cette problématique. Il est possible d'affirmer que se servir de l'outil Amelipro pour repérer un mésusage est chronophage pour les médecins, mais que s'il était réellement utilisé pour le but mentionné, cela amènerait à refuser une prescription ou à proposer des sevrages, alors que certains ne sont pas prêts à le faire :

« C'est une patiente qui est "addict" au tramadol [...] je devrais – et beaucoup de médecins le font – regarder dans les bases Ameli qui a prescrit quoi, comment – on peut retrouver les prescriptions des autres médecins pour voir si elle en a eu ailleurs. Ça, je le fais peu, ou pas. » [H-35 (75/93)]

« Si j'ai le soupçon qu'ils me mentent, je prends le risque qu'ils me mentent, parce que moi, j'ai la conviction que traiter la douleur, c'est plus important que prendre des gens pour des menteurs, je préfère que... Voilà, de toute façon, on finit toujours par les voir et, quand il y a du mésusage, si un jour je me rends compte, c'est l'occasion d'en parler et de les suivre pour leur mésusage. » [F-30 (93)]

31. Selon le ministère de la Santé et de la Prévention, « *La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient, autour d'un dialogue, et repose sur le partage d'informations et sur une coordination des différents professionnels qui l'entourent.* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021).

32. Il faut noter que le développement de l'usage de Lyrica hors cadre médical a été constaté dans le dispositif TREND de l'OFDT (Gérome et Gandilhon, 2020).

Alors que des outils de dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes (échelle POMI) ou d'Évaluation du risque de mésusage avant prescription d'un antalgique opioïde (échelle ORT) existent (Daulne Sommier, 2020), il apparaît que les moyens de repérer des patients dépendants à un MOA ou susceptibles d'effectuer un « *mésusage* » de ces médicaments sont vagues et intuitifs. De surcroît, si les médecins mentionnent amelipro comme une alternative à ces outils, celui-ci n'est cependant pas un instrument de dépistage ou d'évaluation des addictions.

Outre les caractéristiques qui font des « patients demandeurs et demandeuses » de MOA des « *patients difficiles* » en médecine générale (Hardy *et al.*, 2020), ce que l'on retient de ces extraits est la responsabilité vis-à-vis d'eux et d'elles, selon que ces patients sont ou non considérés comme faisant partie de « *leur* » patientèle. Ce sentiment de possession définit aussi les conditions dans lesquelles se fait l'itinéraire des patients vers d'autres professionnels, puisque l'orientation est elle-même un déterminant du parcours de soins. Selon que ces médecins considèrent devoir assurer le suivi du patient ou de la patiente tout au long des étapes de la prise en charge, ou selon qu'ils acceptent de concevoir leur intervention comme ponctuelle (Bergeron et Castel, 2010), le parcours ne se construira pas de la même manière.

Les anciens usagers de drogue avec une douleur chronique

Le deuxième type de situation problématique concerne des patients ayant développé une addiction à un produit par le passé (anciens usagers de drogue) et qui présentent une douleur pour laquelle un MOA est indiqué. Le cas d'un médecin formé en addictologie et ayant une expérience en CSAPA faisant face à un patient expert en addictions est ici intéressant. Ce qui est en jeu est en effet la tension entre l'insuffisance de la prise en charge de la douleur et la crainte de créer un problème au patient en le rendant dépendant à un MOA :

« Ce patient a pour antécédent une dépendance à l'alcool et aux opiacés. Quelqu'un qui est donc à risque de dépendance et qui connaît très bien les milieux d'addictologie. Ce patient avait une sciatique horrible. Il n'arrivait plus à marcher ni à rien faire. Il s'était déjà automédiqué avec du tramadol, sur des posologies assez importantes. Au point que je ne pouvais plus augmenter le tramadol et qu'il était non répondeur à la codéine. [...] C'était donc de l'automédication, cela peut ne pas être bon, mais là, c'était à juste titre. Il avait bien fait. Il connaissait bien son corps, les réactions, donc, il a bien fait, en fait. Il est venu au moment où son automédication devenait insuffisante. Il avait épuisé les paliers 2 et donc, j'ai dû introduire, avec réticence, de la morphine. [...] J'étais inquiet à cause de son risque de dépendance. J'ai dû augmenter les posologies de morphine. J'ai eu peur de sous-traiter ce patient, à cause de son antécédent de dépendance aux opiacés. Pourtant, je sais, pour avoir travaillé en addictologie, qu'on peut facilement augmenter la posologie chez des patients qui ont des antécédents d'addiction. » [H-36 (75)]

Les médecins sont tenus d'être vigilants lors de la prescription d'antalgiques opioïdes à l'attention des anciens usagers de drogues. La feuille de route « *Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022* », publiée par le ministère de la Santé (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019), souligne « *la nécessité d'un repérage systématique des risques de dépendance ou mésusage au cours du suivi par les professionnels impliqués (médecin, pharmacien, infirmier...)* ». Or, le traitement de la douleur à l'aide de MOA, tout en restant vigilant envers les personnes dépendantes (ou ayant été dépendantes aux opiacés), semble constituer un dilemme du point de vue du médecin. Ce médecin [H-36 (75)] formé à l'addictologie fait confiance aux savoirs experts de son patient, ancien usager de drogues. Il considère même qu'il a « *bien fait l'automédication* », c'est-à-dire de recourir de sa propre initiative à un médicament issu d'une prescription antérieure (Fainzang, 2012). Ce n'est donc pas l'« *automédication* » qui déstabilise le médecin, mais bien l'identité stigmatisée de « *toxicomane* » (Bergeron, 1999). La stigmatisation peut être présente, alors même que le « *savoir expérientiel* » (Dassieu, 2019) du patient vis-à-vis du médicament opioïde est mobilisé dans la prise en charge :

« Malgré tout, me dire que le mec a mis quasiment vingt ans de sa vie à diminuer cela, que lui réintroduire, c'est une décision qui peut remouiller vingt ans de sa vie. C'est terrible de prendre cette décision dans une urgence, face à quelqu'un qui a mal, décision qui est très lourde de consé-

quences et potentiellement dangereuse. [...] Mais en fait, cela allait. C'était juste une histoire normale d'une sciatique hyper douloureuse. Sauf que le mec est arrivé avec un CV de suspicion. [...] c'est un délit de faciès, un délit d'antécédents. S'il n'avait pas eu cet antécédent, j'aurais fait la même chose, mais je n'aurais pas eu peur de faire n'importe quoi. » [H-36 (75)]

Cette précédente situation, qui met en difficulté ce médecin, ressemble à la situation typique des patients devenus dépendants à un MOA pris en automédication pour soulager une douleur. C'est le cas des codéinés (notamment des sirops contre la toux et de médicaments contre la douleur) qui, depuis le 17 juillet 2017, nécessitent une prescription médicale pour être délivrés³³. Tout l'enjeu est de savoir ce que les médecins sont en mesure de faire lorsque la dépendance prend le dessus sur la douleur.

Quand le problème est inhérent au médicament

Les médecins identifient deux types de situations problématiques pour lesquelles la nature du problème réside dans le médicament du fait de son profil « *addictif* », ou parce que des situations de douleur persistantes se retrouvent en échec avec les thérapeutiques médicamenteuses disponibles.

Quand la douleur rend inévitable la prescription chronique

Les médecins racontent des cas où la prescription chronique de médicaments semble inévitable en raison d'une situation douloureuse qui s'est chronicisée, comme l'explique cette praticienne : « *J'ai l'impression d'avoir beaucoup de patients qui ont des douleurs chroniques et qui ont toujours le même médicament. Et en fait, on se demande vraiment pourquoi.* » [F-33 (75)]

Les prescriptions régulières de tramadol pour ce patient soixantenaire d'origine égyptienne, présentant une arthrose et une gonarthrose, sont moins questionnées par cette praticienne que la restriction de faire rentrer cette ordonnance en Égypte :

« [Il] est devenu dépendant du tramadol. Et ça a posé pas mal de problèmes, parce qu'en Égypte, c'est interdit et c'est considéré comme une drogue, même quand il y a des prescriptions médicales. Et donc, du coup, il y a eu pas mal de soucis à cause de ça parce que du coup, il pouvait plus retourner en Égypte voir sa famille. » [F-33 (93)]

Pour une grande majorité de médecins, reconnaître un problème de dépendance d'addiction aux MOA n'est pas évident, surtout lorsque ces patients ne présentent pas de ressemblance avec un « *profil addictif classique* » et souffrent de douleurs chroniques. Autrement dit, lorsqu'une patiente ou un patient présentant une douleur chronique pour laquelle le médecin s'estime dans l'obligation de prescrire un antalgique opioïde de manière chronique, la dépendance à ces médicaments n'est pas conçue ni réfléchie comme un problème.

Il existe également des situations qui, dans la pratique et l'évolution du médecin, sont initialement entendues et prises en charge comme étant des cas d'addiction classique à un médicament pris pour soulager une douleur mais, lorsque la douleur prend clairement le dessus sur l'addiction, le renouvellement de l'ordonnance devient indiscutable. Un récit intéressant ici est celui d'un médecin généraliste d'une MSP d'un département situé au sud de Paris, également diplômé en sociologie et en santé mentale, et le seul à ne pas mentionner la revue Prescrire comme source d'information (sa source principale est un chef de service de l'AP-HP spécialisé en évaluation et traitement de la douleur). Il s'agit de la prise en charge d'un patient de 25 ans, initialement automédiqué depuis très jeune avec du Dafalgan codéiné pour soigner ses maux de tête, notamment à l'époque où ce médicament était en vente libre en pharmacie. Lorsque les codéinés deviennent sous ordonnance obligatoire, c'est ce médecin exerçant en MSP qui lui fait la prescription (du Dafalgan codéiné) pour traiter ce qui est, à partir de là, diagnostiqué comme « *céphalées chroniques* ». Au cours du temps, le patient commence à augmenter sa consommation et à faire des fausses ordonnances. Le

33. Arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses, JORF n° 165 du 16 juillet 2017.

médecin propose alors un MSO (de la buprénorphine) mais, deux mois plus tard, la persistance de la douleur l'amène à revenir vers l'antalgique opioïde :

« [...] il est assez intelligent ce gamin, et assez volontaire. Et il se drogue plus du tout, plus du tout, du tout. Il fait beaucoup de sport [...] D'abord, je lui avais prescrit de la buprénorphine pour le sevrer... Je crois, de mémoire, que deux ou trois mois, je lui avais prescrit la buprénorphine. Et puis, finalement, on a essayé de trouver d'autres solutions pour traiter ses maux de tête. Et on est revenus au Dafalgan codéiné, parce qu'il y avait finalement que ça qui le soulageait. Ça m'a un peu embêté, mais... il surconsomme pas. On fait des délivrances hebdomadaires dans une seule pharmacie. Je vérifie régulièrement avec l'assurance maladie [...] je suis à peu près sûr qu'il respecte le truc... Mais il est toujours sous Dafalgan codéiné. » [H-43 (91)]

La prescription chronique d'un MOA (qu'elle soit régulière ou intermittente, mais prolongée dans le temps) n'est pas conçue par le médecin comme problématique puisque le patient se trouve maintenant dans « le cadre thérapeutique ». Le respect du cadre thérapeutique est ici interprété comme étant à l'opposé – à la fois – de comportements addictifs et de l'automédication. Autrement dit, le patient n'est plus « dépendant au médicament », il est maintenant « *dépendant de l'autorité médicale* ». Qu'il s'agisse de la victoire du « *choix imposé par le patient* » (Noguez, 2017) ou pas, le pouvoir entre ces deux acteurs a varié dans le temps et selon l'évolution de la situation (Bouchard, 2017).

Prise chronique considérée elle-même comme problématique

Il est illusoire de penser que, parce que la grande majorité des médecins enquêtés appartiennent à une génération de médecins bien formée aux risques d'effets indésirables des médicaments (y compris de dépendance et de mésusage), il est facile pour eux d'identifier et de prendre en charge un patient étant devenu dépendant à un MOA. Qui plus est, rares sont les médecins qui parviennent à reconnaître des « *nouveaux profils addictifs* », éloignés des stéréotypes de la « *toxicomanie* ».

Si l'approche dominante de la problématique liée aux usages de produits psychoactifs reste profondément marquée par le poids de l'héritage historique et par nombre de stéréotypes³⁴ qui la nourrissent (Crespin *et al.*, 2017), la diffusion de la consommation de ces produits chez les hommes et les femmes de tous âges et dans tous les milieux sociaux n'est plus à démontrer aujourd'hui (Beck *et al.*, 2010 ; Coscas, 2016 ; Jauffret-Roustide, 2014). Au cours du XIX^e siècle, les principaux consommateurs de « substances maudites », comme l'opium et plus spécifiquement les morphiniques, sont les professions médicales (qui ont un accès privilégié à ces produits), les militaires (pendant la guerre, les dérivés de l'opium servent à donner force et bravoure aux soldats et, ensuite, à soigner les dégâts psychologiques), les femmes avec un statut social élevé, des artistes, des intellectuels et des prostituées (Bachmann et Coppel, 1989 ; Maugeais, 1988). Lorsque la consommation de substances psychoactives s'étendit aux classes laborieuses européennes, au début du XX^e siècle, en impulsant par là des processus de régulation de leur usage et de clarification de leur finalité – usage thérapeutique ou illicite –, il devenait difficile de penser que l'addiction serait un problème commun à des groupes sociaux si opposés, à savoir notables et marginaux (Bergeron, 2009 ; Retaillaud-Bajac, 2009). S'agissant des MOA aujourd'hui, les femmes entre 30 et 50 ans, les jeunes « *bien insérés* » socialement et économiquement, ainsi que des personnes âgées de 75 ans et plus, ne sont pas associés par les médecins (et les professionnels de la prise en charge en général) aux problématiques d'addictions. Ces populations apparaissent néanmoins clairement dans le récit des médecins enquêtés :

« Il y a tout un tas de gens qui sont accrochés à des molécules et ce sont des "Monsieur tout le monde" – des médecins, des avocats, des boulangers, ce que vous voulez. En fait, il faut apprendre à changer notre regard là-dessus, parce qu'en réalité, on a l'impression que ça n'existe

34. Crespin et ses collègues (Crespin *et al.*, 2017) mentionnent l'alcoolisme des ouvriers, la défonce des jeunes de quartier, le toxicomane en manque accroché à son shoot, et la marginalisation de tous ceux qui « *se sont fait prendre par leurs produits...* ».

pas, parce qu'on ne les recherche pas. Mais, si vous questionnez réellement les ordonnances [...], vous voyez que c'est toute une histoire de prescription, où les gens prennent ça depuis 10 ou 20 ans. » [H-36 (93)]

« Dans le cabinet, nous avons un patient qui est jeune et qui a une insuffisance rénale. C'est un peu compliqué, car ce n'est plus un adolescent, aujourd'hui. Il doit avoir 25 ans. Cependant, il a été un enfant avec une pathologie rénale grave. [...] Enfin, j'ai été assez claire avec lui, donc il ne vient plus me voir. Il venait en faisant un peu de chantage affectif, car il avait mal. Or il avait clairement un mésusage avec la codéine. » [MG F-35 (75)]

Il est important de souligner que la reconnaissance de nouveaux profils de patients est le premier pas vers la prise en charge et une manière de reconnaître et rendre ainsi possible l'accès aux soins dans les centres spécialisés. Le positionnement des médecins qui le font est déterminé par un certain nombre d'attributs qui seront traités dans le prochain point.

L'organisation de la prise en charge de situations problématiques

L'enjeu de cette sous-partie est de remettre au centre de l'analyse la dimension organisationnelle de la pratique médicale afin d'expliquer un constat qui émerge du terrain, à savoir des pratiques différenciées des médecins dans la prise en charge de situations problématiques, et plus particulièrement en matière d'identification et de prise en charge de cas de dépendance aux médicaments opioïdes antalgiques (MOA).

« Internaliser », « externaliser » ou « minimiser » les problèmes avec les MOA

L'enquête EMOA fait le constat d'une différenciation des pratiques des généralistes selon la manière dont les problèmes avec les MOA sont « *internalisés* », « *externalisés* » ou « *minimisés* »³⁵. Cette réflexion sera nourrie à partir de l'approche qui consiste à distinguer les médecins selon leur « *positionnement sur* » et leur « *engagement dans* » la chaîne thérapeutique. Le travail de Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2010) mettant l'accent sur les logiques professionnelles d'organisation des soins est celui qui aide le mieux à réfléchir sur un élément central dans les activités de soin : la coopération entre professionnels. Selon ces auteurs, la coopération dépend du positionnement des différents partenaires dans la chaîne thérapeutique et de la possibilité d'une combinaison – ou « *appariement* » – entre un professionnel (dit « *captant* »), qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long de sa trajectoire, et d'autres professionnels (dits « *non-captant* »), qui vont plutôt concevoir leur intervention comme ponctuelle.

Il est donc possible d'anticiper que les généralistes qui délèguent la prise en charge de situations critiques avec les MOA – en adressant les patients concernés à des spécialistes (addictologues, rhumatologues, psychologues, etc.) ou en centres spécialisés (consultation douleur ; CSAPA ; centre de désintoxication, etc.) – externalisent le problème de l'addiction ou de la dépendance à un MOA. Ces médecins se retrouvent ainsi quasiment dans une position de « *non-captant* », puisqu'on verra qu'ils se chargent du suivi et du renouvellement des traitements préconisés ailleurs, sans considérer que l'addiction est un problème qui leur incombe. L'exemple suivant correspond au récit d'un jeune médecin, à propos de ses pratiques en tant que remplaçant dans un cabinet individuel libéral. Il s'agit d'une réflexion sur la prise en charge d'une addiction au tramadol pour une patiente de 29 ans, décrite comme « *très jolie, sympathique et attachante* », directrice de crèche à Paris :

« Quand tu me poses cette question, j'ai très envie qu'elle arrête, mais j'ai cette patiente qui en prend depuis des années ; je pense que c'est au CSAPA de le faire ou, en tout cas, j'aimerais externaliser cette problématique et je suis très content que ce soit le centre XX qui s'en charge. Quand elle vient m'en quémander une petite boîte, je donne, à tort. » [H-35 (75/93)]

35. Pour une version synthétique et remaniée de cette dernière sous-partie, voir : (Duprat, 2023).

A contrario, des généralistes prennent directement en charge les situations critiques avec les MOA. Ces professionnels internalisent les problèmes d'addiction et de dépendance aux MOA en coordonnant la prise en charge des patients concernés grâce à la mobilisation des ressources dont ils disposent. L'extrait suivant correspond au récit d'un médecin travaillant dans une MSP qui met en œuvre, sur une période de cinq mois, le sevrage d'un patient de 32 ans, dépendant au tramadol. Après avoir échangé avec son patient, dépisté un mésusage de tramadol et l'avoir informé, le praticien propose une diminution progressive des doses de tramadol, par paliers, similaire à celle recommandée par la revue Prescrire (Prescrire Rédaction, 2021) et en collaboration avec sa collègue psychologue travaillant dans la MSP :

« Chef de cabinet [dans une] mairie d'une grosse métropole. Il est en situation d'obésité et il prenait du tramadol pour des douleurs de dos depuis, je crois, deux ans quand je l'avais vu. Quelqu'un qui travaille énormément... Il avait vraiment un travail compliqué, il travaillait beaucoup, etc. Et donc, pour le coup, c'était rigolo parce qu'au début, il n'avait pas compris qu'il avait justement un mésusage du tramadol. Je l'ai amené, en le questionnant, à lui dire : "Attendez, vous n'en prenez pas pour de bonnes raisons." Et dès qu'il a compris ça, il a voulu aller vite sur le sevrage. [...] Il en a repris par la suite, dans un moment de faiblesse, parce qu'il a été mis en difficulté au travail – il était accusé de choses pas très sympa. [...] mais il ne repartait pas de zéro. [...] Il s'est donc sevré hyper rapidement et en fait, il a eu un, deux mois vraiment hyper durs, où il était douloureux, mais comme un sevré. [...] Il a vu d'autres interlocuteurs, forcément. Notamment, je l'avais adressé parce qu'il avait eu un syndrome dépressif important. Par la suite, il a eu un événement compliqué au travail. Là, je l'avais amené à voir une psychologue, ma collègue, en l'occurrence. » [H-36 (93)]

Facteurs explicatifs de pratiques différenciées des médecins

Déterminants de la pratique	Types de réponses aux situations problématiques avec les MOA		
	Internaliser les problèmes	Externaliser les problèmes	Minimiser les problèmes
Conception du rôle de la MG	L'addiction fait partie de la prise en charge globale. Coordonner une équipe pluridisciplinaire. Assurer le suivi/accompagner un sevrage.	L'addiction n'appartient pas au domaine de compétence de la MG. Orienter le patient vers des spécialistes. Assurer le suivi/renouveler les traitements.	Le traitement de la douleur est maximisé par rapport à celui de l'addiction. Prendre l'avis des spécialistes de la douleur. L'addictologue pourrait négliger la douleur.
Formation et expériences	Détenir un diplôme ou une expérience en : Addictologie Santé mentale Sport-Santé Gériatrie et/ou soins palliatifs Hypnothérapie	Sans formation en lien avec la prise en charge de la douleur ou des addictions.	Sans formation en lien avec la prise en charge de la douleur ou des addictions.
Contexte de la pratique	Médecine intégrée dans des réseaux de correspondants solidifiés. - Ex. MSP ou CS + MSMA	Manquer de réseau de correspondants. - Ex. CS	Médecine peu intégrée dans des réseaux de prévention ou de prise en charge d'addictions. - Ex. cabinet libéral
Rapport à l'usage du médicament	Sensibilisation aux risques d'effets indésirables et de dépendance induits par les MOA Informer les patients des risques, y compris dépendance et syndrome de sevrage.	Ne pas mentionner tous les risques, mais échanger sur la dépendance.	Inconfort d'annoncer une dépendance médicamenteuse. Peur de stigmatiser...

Enfin, une majorité de médecins tendent à minimiser les problèmes que les MOA font encourir à leurs patients. Ces médecins sont ceux qui rejettent le plus les cas difficiles énoncés dans la sous-partie précédente. Ils minimisent les problèmes avec les MOA en raison de leur éloignement vis-à-vis des réseaux de prévention ou de prise en charge d'addictions, ou bien du fait d'un manque d'intérêt pour ce type de situations et, par conséquent, de désengagement et de déresponsabilisation vis-à-vis des patients concernés. Ces caractéristiques expliquent aussi leurs difficultés à reconnaître des nouvelles situations de dépendances ou d'addictions médicamenteuses. L'extrait suivant correspond au récit d'une praticienne en fin de carrière, ayant exercé presque toute sa vie dans un cabinet de groupe situé dans un quartier historique parisien. Elle réfléchit sur la seule situation décrite comme problématique qu'elle dit avoir, correspondant à un patient de 64 ans, ancien pâtissier du quartier qu'elle suit depuis 2009 à la suite d'un accident de travail, et pour qui elle renouvelle du tramadol depuis 2011 jusqu'à présent (2021) :

« Le tramadol, je suis sûre qu'il y a une dépendance et que ça fait trop longtemps qu'il le prend... C'est une situation qui n'est pas satisfaisante, mais stabilisée [...] Mais c'est vrai que je n'avais pas imaginé traiter ça comme un problème qu'on pourrait résoudre avec le CSAPA... Mais, en même temps, je ne sais pas, je ne vais pas lui dire : "Vous savez, je pense que vous êtes dépendant de votre traitement." Mais quelle est la solution que je propose par rapport à ses douleurs ? [...] Le CSAPA, je n'avais pas pensé du tout, parce que c'est vrai que je le vois trop pour les addictions aux substances ou l'alcool, mais je ne le vois pas pour les addictions médicamenteuses. » [F-63 (75)]

Les médecins généralistes n'appréhendent pas les situations problématiques de la même manière selon qu'ils se trouvent en contextes d'exercice plutôt isolés ou bien dans des contextes organisationnels plutôt intégrés, avec d'autres professionnels (en cabinet libéral ou en maison de santé pluridisciplinaire, etc.). En médecine générale, le spectre de ce qu'il est possible, ou pas, de faire avec un patient est susceptible de changer en fonction du contexte organisationnel d'exercice des médecins. Il s'agit surtout d'interroger ces facteurs, qui expliquent les différences rencontrées dans la manière de gérer les situations problématiques. Le tableau 3 propose une grille de lecture des différents rapports aux situations problématiques. Les prochains points reprendront ce tableau afin d'analyser les déterminants des pratiques différenciées des médecins dans l'organisation de la prise en charge de situations problématiques.

Les problèmes avec les MOA, un domaine de compétence de la médecine générale ?

Coordonner une équipe ou déléguer une prise en charge

La manière dont les médecins appréhendent les situations problématiques avec les médicaments opioïdes participe de la définition du rôle de la médecine générale qu'ils se forgent. La conception du rôle de la médecine générale est donc une dimension importante du positionnement et de l'engagement des médecins généralistes dans la prise en charge des situations problématiques, et notamment des addictions.

Pour les médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA, assurer le suivi du patient signifie devoir se coordonner avec d'autres professionnels intervenants dans leurs prises en charge. C'est le cas d'une praticienne qui reprend en 2019 la patiente d'une collègue de la MSP en congé maternité. Il s'agit de la prise en charge d'une femme de 63 ans, présentant des douleurs chroniques auxquelles se surajoutent : une tendinite du poignet, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (difficilement diagnostiquée et traitée par opération en 2016), et un syndrome dépressif. Elle est complètement sevrée au début de 2022, après avoir été traitée depuis 2009 par des antalgiques de palier 2 (codéine et tramadol), puis de palier 3 depuis 2016 (oxycodone et Oxynorm). Son cas était souvent soulevé en équipe pluridisciplinaire au sein de la MSP. La patiente est invitée à consulter une addictologue de leur réseau. L'addictologue propose un sevrage et la praticienne enquêtée assure le renouvellement du MSO :

« [...] mais ce n'était pas moi qui décidais comment diminuer, c'est l'addictologue qu'elle voyait à l'hôpital, tous les mois ou tous les deux mois selon les périodes d'évolution. Comme cette dame comprend très bien, l'addictologue lui donnait des consignes et lui disait comment baisser. Moi, je

faisais les ordonnances, mais je ne faisais pas le contrôle qu'on peut avoir avec certains patients quand on prescrit certains morphiniques ou des substituts, par exemple Subutex et méthadone.

— *Enquêtrice : pourquoi ?*

— *Elle n'avait pas le profil à développer des addictions. » [F-35 (92)]*

Les généralistes qui internalisent les problèmes avec les MOA sont soucieux d'apporter une vision globale des patients (notamment à partir d'une approche médico-psycho-sociale de la personne). L'addiction fait ainsi partie de cette prise en charge globale qu'ils prônent. Suivre le récit d'un médecin [H-36] exerçant dans une MSP dans un quartier populaire d'une ville du Rhône, sans diplôme autre que celui de médecine générale, permet de tenir compte de l'ensemble des difficultés de la prise en charge d'une patiente devenue dépendante à la codéine. Il s'agit d'une femme de 26 ans, caractérisée comme ayant une histoire compliquée sur le plan personnel et familial, et peu insérée socialement. Ce médecin est amené à se coordonner avec un psychiatre d'un Centre médico-psychologique qui la suit sur le plan psychiatrique :

« Elle avait une maladie cardiaque – plus jeune, elle a été opérée. Je pense qu'elle a eu de la codéine dans la suite de la chirurgie. Et surtout, elle a été victime, je pense, de la prescription des dérivés de la codéine sous d'autres formes, c'est-à-dire qu'il y avait même énormément, par exemple, de... à l'époque, de sirop antitussif à base de codéine, ce qui fait qu'elle a toujours eu de la codéine, en fait, quand elle était enfant, et puis quand elle était jeune adulte... Et peut-être que mon confrère a... a donné beaucoup, beaucoup de... puisqu'elle réclame beaucoup du sirop, du sirop, du sirop. » [H-36 (38)]

Dans cet extrait, le médecin se montre responsable de cette patiente, qu'il a reprise à son collègue généraliste suite à une situation que l'on peut qualifier de « dérive dans la relation de prescription » avec ce dernier. La diversité de demandes, les plaintes floues et les comorbidités se révèlent difficiles en médecine générale, quel que soit le type de patient. Parfois, la dépendance à un MOA n'est qu'un problème qui s'ajoute à une plus grande variété de motifs de consultation à laquelle se confronte le médecin. Sans engagement de sa part, la prescription de médicaments en réponse directe à la demande pourrait devenir une manière d'expédier les patients difficiles et chronophages (Rosman, 2010 ; Vega, 2012) :

« Elle est très difficile à cadrer parce qu'à chaque fois qu'elle est dans la salle de consultation, elle a plein de choses à dire, donc, ça dure des plombes. On peut lui prendre des RDV qu'elle n'honorera pas forcément [...]. Donc, j'avoue que c'est un petit peu épuisant, quoi. [...] Mais elle est toujours très dépendante à la codéine, en fait, et tous les motifs de consultation qu'elle m'amène sont pas forcément liés à ça. Mais en tout cas, elle est satisfaite que lorsqu'elle repart avec de la codéine dessus. [...] Donc, il y a clairement un côté très, très addictif, puisqu'il suffit de le mettre pour qu'elle s'en aille. » [H-36 (38)]

Le psychiatre intervenant dans la prise en charge depuis très peu de temps se montre peu coopératif dans la prise en charge du problème d'addiction que le généraliste prend en main (par exemple, il n'envoie pas de compte-rendu de consultation, de lettre ou de courriel au généraliste) :

« C'est le psychiatre qui donne les psychotropes, et c'est que lui qui s'en occupe et qui souhaite que je renouvelle la codéine. Voilà. Mais alors, après, ce n'est pas une règle formelle... En tout cas, c'est ce que j'ai compris. Je regarde de temps en temps chez cette dame, sur le site ameli-pro, les délivrances de médicaments. Et globalement, elle se sert quasiment plus que de mes ordonnances, maintenant. Donc, on tient à peu près le rythme comme ça. J'avais négocié avec le psychiatre une dose max de codéine qu'il ne fallait pas dépasser, je m'y tiens. C'est-à-dire que je ne change jamais la posologie sur mon ordonnance... J'ai du mal à faire "moins" pour l'instant. [...] La discussion avec le psychiatre n'a pas été extrêmement... il n'y a pas eu de concertation, en tout cas. C'est la patiente qui fait passer les messages, généralement. » [H-36 (38)]

Parmi les médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA, les difficultés de travailler avec des acteurs appartenant à des réseaux extérieurs aux leurs existent également, du fait de logiques de fonctionnement très différentes :

« Et puis, y a des centres d'addiction, mais c'est pareil... ils prennent que les gens quand même motivés, avec des envies de se soigner. Cette dame, elle a pas du tout envie de se soigner. »
[H-36 (38)]

Cette observation sur l'importance d'adresser des patients « conformes » au profil attendu avait déjà été faite dans d'autres enquêtes empiriques : *« Les professionnels du soin de la toxicomanie et de l'alcoologie qui s'intéressent au traitement de l'addiction à proprement parler cherchent à établir des relations avec des "fournisseurs" qui sont susceptibles de leur envoyer des patients qui sont motivés à l'arrêt de leur intoxication »* (Bergeron, 2001). Travailler la motivation à arrêter au cours du suivi des patients est un objectif important pour les médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA. Parfois, c'est justement parce que d'autres problèmes de santé, socioéconomiques et relevant de la relation avec les professionnels doivent être réglés en amont qu'ils internalisent la gestion du problème d'addiction :

— *Enquêtrice : comment pouvez-vous l'arrêter ?*
— *Pas immédiatement, parce que je pense que je n'arriverai pas. Il y a trop de freins chez elle. Il y a d'autres choses à mettre en place avant. Déjà, faudrait qu'il y ait une vraie alliance thérapeutique parce que pour l'instant, c'est quand même vraiment bancal, elle est très nomade. [...] je pense que c'est pas la priorité, parce que, enfin, elle a plein de choses à faire par ailleurs au niveau psychiatrique et sur d'autres plans... Il faudra lui trouver un travail. Il y a plein de choses à faire pour qu'elle puisse se sevrer. »* [H-36 (38)]

Travailler la motivation d'arrêter à long terme est également le propos d'une praticienne exerçant dans un centre de santé, formée à l'addictologie et travaillant à mi-temps dans un CSAPA :

« [...] si le patient ne veut pas, n'est pas prêt à changer, on ne peut rien faire – à part si on est inhumain, on ne va pas lui braquer sa dose –, mais en essayant de travailler quand même la motivation au long cours. Je ne dis pas qu'il ne faut rien faire et renouveler. Il faut régulièrement reparler de cette prescription et lui dire : "On ne va pas faire ça toute la vie, il va falloir essayer de changer." Mais en même temps, lui, il a probablement d'autres problèmes plus urgents à régler dans sa vie. » [F-33 (75)]

Internaliser les problèmes avec les MOA implique aussi de composer avec les contraintes du système économique et de l'insertion sociale. En d'autres termes, tout en essayant de modifier les ordonnances et d'aboutir à l'arrêt, ces médecins vont tenir compte de l'environnement dans lequel évolue la douleur, souvent à l'origine de son aggravation ou de sa chronicisation :

« [...] si c'est un patient qui n'a pas de travail, qui est tout seul, qui vit dans de mauvaises conditions, par exemple, qui dort par terre, typiquement, et qui a mal au dos, si on ne règle pas le problème du couchage, tu as beau lui donner du Doliprane, il va tout le temps avoir mal au dos. Clairement, pour moi, le côté le plus frustrant, c'est le côté social, parce qu'on ne peut pas jouer sur les revenus des gens, sur les conditions de logement, sur l'entourage. » [F-33 (75)]

Dans ce groupe identifié de médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA, on ne retrouve pas le profil du médecin libéral qui travaille « vite » (Vega, 2012). Il s'agit plutôt de médecins capables de prendre en charge la plainte des patients en s'appuyant sur la relation humaine, des médecins qui ont donc des qualités relationnelles traduites en pratiques : accorder plus de temps d'écoute, analyser les conditions socioéconomiques de la plainte, travailler en réseaux professionnels, etc. (Hardy, 2012).

En revanche, celles et ceux qui externalisent les problèmes avec les MOA considèrent que l'addiction n'appartient pas au domaine de compétences de la médecine générale. Autrement dit, ces médecins ne se définissent pas comme compétents sur les problèmes d'addiction ou de dépendance médicamenteuse (notamment par manque d'expérience, de formation ou de diplôme supplémentaire en lien avec la prise en charge de la douleur ou les addictions). Cela explique en

partie pourquoi ces médecins préfèrent adresser les patients vers des spécialistes de la pathologie ou du problème préalablement identifié, qui travaillent souvent dans des institutions spécialisées sur ce problème (la douleur ou les addictions, par exemple) ou sur ce type de patientèle (les douloureux chroniques ou les usagers de drogues) (Bergeron et Castel, 2010).

D'autres facteurs explicatifs de pratiques d'externalisation des cas problématiques sont à chercher dans le fait que les généralistes ne sont pas nombreux à considérer la prise en charge d'une addiction ou d'une dépendance aux MOA comme un acte noble ou valorisant pour leur métier. L'examen de la manière dont les médecins organisent la prise en charge de situations problématiques met en lumière des logiques de délégation du « *sale boulot* » (Hughes, 1996). La phrase « *j'aimerais externaliser cette problématique* » [H-35 (75/93)], en parlant d'une patiente « *addict'* », incarne ce phénomène de délégation.

Les cas complexes de dépendance ou d'addiction médicamenteuse, comme c'est aussi le cas pour les addictions à d'autres produits, peuvent être considérés comme chronophages, surtout en cabinet libéral. Ce type de situations problématiques exige des processus de soins et de traitements longs, caractérisés par des allers-retours souvent traversés par des moments d'échecs, où les médecins doivent parfois recommencer à zéro (Lépine *et al.*, 2022). Il est possible d'imaginer que, pendant un certain temps, ces médecins contribuent avec leurs prescriptions au maintien d'états qui ne sont pas conçus comme satisfaisants, mais qui font finalement partie d'un projet thérapeutique plus large défini avec les patients.

Expériences et formation : des ressources partageables

La prescription d'opioïdes antalgiques se situe dans un contexte de consultation où la pathologie est floue et où l'incertitude médicale pour effectuer le diagnostic est élevée (surtout face aux maladies chroniques comme l'arthrite, la douleur physique ou psychologique, ou face au mal être psychologique, à l'anxiété, la dépression, etc.). En effet, dans tous ces cas de doute et de diagnostic difficile à établir, devant des problèmes chroniques envers lesquels la biomédecine reconnaît ses limites, le médecin prescrit le médicament « *sous la pression de la demande* » (Collin, 2003). Cela donne au clinicien le sentiment d'agir sur la situation, ce qui est susceptible d'atténuer le sentiment d'incertitude ou d'impuissance éprouvé face à la manifestation de problèmes complexes et mal codifiés. L'incertitude sur les savoirs médicaux et pharmacologiques est un enjeu présent dans tout le processus de prescription de MOA (initiation, modification), mais surtout dans les décisions d'arrêt.

Lorsque les médecins travaillent en réseau et concentrent, de ce fait, plus de compétences, de formations et d'expériences en lien avec la douleur et les addictions (notamment parce que le travail en équipe favorise le partage de savoirs et d'expériences pratiques), ils ont plus tendance à s'impliquer dans l'identification et la prise en charge des problèmes avec les MOA.

L'expérience pratique comme source de formation et de compétences acquises est défendue par les médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA. C'est par exemple le cas du médecin travaillant dans une MSP et ayant expérimenté des effets de sevrage à l'arrêt du tramadol, suite au traitement d'une douleur pour une fracture de l'épaule :

— *Enquêtrice : vous avez fait des formations continues sur la douleur ?*

— « *En fait, [des formations] sur la douleur, non, parce que je vais vous dire, franchement, c'est tellement une question qui m'a intéressée... pendant mes études, j'ai passé aussi un diplôme de gériatrie. [...] La question des sevrages, j'ai "appris en marchant". C'est-à-dire que quand j'ai eu à me confronter à des problèmes où je n'avais pas forcément la solution, je suis allé regarder comment ils faisaient pour sevrer telle molécule, pour sevrer de l'alcool, pour sevrer du cannabis. Et puis, j'ai aussi... ce n'est peut-être pas très éthique, mais on apprend aussi de nos erreurs. En fonction de ce qui fonctionne ou pas avec les patients, on affine un peu sa vision. Et puis la dernière source d'inspiration, de réflexion, c'est le vécu. C'est ce qu'on vit tous les jours. C'est, dans l'entourage assez proche, quelqu'un qui a eu de gros soucis d'addiction, ce qui fait que c'est une question qui vient, y compris dans une sphère plus privée.* » [H-36 (93)]

Dans ce groupe de médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA, celles et ceux ayant une expérience en addictologie se considèrent comme des homologues des addictologues et s'estiment mieux placés pour traiter un problème de dépendance ou d'addiction médicamenteuse en raison de la connaissance de l'historique du patient et de l'appréhension globale de l'humain :

« Oui, là où j'ai un domaine d'expertise, c'est en addictologie, par exemple. Je peux donc remettre en cause, avec beaucoup plus d'aplomb, des postures de collègues addictologues, notamment leur étayage scientifique. Parce qu'on a lu les mêmes études, peut-être même que je les ai mieux lues qu'eux. Quand je connais mieux la technique et bien mieux le patient, à ce moment-là, je suis meilleur. Il n'y a pas à dire. Il m'arrive donc sur certains points de rectifier des posologies insuffisantes ou d'appeler des collègues pour avoir des discussions cliniques, parfois contradictoires – parfois en tombant d'accord, parfois en ne tombant pas d'accord. » [H-36 (75)]

Pour ce médecin, la médecine générale a des savoirs et une expertise à apporter dans toutes les spécialités comprises par la médecine. La formation « classique » ou « scolaire » en addictologie, dans la prise en charge de la douleur ou dans la prescription médicamenteuse, est finalement conçue comme secondaire à côté des atouts acquis et développés dans la pratique de la médecine générale (et dans la sphère non professionnelle lorsqu'on est médecin).

Quoique peu nombreux, on trouve dans ce groupe des médecins ayant testé la molécule opioïde sur leur propre personne (du fait d'un problème de santé) et ayant expérimenté des effets de sevrage à l'arrêt, sans avoir forcément acquis une formation supplémentaire dans la prise en charge de la douleur ou des addictions. Ils expérimentent de nouvelles formes de prise en charge, en s'appuyant sur la création d'une relation de confiance, qui leur permet de créer des « instants de rupture » chez les personnes devenues dépendantes aux médicaments. Cela montre une prédisposition au travail d'accompagnement qui se traduit par la tentative de réveiller l'envie d'arrêter ou d'encourager la motivation, plutôt que d'attendre que les patients décident d'arrêter, avec plus ou moins de certitude, dans un avenir proche :

« Ma cousine est convaincue qu'elle a une maladie de Lyme chronique. Elle a vu tous les charlatans de France – qui lui ont prescrit vraiment des choses pas possibles –, et tous les jours, elle prenait de l'Ixprim. [...] Je lui ai dit : “Je vais te poser une question, mais vraiment qui m'intéresse : as-tu déjà essayé de ne pas prendre ton Ixprim ?” [...] Bref, je vous le fais court, mais c'était un moyen de rentrer... en fait, il faut arriver à créer ces instants de rupture dans des consultations ou dans des discussions, où les gens, c'est le réel un peu qui surgit, et ils se rendent compte d'un truc, ils font le lien. Ils disent : “Oui, en fait, je ne savais pas que j'étais dépendant à ce machin.” » [H-36 (93)]

Les expériences vécues (par des proches ou directement par les médecins) sont d'autant plus importantes lorsque les médecins n'ont pas une formation spécifique sur la prise en charge de la « douleur » ou en « addictologie » (même si, à la différence de la grande majorité, ils ont une formation complémentaire à la médecine générale, en gériatrie ou en médecine du sport). Bien que la grande majorité des médecins généralistes s'avère insuffisamment formée à la prise en charge d'une addiction (Beck *et al.*, 2013 ; Lépine *et al.*, 2022), l'enquête EMOA permet de montrer que la formation est un déterminant principal, mais pas exclusif, dans l'organisation de la prise en charge d'une addiction ou d'une dépendance aux MOA.

Contexte relationnel de la pratique : degré d'intégration aux réseaux de soins

Valoriser la coordination lorsque le travail se fait en réseau

Il est possible d'observer la « coopération » sous l'angle de l'intégration des médecins aux réseaux des soins, et notamment avec ceux chargés de la prévention et/ou de la prise en charge d'addictions.

Dans le cas des médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA, « captant » par excellence, se considérant comme des égaux des addictologues, on se rend compte qu'il s'agit de médecins

bien intégrés dans des réseaux et des systèmes d'acteurs. Il a été dit qu'ils ne sont pas nombreux, prenons donc le cas de l'un de ces généralistes se rapprochant le plus de l'idéal-type, pour identifier les réseaux dans lesquels il se trouve :

« Moi, j'ai une double casquette. Je suis le président de la CPTS X [Communauté professionnelle territoriale de santé]. Cela me permet, à titre personnel, de rencontrer beaucoup de soignants, de professionnels, à l'hôpital et à l'extérieur. C'est un bénéfice secondaire de ce poste d'organisateur que j'ai. Sinon, c'est par des structures identifiées du quartier. En tant que médecine de la douleur du nord-est, on voit qu'à X, il y a un service de médecine de la douleur. Ensuite, c'est avec des retours d'expérience des patients. Et mes propres retours d'expérience. » [H-36 (75)]

De plus, au cours de l'entretien, ce médecin signale qu'il appartient à un groupe particulier de médecins, le « groupe Balint », ou groupe de « formation à la relation » entre le médecin et le malade. Il s'agit d'une formation à la qualité de l'écoute et au soutien à apporter à son patient ou sa patiente aux prises avec des difficultés existentielles, jusqu'à devenir soi-même son principal « médicament » (Noguez, 2009). Claudine Herzlich, qui a étudié son fonctionnement, soulignait qu'il représente « une tentative de promotion de la médecine générale dans un nouveau rôle et dans une position revalorisée à l'intérieur de la médecine » (Herzlich, 1984). C'est également ce que suggère le récit de ce médecin :

« Quelqu'un qui met en échec les thérapeutiques, notamment les thérapeutiques antidouleurs, c'est comme si c'était moi qui étais en échec, alors que ce sont les molécules, c'est comme si c'était ma prise en charge qui ne marchait pas, comme si cela remettait en cause mes compétences professionnelles, mon identification au rôle de médecin, comme si j'étais donc un mauvais médecin. [...] C'est donc compliqué de voir cette identité fracturée, cela remet beaucoup de choses en place. Je travaille ma relation thérapeutique, notamment en psychothérapie ou en groupe Balint, avec d'autres médecins. Cela me permet de donner une existence à cela, quand d'autres lui donnent une existence d'une autre façon, notamment avec plus de cadre ou en voyant moins les patients, en les écoutant moins. » [H-36 (75)]

Ce médecin se retrouve dans des groupes de médecins menant des activités de formation et de recherche indépendantes de l'industrie pharmaceutique, comme la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), et a fait partie de La Troupe du RIRE, qui avait rédigé le livret pour aider les médecins à garder leur autonomie face aux laboratoires (La Troupe du RIRE, 2020) :

« Le conseil d'administration de la SFTG, c'était le Graal de ce qu'est la reconnaissance par les autres, par les pairs, les autres médecins. Je me suis rendu compte que j'en avais moins besoin pour me représenter comme étant un bon médecin. Ce qui s'est déroulé avec la CPTS X, c'est que je me suis fait élire par tous les soignants du coin. Ils m'ont dit : "C'est toi qui vas nous représenter." [...] La SFTG, c'était de faire de la formation continue, donc je donnais des cours à des médecins généralistes. Là, c'était en organisant les soins, donc en définissant ce qui est important pour la santé des gens. C'est cela mon boulot de président à la CPTS X. » [H-36 (75)]

Ce médecin cumulant divers positions (en tant que membre de réseaux et en représentant de ses pairs) est ainsi bien inséré dans des réseaux professionnels de soins et de santé, ainsi que bien immergé dans un cadre institutionnel, avec des organismes et des administrations locales desquels sa MSP dépend, notamment les caisses d'assurance maladie et l'ARS. Sa réflexion par rapport à tous ces liens est intéressante :

« Je trouve cela dommage, quand on écrit nos conflits d'intérêts, qu'on n'écrive que nos conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. En réalité, il y en a énormément d'autres. J'ai travaillé en addictologie avant, j'étais salarié en addictologie. Là, je suis sur un poste de coordinateur d'actions de santé publique, où je suis très dépendant de l'ARS, qui finance une partie de l'argent – indirectement du mien –, mais surtout de la structure dont je m'occupe. Je peux critiquer l'ARS, mais quand je le fais, c'est un peu compliqué, indépendamment même des revenus financiers. » [H-36 (36)]

Une fois qu'il a listé tous ses liens d'intérêts et représenté son système de relations, on est en mesure de comprendre pourquoi ce médecin valorise sa position de « *captant* » et considère devoir orchestrer la prise en charge en coordonnant les différents intervenants de la prise en charge :

« Cela fait partie du rôle noble, je pense, de la médecine générale, la coordination. Le vécu des soins, c'est vraiment ma spécialité. Dépister, faire de la coordination, du suivi, de l'orientation, ce sont mes compétences, mon boulot, et je suis très fier de cela. C'est dur de se dire qu'on n'est pas un sous-médecin de l'hôpital, un médecin qui n'aurait pas pu faire de carrière hospitalière et qui arrive là, mais plutôt un choix de positionnement professionnel dans le système de santé, où la spécialité est non pas la technique – il y a toujours des techniciens plus forts que nous –, mais le vécu des symptômes, qui est bien plus intéressant. Le grand écart entre la technique et le vécu, l'adaptation. On est spécialistes de l'adaptation des soins. » [H-36 (36)]

Si ce médecin internalise les problèmes avec les MOA, c'est grâce aux relations qu'il a pu nouer dans son parcours professionnel, mais aussi parce qu'il remplit un grand nombre de critères indispensables pour le faire (savoirs formels, expérience, qualité d'écoute, d'acceptation des incertitudes sur les savoirs et, donc, de la mise en œuvre de techniques et méthodes expérimentales). Les caractéristiques de ce médecin font écho aux caractéristiques des médecins qui « *adoptent l'innovation* », décrits dans la première étude de réseau conduite par James Coleman, Elihu Katz et Herbert Menzel (Coleman *et al.*, 1966). Ces auteurs avaient cherché à savoir qui sont les médecins qui adoptent en premier un antibiotique qui vient d'être mis sur le marché. Ils montrent que ce qui caractérise les pionniers, c'est qu'ils sont à la fois « *cosmopolites* » – au sens où ils ont souvent des liens avec des centres universitaires – et « *inscrits localement* », c'est-à-dire connus d'autres médecins dans leur territoire (Coleman *et al.*, 1966).

Délaisser les problèmes avec les MOA lorsqu'on travaille de façon isolée

À l'opposé, les médecins qui minimisent les problèmes avec les MOA se situent à l'écart des différents types d'interventions qui marquent la trajectoire d'un patient dans le circuit thérapeutique et se caractérisent par l'absence ou le manque de ressources externes à qui confier les patients. L'une des raisons de la minimisation est donc l'éloignement des réseaux de prévention ou de prise en charge d'addictions, ou l'absence de relations fortes avec des professionnels spécialistes en addictologie ou formés à la prescription des MOA dans le contexte local d'exercice. En raison de ces manques, ils ont des difficultés à repérer s'il y a un problème (à identifier la dépendance à un médicament), probablement plus de difficultés à changer leurs pratiques de prescription et, enfin, plus de problèmes pour gérer des situations qu'ils considèrent problématiques. On retrouve dans ce groupe deux profils : en début ou en fin de carrière, leur point commun est le manque de ressources professionnelles. Il s'agit d'une part de jeunes médecins arrivant en centres de santé, qui n'ont pas encore consolidé des systèmes de relations dans leur territoire d'exercice, et, d'autre part, de médecins caractérisés par leur appartenance à ce que l'on peut appeler « *la vieille école* », exerçant en cabinet libéral (notamment seul). La modalité d'exercice isolé, ainsi que la mise en œuvre d'une médecine qui oriente peu ou pas est rare, notamment dans des territoires où l'offre de soins est suffisante, comme dans le département de Paris.

Ces médecins euphémisent les problèmes que les MOA font encourir à leurs patients, notamment le problème de la dépendance ou de l'addiction lorsqu'il y a une chronicisation de la douleur. L'exemple suivant correspond à une jeune médecin récemment arrivée dans un centre de santé de la Seine-Saint Denis :

« Souvent, je pense plutôt au centre antidouleur, parce que pour moi, l'addiction n'est que la conséquence d'un problème médical initial, et que si on se focalise que sur l'addiction et qu'on règle pas le problème initial du patient, en l'occurrence la douleur, en fait on va pas y arriver. Je pense que les médecins de la douleur sont formés au problème de mésusage des traitements opiacés. Et du coup, je ne vois pas quelle serait la plus-value d'un addictologue. » [F-33 (93)]

La focalisation sur le soulagement de la douleur va de pair avec le respect envers les spécialistes de la douleur, réputés pour avoir défendu l'approche multidisciplinaire ancrée dans les hôpitaux publics et pour avoir empêché, avec succès, que la prise en charge thérapeutique de la douleur soit centrée

sur les opioïdes (Pryma, 2022). L'extrait montre que traiter la douleur semble être un impératif absolu et la priorité pour cette praticienne. D'une certaine manière, elle réduit les problèmes avec les MOA à la seule problématique « *douleur* ». Cette attitude peut être interprétée comme une manière de minimiser d'autres problèmes pouvant survenir avec les MOA, liés notamment à leur prise chronique (par exemple le mésusage, le détournement, l'abus etc.).

Plus spécifiquement, ces généralistes ont souvent tendance à minorer la gravité des problèmes avec les MOA – notamment de dépendance ou d'addiction médicamenteuse par rapport au problème de sous-traitement de la douleur – et adressent les cas de chronicisation de leur prescription exclusivement à des centres spécialisés dans l'évaluation et le traitement de la douleur. Les centres antidouleur s'occupent du problème auquel le médicament antalgique opioïde en question est censé répondre, à savoir, la douleur. Cela montre une survalorisation du bénéfice « *antalgique* » du médicament, aux dépens des risques d'effets indésirables (y compris de détournement et de dépendance) liés aux « *opioïdes* ».

Qui plus est, les médecins qui minimisent les problèmes avec les MOA ont des scrupules à envoyer leurs patients et patientes présentant une dépendance en centres de prévention et de prise en charge d'addictions, car ils craignent qu'une telle décision ne contribue à les stigmatiser en « *toxicomane* », ce qui leur semble une condamnation morale forte.

Un autre angle à partir duquel il est possible d'observer la « *coopération* » est la responsabilité à l'égard des patients, elle-même axée sur le degré de proximité avec ceux-ci et sur les relations, plus ou moins équilibrées, avec les collègues. Eliot Freidson avait théorisé le rapport existant entre les types de « *contextes d'exercice* » et les types de « *dépendance* » qui leur sont associés (Freidson, 1984). Il soulignait que, en cabinet de ville, les médecins sont très dépendants des patients, qui participent activement au diagnostic et à la gestion de la maladie (d'autant plus si le cabinet est libéral pour subvenir à son coût financier), tandis que, à l'hôpital, les médecins sont beaucoup plus dépendants des pairs et moins des patients. Il est possible aussi de penser que si, en ville, un médecin est de fait plus dépendant d'un patient, il se sentira aussi plus responsable de son sort (de son suivi et de sa prise en charge). La question de la responsabilité vis-à-vis des patients est un élément susceptible de peser dans la décision de modifier ou d'arrêter un médicament qui a été initié par un autre professionnel – ou ailleurs dans la chaîne des soins :

[Cas d'une patiente femme, 82 ans, polyopathologique] « *Ça fait deux fois que je la réadresse au service de gériatrie parce que c'est des douleurs que j'arrive pas, même, à identifier [...] les deux fois, elle est ressortie avec un bilan organique qui a pas trouvé de cause à traiter, mais avec des traitements antidououreux... alors à réadapter, parce qu'entre la ville et l'hôpital, parfois c'est pas gérable. [...] Attendez puisque... [Elle regarde son dossier] Elle est sortie sous Durogesic, Lyrica, Versatis, un antidépresseur IRS, voilà, Doliprane et oxycodone 5 mg. [...] Là, ils marquent une douleur de névralgie cervico-brachiale, une arthrose cervicale avancée avec une hernie. Voilà pourquoi ils justifient la mise en place du Durogesic [patch de fentanyl] et l'OxyContin. Elle est sortie comme ça et, en fait, elle a fait un épisode délirant à domicile avec des hallucinations visuelles. Conséquence d'un surdosage, je pense, en morphine. Et du coup, j'ai arrêté la morphine depuis – les deux : et le patch et l'oxycodone. » [F-38 (93)]*

Dans l'extrait, cette praticienne se reconnaît comme responsable de la patiente qui s'est retrouvée à l'hôpital pour un bilan gériatrique, mais lorsqu'elle est sortie, elle a repris la main. La praticienne internalise le problème avec les médicaments introduits en sortie d'hospitalisation – oxycodone et fentanyl –, ingérables en ville (difficulté de réadapter le traitement et faute des moyens d'effectuer une évaluation thérapeutique). Puisqu'elle considère devoir assurer le suivi de la patiente tout au long des étapes qui scandent le traitement (Bergeron et Castel, 2010), elle décide de tout arrêter.

« *Pour l'instant, je n'ai pas eu de patients que j'ai rendus dépendants* » [H-36 (38)]. Plus d'un médecin enquêté a prononcé cette phrase en réponse à la demande d'aborder le cas de patients ayant un rapport problématique avec les MOA. Pourtant, trouver des cas de prescriptions chroniques de MOA n'a pas été difficile, notamment lorsqu'il s'agit d'un patient ou d'une patiente externe à leur propre patientèle et dont ils ne se sentent pas responsables (présenté comme « *le patient de la généraliste que je remplace* » ou encore « *la patiente de mon collègue* »). Cette dernière situation

est intéressante chez les médecins qui minimisent les problèmes avec les MOA, car elle met en évidence la dépendance aux pairs dans le maintien d'une situation problématique avec les MOA, notamment en cas d'exercice isolé et de précarité de réseau. Minimiser les problèmes avec les MOA et avoir des scrupules à adresser un patient devenu « *addict* » à un MOA peut aussi être interprété comme la peur de se mettre (soi-même ou l'un de ses collègues) en difficulté. Les récits d'un médecin illustrent cette difficulté.

En cabinet libéral, cela fait au moins deux ans que ce médecin de 50 ans renouvelle du tramadol pour une patiente appartenant à la « *patientèle de son collègue qu'il remplace* », collègue qui deviendra son associé dans le projet d'une future Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) qu'ils montent depuis deux ans. La nécessité d'intégration aux réseaux des soins presse ce médecin depuis une quinzaine d'années :

« [Le projet de création d'une MSP] représente qu'on sort d'une solitude en pratique, on sort d'une solitude tout court. [...] Le mode de consultation actuellement, avec mon futur associé, c'est : pas de rendez-vous, pas de secrétariat, un cabinet qui est au deuxième étage d'un immeuble. C'est-à-dire qu'on ne régule rien, et on n'arrive pas à prendre le temps de faire bien les choses, parce que les consultations, des fois, tu vois 40 personnes, quoi. [...] Y a clairement aujourd'hui la complexité de certains parcours et la nécessité de se coordonner, de travailler ensemble, partager ; donc, nécessité de création d'équipes, ça c'est sûr. Donc, ça c'est un besoin professionnel, parce que seul face à certains patients ou avec certains patients, c'est difficile. » [H-50 (67)]

Actuellement en cabinet individuel libéral, ce médecin réalise 40 consultations par jour (à peu près 5 minutes par patient), ce qui implique moins de temps d'écoute et de réalisation d'un projet thérapeutique avec les patients. Dans ces conditions, comment envisage-t-il le rapport problématique que la patiente entretient avec le tramadol et avec sa propre prescription chronique :

« Alors un exemple, une femme de 45 ans. Alors encore une fois, c'est des patients qui sont suivis par mon futur associé, qui sont pas mes patients, mais que j'ai commencé à... vu que ça fait deux ans et demi que je... deux ans que je le remplace, que j'ai vus assez régulièrement. C'est une patiente qui vient, l'air de rien, récupérer son tramadol. Et alors, au départ, tu fais : "Ouais". Donc, elle te décrit des douleurs qui sont des douleurs mécaniques, chroniques, mais tu sens quand même que y'a... que c'est pas que ça. [...] Moi j'en parle à... j'en ai parlé souvent, on en a parlé souvent avec mon associé. Bon, y a un statu quo autour de son renouvellement, donc, qui est un renouvellement quand même mensuel, je crois. » [H-50 (67)]

L'extrait montre qu'il ne semble pas envisageable que la patiente intègre sa propre patientèle, malgré la longueur du remplacement. Du fait de l'association avec son confrère, une rétention de la patiente se produit, ce qui n'empêche pas une bonne connaissance de la situation de la patiente (le degré de proximité est créé après au moins deux ans de consultation régulière et de prescriptions renouvelées). Ici, les enjeux de captation et d'appropriation de la clientèle, ainsi que les enjeux économiques de l'association, semblent mettre les deux médecins dans une situation pénible qui les empêche de revenir en arrière. L'habitude est le premier argument de ce médecin pour justifier cette situation :

« Quand la prescription s'est chronicisée, n'a pas été discutée depuis longtemps, je vous cache pas que c'est gênant et pour nous et pour eux, tout d'un coup, de se réinterroger là-dessus. » [H-50 (67)]

Trois autres arguments sont mis en avant pour justifier cette situation et montrent pourquoi il est si difficile pour ce médecin de déprescrire le tramadol pour cette personne devenue dépendante. Le premier est la dépendance au collègue qu'il remplace, puisqu'il n'a pas envie de lui causer des ennuis. Le deuxième est le refus de prendre du temps pour échanger avec la patiente. Un troisième argument est la priorité donnée au projet de création d'une MSP :

— *Enquêtrice : comment vous pouvez l'arrêter ?*

— *« Alors moi, dans ma position, c'est toujours la position du remplaçant, quoi, c'est-à-dire que je suis la doublure, je suis médecin générique, et je veux pas mettre en difficulté mon associé – en-*

fin, mon futur associé... Bon, après [...] ça va nécessiter probablement plusieurs consultations et que... ça fait deux ans qu'on est un peu la tête dans le guidon avec d'autres sujets que vous connaissez [la création d'une MSP], et que ces sujets-là, on a du mal à les aborder parce que ça crée de la complexité dans nos journées. [Pourquoi vous ne l'aviez pas envoyée vers le CSAPA auquel vous êtes associé ?] Parce que c'est pas encore... au CSAPA X, ils sont vraiment sur l'ad-dicto, alors alcool et... enfin, substitutions, quoi. Maintenant, on a un sujet autour des benzodiazépines dans le projet de santé, parce que clairement, chez les septua, octo et nonagénaires... » [H-50 (67)]

Il est enfin possible de déduire un argument de plus : le scrupule à adresser à la microstructure en addictologie. Sans nier l'argument selon lequel les microstructures ou les CSAPA ne conçoivent pas encore tous les types de patients atteints d'addictions médicamenteuses comme étant des patients « conformes » qu'elles peuvent prendre en charge, cette absence d'orientation des patients peut être comprise comme conséquence de la peur du jugement. La prescription chronique des MOA en cabinet libéral, amenant à des dérives de prescription, ne peut s'expliquer uniquement par la peur de perdre la clientèle (Rosman, 2010) – la peur du jugement des collègues et le manque de réseau sont tout aussi décisifs dans la compréhension du phénomène.

Rapport aux risques liés à l'usage du médicament

Informé ou échangé avec ses patients sur les risques des MOA

Les opioïdes antalgiques sont connus pour leurs risques d'effets indésirables, de mésusage et d'addiction. Informer les patients est une manière de transférer les savoirs sur les médicaments grâce à l'éducation thérapeutique. L'information peut être transmise à l'oral ou par le biais de l'utilisation de l'ordonnance. L'enquête EMOA met en évidence des liens entre les positionnements d'internalisation, d'externalisation ou de minimisation et la pratique consistant à transmettre ou non une information sur les risques des médicaments. Pour certains médecins, informer les patients revient à les affranchir des risques ; pour d'autres, les informer est vu comme une manière de les mettre en danger.

La plupart des médecins disent informer les patients des différents risques des médicaments opioïdes antalgiques (y compris de dépendance et d'accoutumance ou de sevrage à l'arrêt). C'est notamment le cas des médecins qui se rapprochent des positionnements d'externalisation des problèmes avec les MOA : « [...] quand je prescris de la codéine, j'évoque les risques de dépendance et d'accoutumance. Pour le tramadol, je dis qu'il y a davantage de mésusage. » [F-35 (75)].

Or, parmi ce groupe de médecins, on retrouve ceux et celles qui préfèrent ne pas donner aux patients toute l'information sur les risques d'effets indésirables ou évitent d'être trop clairs dans leurs explications, pour ne pas créer une suggestion :

« D'ailleurs, en palier 2, je ne parle pas de la constipation et des effets respiratoires. Je dis qu'ils peuvent être un peu vaseux, mais je ne leur en parle pas beaucoup... » [H-35 (75/93)]

« [...] je préviens les principaux effets indésirables, disons que "ça peut arriver..." Ce qui est un peu à double tranchant, parce qu'il faut informer, mais parfois, quand on prévient les effets indésirables, je crois que ça a peut-être un effet nocebo, dire : "Attention, on peut avoir ça." [...] Je me dis toujours que je suis en train de créer un effet indésirable. [...] Alors, si je dis : "Vous pouvez être somnolent et vous pouvez aussi tout à fait bien supporter, et vous pouvez tout à fait être bien soulagé", j'ai informé du fait qu'il y a des effets sur ordonnance et j'ai aussi essayé de renforcer l'effet désiré, c'est à dire antalgique. » [F-30 (93)]

Il existe également une affinité entre les médecins ayant des rapports d'externalisation ou de minimisation des problèmes avec les MOA (travaillant en cabinet libéral ou de manière peu intégrée aux réseaux de prévention et de prise en charge d'addictions) et le maintien des patients dans l'ignorance sur ces problèmes, plutôt que l'échange sur les risques liés au médicament. Certains évitent de prescrire un MOA qui a déjà été pris et « toléré » par le patient ou la patiente, pour qu'ils méconnaissent le fonctionnement du médicament, et éviter ainsi des comportements « toxicomanes » :

« Ou alors, avec le patient, en fonction de ce qu'il a l'habitude de prendre et ce qui le soulage, j'essaie de lui donner un autre palier 2 alors qu'il en prenait déjà un. Je préfère éviter d'augmenter ses connaissances en la matière. Ouais, je veux éviter que ça devienne un pro de l'antalgie palier 2. » [Pourquoi ?] « Alors c'est des préjugés, mais c'est vrai que c'est les patients toxicomanes qui s'y connaissent le mieux... et qui connaissent toutes les molécules. » [H-32 (92)]

« Je sais que j'ai des patients qui sont inquiets, en le prenant, de cet effet-là [de mésusage]. Je crois que lorsque les patients sont inquiets et n'en veulent pas, je suis moins inquiète concernant la dépendance, car je me dis que la dépendance psychologique ne sera pas présente, puisque les gens veulent s'en débarrasser au plus vite. Dans ces cas de figure, j'ai donc tendance à dédramatiser, car je vois bien qu'il n'y aura pas nécessairement de mésusage. » [F-35 (75)]

Les représentations sur le « profil addictif classique » sont fortes chez ces médecins, ce qui les amène à faire le contraire de ce qu'ils présupposent que ces patients attendent de leurs prescriptions. On pourrait également penser qu'il s'agit de médecins susceptibles de négliger le savoir expérientiel des patients anciens usagers de drogues (Dassieu, 2019). En effet, le raisonnement de ces médecins fait écho à certains arguments avancés en sociologie des drogues pour expliquer pourquoi certaines personnes deviennent dépendantes à une substance et d'autres non. Dans sa revue de littérature concernant la Sociologie de la drogue, Henri Bergeron (2009) revient sur les auteurs classiques pour qui reconnaître les effets des produits et les associer à la prise de substances est l'un des pas importants à franchir pour devenir « *toxicomane* ». Or, comme le souligne cet auteur, l'action pharmacologique des substances ne peut être la seule variable explicative des comportements de dépendance. Il faut ainsi que la prise soit réalisée dans le but conscient de neutraliser des symptômes d'inconfort et de mal-être et, finalement, « *se reconnaître toxicomane pour l'être* », c'est-à-dire faire siennes les significations culturelles attachées à la consommation (Becker, 1967) des opiacés.

Pour leur part, les médecins qui internalisent la prise en charge préfèrent au contraire donner le maximum d'informations pour rendre les patients autonomes. Leurs actions s'appuient sur la confiance accordée aux patients :

« En général, ça va être toujours une réévaluation... Sauf intensité, si vraiment douleur très, très intense, ça va m'arriver de prescrire le palier 1 et le palier 2 d'un coup, mais en essayant vraiment d'expliquer aux patients de commencer le palier 1 et que, si ça ne marche pas, ils peuvent d'emblée chez eux essayer un palier 2. [...] Je pense que bien expliqué, pris dans un cadre "sécure", avec un bon suivi, il n'y a pas de raison que les patients deviennent dépendants. » [F-33 (75)]

Certains médecins apprennent l'automédication à leurs patients :

« Typiquement, cette patiente qui avait sa sciatique et pour laquelle j'ai represcrit la morphine, récemment [...] c'est d'avoir un traitement, de jamais être à court, en fait, de tramadol chez elle, ce que je peux entendre. [...] Mais ça, je comprends que les gens qui ont vécu des grosses douleurs n'aient pas envie de revivre ça. Donc, qu'ils aient un peu de stock, ne serait-ce qu'une boîte, quoi, au cas où il y a une douleur importante qui revienne, je trouve ça parfaitement légitime. C'est l'automédication dirigé, en fait. Donc... mais à part ça... donc, là, je pense à elle, parce que... bon, c'est... elle me demande, oui, relativement régulièrement, parce qu'elle est souvent un peu malade, chaque mois. Sinon, oui, quelques migraineux, pareil, qui ne veulent pas rester à court de médicaments, quoi. » [H-43 (91)]

Accorder plus de temps de consultation à l'écoute et à la création de relations de confiance avec les patients est un trait distinctif de ce type de médecins. Il est important pour eux et pour elles que les patients comprennent le fonctionnement des médicaments, leurs effets et les mécanismes d'entrée et de sortie dans les addictions :

« Et surtout, il faut que le patient comprenne les choses. Il y a vraiment une vraie éducation à faire sur ce sujet. Déjà, il faut leur faire prendre conscience qu'il y a une dépendance à un médicament

opiacé (déjà, c'est la première étape), qu'il a les moyens d'en sortir, mais qu'en même temps, il utilise ce médicament parce qu'il ne va pas bien, et donc, qu'il faut quand même que l'on s'occupe du fait qu'il ne va pas bien, parce que c'est ça qui va nous permettre de le sevrer. Et puis, s'il est d'accord, il faut expliquer au patient la manière dont on va s'y prendre, à quel rythme, et que c'est lui qui décide. » [H-36 (93)]

Au pôle opposé, se trouvent celles et ceux qui se rapprochent le plus de l'idéal-type de médecins qui minimisent les problèmes avec les MOA, qui survalorisent l'efficacité antalgique, et donc, les bénéfices des médicaments opioïdes sous ordonnance plutôt que les risques. Cette survalorisation est notamment forgée lorsque les patients douloureux chroniques les prennent depuis longtemps et se montrent soulagés :

« Pour le tramadol, c'est compliqué pour mes patients qui ont des douleurs chroniques de parler d'addiction, s'ils sont bien soulagés. Je parle avec eux quand même du risque d'addiction, du coup, des autres médicaments. » [F-34 (93)]

Les raisonnements de certains médecins partent du fait que ce qu'ils font est correct et fait partie de ce qui est entendu comme étant les « bonnes pratiques ». Parfois, le « bon sens de leurs pratiques » (Hardy, 2012) réside dans le fait qu'ils considèrent leurs patients comme incapables de comprendre les risques liés aux médicaments. Même si au temps de la démocratie en santé – mettant en valeur les droits des malades à l'information et à l'éducation thérapeutique, à participer aux décisions médicales qui les concernent et à accéder à des soins de qualité³⁶ –, l'ignorance et la soumission à l'autorité experte semblent révolus – nul n'est censé ignorer les savoirs :

« J'essaie pour certains patients, mais concrètement, je pense que la littératie³⁷ en santé des patients de chez nous n'est pas assez élevée pour que les patients le fassent bien. [...] Le patient, justement, de 74 ans qui ne prend pas bien ses traitements pour sa cardiopathie, je pense qu'il ne comprend pas ses prescriptions, et si je commence à complexifier et à lui dire de prendre ça à tel moment, je pense qu'il y a des risques de faire des erreurs. C'est aussi un patient qui a vu d'autres médecins qui ont prescrit des anti-inflammatoires injectables, justement sans voir qu'il avait des contre-indications à cause de ses autres traitements. » [F-30 (93)]

Il faut noter que, pour cette praticienne, les patients sont censés maîtriser des savoirs pharmacologiques impliquant des interactions médicamenteuses, pouvant elles-mêmes résulter de la multiplication de prescriptions. Voici une différence forte entre les deux groupes de médecins (acceptant eux-mêmes les incertitudes sur ces savoirs). Plus haut, il a été souligné que les médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA considèrent devoir coordonner les différents intervenants de la prise en charge. Lorsque le patient est inscrit dans une prise en charge caractérisée par plusieurs intervenants, « c'est la maîtrise de la circulation de l'information écrite qui est en jeu » (Thiaudière, 2012). Dans ce sens, c'est la multiplication d'intervenants dans la prise en charge de ce patient caractérisé comme « illettré » qui rend difficile sa prise en charge et complexifie sa situation, quand la praticienne ne maîtrise pas l'ensemble de son ordonnance.

Un partenariat avec les collègues infirmiers et pharmaciens

Les médecins ne sont pas les seuls acteurs des soins dans l'obligation d'informer les patients sur les médicaments. Les pharmaciens sont des experts du médicament, et les garants de la sécurité des soins aux patients en gérant les risques liés à ceux-ci. Pour leur part, les infirmiers sont responsables sur le plan juridique de l'administration, de la préparation des médicaments, ainsi que de la surveillance d'accidents médicamenteux. Comment les médecins généralistes travaillent avec ces professions ? Si la plupart des médecins généralistes affirment que les pharmaciens et les infirmières sont des « partenaires » dans la prise en charge de leurs patients, en tant qu'experts du médicament et de la surveillance thérapeutique, les degrés de participation réelle au travail de dépistage, de prise en charge, de suivi et/ou d'accompagnement des patients sont variés.

36. Institutionnalisé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

37. La littératie est devenue un enjeu important de santé publique. Voir Van den Broecke (2017).

L'enquête met en évidence des manières différentes de concevoir le rôle de ces professionnels paramédicaux, qui sont liées d'une part aux positionnements des médecins dans l'organisation de la prise en charge de cas critiques (internalisation, externalisation et minimisation) et, d'autre part, à la division du travail de soin et aux hiérarchies professionnelles qui dépassent la question de la délégation du « *sale boulot* » (Hughes, 1996).

Tout d'abord, en ce qui concerne la conception du rôle des infirmiers, les médecins qui internalisent et externalisent les problèmes avec les MOA, habitués à travailler en équipe pluriprofessionnelle – MSP (groupées ou pas en Pôle de santé), maison de retraite ou Ehpad –, partagent une même conception du rôle des infirmières. Ils sont d'accord pour mettre en avant leur rôle central dans la prise en charge médicamenteuse :

« [Les infirmières] peuvent m'alerter sur le cas d'un patient qui a très mal. À ce moment, c'est elles qui demandent la prescription. Quand bien même la décision et la responsabilité sont de moi, c'est elles qui prennent la décision, parce que je leur fais confiance. Cela me permet par exemple d'introduire un antidouleur et de voir, quelques jours après, si l'antidouleur a été efficace et s'il nécessite une adaptation de posologie ou s'il a des effets indésirables. » [H-36 (75)]

Il est aussi intéressant de remarquer l'usage d'un outil de coopérations interprofessionnelles (entre médecins et avec des équipes paramédicales) autour des patients (l'application Idomed), permettant la mutualisation de savoirs cliniques concernant leurs états de santé (Mathieu-Fritz, 2021) :

« Alors, on utilise l'application Idomed... Donc, y a un fil de discussions qui ressemble à un groupe WhatsApp, centré sur le patient. Et là, des questions se posent, des suggestions [...] Et donc, les infirmières nous disent : "Oui, cette patiente, elle a du paracétamol, ça marche pas. À un moment donné, elle a pris des codéinés ou elle avait du tramadol." Enfin, elles rappellent un peu l'historique de prescription. C'est une sorte de mémoire vivante, l'infirmière. Ou alors, effectivement, dans des bases de prescriptions, on est... après, il faut faire de l'archéologie informatique, des fois, pour aller chercher des vieilles prescriptions. » [H-50 (67)]

Pour ces médecins, le rôle des infirmières est crucial dans les situations de prescription et de surveillance médicamenteuse des personnes très âgées ou ayant perdu leur autonomie physique ou intellectuelle vivant à domicile. La proximité de leur relation avec les patients à domicile, parfois alités et/ou ayant perdu même la faculté de parler, c'est-à-dire d'exprimer clairement ce qui ne va pas, permet aux infirmières d'avoir des informations fondamentales pour leur prise en charge médicamenteuse (Duprat, 2021).

Les médecins qui minimisent les problèmes avec les MOA tendent en revanche plutôt à négliger les savoirs infirmiers sur les médicaments et attendent que les infirmières soient avant tout, et uniquement, un relais de leur autorité :

« C'est rare que j'aie un échange avec les infirmières autour des médicaments pour la douleur des patients. [...] Là, on a beaucoup de choses à partager si elles le veulent bien, sur ce qui est pris, ce qui n'est pas pris, sur ce qu'il y a chez le patient, comment il fait, etc., sur l'observance et l'adhésion au traitement. » [F-63 (75)]

La hiérarchie professionnelle vis-à-vis des infirmières est soulignée par un médecin travaillant en cabinet libéral et faisant des consultations en Ehpad : *« [...] on essaie de pas être trop médico-centrés, et on essaie de gommer un peu les hiérarchies professionnelles ; en tout cas, c'est le but. » [H-50 (67)]*. Ces hiérarchies sont d'autant plus stables lorsque les médecins (indépendamment du positionnement qu'ils ont dans l'organisation de la prise en charge de cas critiques) reviennent sur ce qu'ils attendent des pharmaciens. La plupart des médecins attendent une action de transmission de l'information sur les traitements qu'ils poursuivent à domicile et un renseignement spécifique sur trois aspects : *« allergies ou intolérances »*, *« interactions médicamenteuses »* et *« mésusage »* :

« [...] c'est lui qui voit le mésusage du médicament et qui peut nous en parler [...] Là, je suis toujours très preneuse, à la fois des coups de fil, des attentions à ce que me dit un pharmacien, et aussi, éventuellement, de lui passer un coup de fil pour lui poser une question, parce que je ne sais pas s'il y a une interaction. » [F-63 (75)]

« Alors, on communique très peu. Mais, par exemple, pour les personnes qui étaient sous substitués, on est en lien totalement par mails, par téléphone, pour essayer de... voilà. [...] Alors, pour la méthadone, pour le Subutex, oui. Pour les médicaments antidouleurs, non ; là, j'ai juste en tête, par exemple, ils nous ont déjà appelés en disant : "Mais c'est contre-indiqué, parce qu'elle a fait telle ou telle chose." Et là : "Ah oui, oui, oui." » [F-38 (93)]

« Alors, on les attend souvent sur les interactions médicamenteuses et puis la iatrogénie, c'est-à-dire... Mais on les attend aussi sur le suivi des patients, parce que c'est des patients qui sont suivis à la pharmacie, ils ont un suivi d'intolérance. » [H-50 (67)]

Il est donc clair pour les médecins enquêtés que les pharmaciens sont garants de la sécurité du médicament, mais ne sont pas invités à intervenir dans les processus de prescription de MOA, notamment sur le prolongement des prescriptions. Selon certains médecins qui internalisent les problèmes avec les MOA, ce sont les pharmaciens eux-mêmes qui se mettent dans cette position :

« Ça l'est [un partenaire de la prise en charge], mais ça ne l'est pas assez. Ça l'est souvent quand il y a un problème ou une suspicion. Il y a un travail à faire avec eux. Effectivement, il faut que l'on arrive à plus les inclure dans nos parcours-patients. Il y a plusieurs cas de figure. Il y a le pharmacien qui va très mal traiter un patient que vous suivez pour une addiction, par exemple, qui prend du Subutex, et qui va un peu le regarder en étant suspicieux, même des fois, qui va vous appeler. Et j'avais répondu : "Oui, c'est quelqu'un qui est substitué et qui va très bien. Il faut juste lui délivrer." » [H-36 (38)]

Les pharmaciens sont en mesure de détecter un mésusage, une dépendance, mais aussi de détecter très tôt lorsqu'un patient ou une patiente n'a pas un traitement antalgique « adapté » (c'est-à-dire utile du point de vue médical). Ces experts du médicament peuvent accompagner les patients en raison de leurs capacités d'analyse de la pertinence et de la recevabilité d'une prescription, de leur proximité avec les patients et de la connaissance de l'historique des prescriptions (Devignes, 2019 ; Jordan *et al.*, 2022). Faire de la sensibilisation sur les risques des MOA auprès des patients est essentiel, encourager le travail partenarial entre médecins et pharmaciens – et cela dès leur statut étudiant – pourrait sans doute freiner la crise sanitaire des antalgiques opioïdes qui évolue à bas bruit en France (Pryma, 2022 ; Robert *et al.*, 2023).

Si certains médecins ont des scrupules à annoncer à leurs patients la survenue d'un problème de dépendance, la prochaine partie de ce rapport sera l'opportunité de montrer le cas de patients qui sont informés de cette situation par des professionnels non prescripteurs (sur l'ordonnance), comme les pharmaciens³⁸. Le rapport au patient devient ainsi un moyen pour le pharmacien de passer ce message au médecin généraliste, sans devoir s'affronter « en face-à-face ». L'ordonnance est finalement un outil de coopération – mais aussi de tensions – entre pharmaciens et généralistes (Nouguez, 2017).

38. Les pharmaciens peuvent être prescripteurs dans la mesure où ils sont capables d'annoncer une « mesure d'ordre » (Le Bodic et Hardy, 2012).

PRATIQUES D'USAGE DE PATIENTS EN DIFFICULTÉ AVEC LEURS TRAITEMENTS

Concernant les patients présentant une douleur chronique et en difficulté avec leurs traitements, l'enquête s'est proposée de comprendre leurs rapports aux médicaments opioïdes antalgiques en suivant leurs parcours de vie et de santé. Cette réflexion sera ici nourrie de l'approche qui consiste à appréhender un parcours d'usage en explorant les processus d'initiation, de continuation et de cessation éventuelle de l'usage d'un produit (Bennett, 1986 ; Bergeron, 2009). L'enquête permet tout particulièrement de voir ce à quoi les patients accordent de l'importance et de la valeur. Les analyses sont donc centrées sur la manière dont le médicament est intégré dans deux de leurs demandes particulières : d'un côté, un besoin de soulagement de la souffrance non seulement physique, mais aussi morale et sociale, qui accompagne la douleur chronique (puisque, sans base organique ou visible, la douleur met en question la crédibilité de la personne et, parfois, la personne est mise à l'écart de la vie sociale), et, de l'autre côté, un besoin accru en soins coordonnés.

L'antalgie : premier usage du MOA

Cette première sous-partie vise à documenter l'entrée dans une pratique d'usage régulier, récurrent ou prolongé de MOA. Les raisons, motifs et conditions donnant lieu aux premiers usages seront explorés, afin de mieux comprendre l'intentionnalité liée à l'usage et ce qui constitue un rapport problématique du point de vue des patients présentant une douleur chronique.

Des patients en difficulté : un usage vécu comme problématique

L'analyse des difficultés rencontrées par les patients présentant une DCNC avec leurs médicaments opioïdes antalgiques a permis d'identifier deux caractéristiques notables de la prise chronique (récurrente, régulière ou prolongée) d'un MOA, à savoir la manifestation des effets indésirables et le soulagement insuffisant de la douleur.

Faire face à des effets indésirables bien identifiés...

La première difficulté rencontrée par les patientes et patients ayant des prescriptions de MOA dans le cadre du traitement de la douleur est l'expérimentation d'effets indésirables des médicaments :

« J'ai pris beaucoup de poids. Ouais, j'ai changé depuis que je prends tous ces médicaments, enfin, autant au niveau physique qu'au niveau psychologique, je pense, au niveau de mon caractère aussi. Je me suis... je suis plus comme avant. Avant, j'étais... Alors, je suis toujours active, mais avant, j'étais très gaie, très joyeuse, très enjouée. Je faisais beaucoup de choses. » [F-52 (69)]

« J'ai des problèmes d'appétit, parce que j'ai perdu quand même 30 kilos depuis que je suis en traitement. Donc, j'ai souvent mal à l'estomac, j'ai souvent des problèmes d'envie de vomir. Et puis des maux de tête, voilà. J'ai souvent des démangeaisons, aussi. Ouais, je pense que c'est vraiment les gros effets secondaires que j'ai, avec mes traitements. » [H-58 (27)]

Les effets indésirables que les MOA peuvent induire s'ajoutent aux effets déjà pénibles de leurs pathologies : *« [...] une perte de concentration et de mémoire – mais le tramadol ne doit pas aider, ce n'est pas anodin comme drogue. » [F-55 (22)]*

Avant sa mise sur le marché, le médicament doit passer avec succès plusieurs étapes³⁹ d'un processus réglementé, garantissant son efficacité et son innocuité (Bonah et Rasmussen, 2005). Ces

39. Après la découverte d'une nouvelle molécule, celle-ci devient un candidat-médicament qui passera ensuite des étapes d'essais précliniques sur des animaux et des essais cliniques sur des humains, visant à repérer les bénéfices et les risques pour la santé des patients. En cas de résultats convaincants, la firme est en mesure de déposer une demande de commercialisation auprès d'une agence nationale ou européenne qui examinera son dossier pendant deux ans, avant d'envisager une AMM.

caractéristiques expliquent pourquoi certains usagers de drogues peuvent percevoir le médicament comme un produit plus « sûr » qu'une drogue, ou bien comme une drogue qui « inspire confiance » (Langlois et Milhet, 2016). À la différence de ce qui est constaté dans l'étude de la place des médicaments psychotropes dans les polyconsommations des usagers de drogues, la conscience des risques des médicaments est présente chez les patients ayant une prescription de MOA depuis plusieurs années. Cela se voit par exemple dans le discours de ces femmes d'une cinquantaine d'années qui prennent un MOA depuis plus de cinq ans (neuf ans de tramadol pour l'une et six ans de tramadol et morphine pour l'autre) :

« L'inconvénient, oui, puis je sais que cela détruit le cerveau. Je le prends depuis tellement d'années qu'il ne doit plus faire d'effet. » [F-55 (22)]

« Et toute la difficulté, elle est là, c'est que la douleur fait qu'on réduit notre activité, et puis on prend des antalgiques qui font qu'on est complètement à côté de la plaque, en fait. » [F-50 (63)]

Qui plus est, la « crise des opioïdes » est devenue très médiatisée au début des années 2010, avec notamment les décès récurrents de personnalités connues aux États-Unis, dépendantes à ces substances (l'acteur Philippe Seymour Hoffman en février 2014, le chanteur Prince en avril 2016, l'actrice Carrie Fisher en décembre 2016, etc.). Cette médiatisation des « ravages des opioïdes » est présente dans l'actualité française via des séries TV, des documentaires et reportages internationaux⁴⁰, ou encore des romans best-seller (Radden Keefe et Cleve, 2022), et peut jouer un rôle dans la motivation au sevrage :

« J'ai commencé à en prendre vraiment conscience à la suite d'un documentaire que j'ai vu à la télé. Là, je me suis dit : "Il va falloir que je fasse quelque chose." C'était par rapport au tramadol. » [F-52 (90)]

La dépendance et l'addiction médicamenteuse impliquent une sensibilisation et une reconnaissance des risques. Ces derniers sont parfois considérés comme des problèmes lointains ou réservés aux autres. Cette femme de 50 ans prend du tramadol depuis six ans pour des douleurs chroniques d'épaule, mais ne se conçoit aucunement comme une personne « dépendante » ou ayant une « addiction » médicamenteuse : « Moi, j'ai aussi la peur d'être accro à tous ces médicaments. » [F-50 (63)]. Il est important de signaler que lors des entretiens, la majorité des personnes interrogées ne déclare pas d'emblée un statut d'« addict » ou ne s'identifie pas comme ayant un problème de dépendance médicamenteuse⁴¹. Leurs impératifs restent le soulagement de la douleur. Cet homme, musicien de 45 ans, a perdu un pied dans un accident grave lorsqu'il avait 17 ans, il a ensuite subi plusieurs opérations, des problèmes à l'autre pied, à une main et aux jambes. Depuis une vingtaine d'années jusqu'au moment de l'entretien, en 2022, il s'est vu prescrire de manière récurrente et prolongée plusieurs antalgiques opioïdes et des psychotropes, sans expérimenter un soulagement suffisant de la douleur dans la durée :

« [Depuis la sortie d'hospitalisation en 1993] J'ai fait... Di-Antalvic, putain, j'ai eu la Lamaline aussi à un moment donné [...] j'ai commencé le centre antidouleur et des trucs forts, vraiment, en 2003... Et c'est là qu'on voit franchement, c'est-à-dire, moi, en 2004, quand j'ai vu le documentaire sur Arte et tout, quoi, j'étais halluciné. Je veux dire, moi, tous mes rendez-vous, c'est tous les 28 jours. C'est des ordonnances sécurisées. [...] Et là, c'est mon médecin de la douleur qui est contente, genre : "Oui, on va arrêter l'Oxynorm" et tout, parce qu'elle a vu une série à la télé [...] Je veux dire, en gros, je suis en train de faire tout ça en fonction de ma santé, de si ce serait mieux pour moi, mais pas en fonction de ce qui se passe aux États-Unis avec un traitement. » [H-45 (93)]

40. Parmi les plus récents, voir par exemple la mini-série étasunienne Dopesick, créée par Danny Strong et diffusée depuis 2021, ou le documentaire Ten Dollar Death Trip, réalisé par Dominic Streeter et diffusé depuis 2020.

41. Pour une partie d'entre elles, la reconnaissance et l'intégration d'un problème de dépendance a permis de s'engager dans des démarches de sevrage. Pour une autre partie d'entre elles, la reconnaissance de la dépendance comme problème a pu émerger lors de l'échange. De plus, une partie des personnes enquêtées n'était pas engagée dans une démarche de sevrage ou d'arrêt au moment de l'enquête.

Pour Mickael Bury, la maladie constitue une « *rupture biographique* », elle empêche parfois de remplir certaines obligations sociales et expose éventuellement au rejet et à la stigmatisation (Bury, 1982). En s'appuyant sur le cas de la substitution aux génériques, Étienne Nouguez (2017) ajoute qu'un changement de produit peut constituer, aux yeux de certains patients, une nouvelle « *rupture biographique* », supposant de réorganiser l'ensemble des pratiques thérapeutiques et sociales qui entourent la maladie et le traitement.

Finalement, les patients sont sensibilisés aux risques d'addiction et de dépendance des médicaments opioïdes, quand bien même la prise est conçue comme inévitable en raison des maux ressentis.

... pour très peu de soulagement de la douleur

La deuxième difficulté rencontrée par les patients ayant des prescriptions de MOA dans le cadre du traitement de la douleur est donc le manque de soulagement durable de la douleur :

« Je prends mes médicaments, mais elles [gélules de Lamaline] me font pas d'effet puisque j'ai toujours mal, continuellement, du matin au soir. Je me réveille le matin, je me lève le matin, j'ai mal. Je me couche le soir, j'ai mal. Et j'ai mal toute la journée. Je... quelquefois, j'ai tellement mal aux mains que je peux pas me servir de mes mains. Ou le matin, quelquefois, j'ai tellement mal aux bras ou aux mains que je peux même pas m'habiller. [...] Après, je sais pas, je suis pas médecin. Moi, actuellement, j'ai mal. » [F-52 (69)]

La plupart des patientes et patients interrogés explique que ce manque de soulagement de la douleur amène leurs prescriptrices et prescripteurs à augmenter, mais sans succès, la dose :

« La docteure X m'adaptait le traitement. Elle m'a dit : "On va augmenter [l'OxyContin]. Parce que c'est OK, il faut avoir plus fort", machin, mais voilà, au bout d'un moment, elle pouvait plus augmenter [...] Non seulement, j'ai mal, et en plus je peux rien faire. » [H-45 (93)]

Certains patients se rendent compte que leur manque de soulagement de la douleur est à l'origine d'une augmentation des prises : *« Juste, je peux dire que ma consommation [de tramadol] a augmenté avec la douleur. »* [F-50 (63)]

Pourquoi ces patients continuent de prendre un médicament qui ne les soulage pas complètement ou efficacement dans la durée ? Le font-ils uniquement parce que le médecin – autorité prescriptive avec qui il semble difficile de raisonner – le prescrit ? Pour reprendre l'exemple du patient musicien sous opioïdes antalgiques depuis 20 ans (suite à un accident grave qui compromet initialement son pied, une multiplication de chirurgies et d'autres problèmes s'ajoutant), ce n'est pas tant la « *sûreté* » du produit, mais bien l'utilité sociale du progrès scientifique (Bonah et Rasmussen, 2005), qui lui offre des « *possibilités nouvelles* » (sortir, exécuter les tâches ménagères et/ou remplir des obligations parentales, participer à une soirée ou, tout simplement, s'entretenir sans éprouver un soulagement suffisant de la douleur) :

« Tant qu'y a toujours tes douleurs, y a pas cet effet euphorisant, tu vois, qu'on peut avoir quand on prend de la morphine ponctuellement. Tant que t'as, et je l'ai bien vu sur les fois où... par exemple, des fois, j'avais du 10 milligrammes, et que par exemple, j'ai mal. Si tu prends 10 milligrammes, alors que 5 auraient suffi, là, tu peux avoir un côté un peu où ça va changer ton état. Peut-être tu vas avoir un état un peu, je sais pas, un peu euphorisant ou j'en sais rien. Mais moi, j'ai envie de te dire, là, dans ce cas-là, en cinq ans, j'en ai jamais pris assez. Et je mentirais si je disais que je sens rien, mais moi, ce que je sens juste, c'est que j'ai moins mal, et du coup, je suis mieux et j'arrive à avoir une discussion avec des gens, j'arrive à... » [H-45 (93)]

Le motif initial de l'usage de MOA est le soulagement de la douleur. Il faut noter ici une différence forte avec les polyconsommateurs de drogues, pour qui la dimension récréative ou ludique est importante (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020), et qui cherchent dans l'usage de médicaments psychotropes (y compris antalgiques) divers effets, dont l'automédication (Langlois et Milhet, 2016). Il est intéressant de revenir sur la phrase suivante dans le verbatim précédent : *« Je mentirais si je disais que je sens*

rien, mais moi, ce que je sens juste, c'est que j'ai moins mal » qui, tout en évoquant un soulagement partiel de la douleur, indique avant : « *Si tu prends 10 milligrammes, alors que 5 auraient suffi, là, tu peux avoir un côté un peu où ça va changer ton état.* »). Cela montre bien qu'il connaît les effets psychoactifs d'une dose plus importante. Son discours suggère également le stigmate qui pèse sur les usagers d'opioïdes au long cours, mais il a trop mal pour s'en préoccuper. Ce patient donne peu d'importance aux autres effets liés à la prise de l'opioïde antalgique, tant qu'il est partiellement soulagé de ses douleurs et que cela lui permet de satisfaire son besoin d'interagir. Or, cet attribut social, de facilitateur d'interaction, accordé au médicament, n'est pas mesuré dans l'évaluation scientifique et technique du médicament (Benamouzig et Paris, 2007). Si, à cause des effets indésirables, les médicaments entraînent la méfiance et la suspicion des patients (Bonah et Rasmussen, 2005 ; Fainzang, 2007), la persistance de la douleur facilite aussi une certaine confiance dans le progrès thérapeutique.

Les médicaments sont instrumentalisés, utilisés comme des outils dont la fonction est de gérer la souffrance (Le Breton, 2015), c'est-à-dire les conséquences physiques (somatiques), morales (psychiques) et sociales de la douleur chronique, afin de réaliser les activités humaines les plus courantes de la vie, desquelles il est possible de tirer profit et qui sont parfois sources de bonheur. C'est ce que montre aussi le récit du patient (sous opioïdes antalgiques depuis 20 ans) dans la suite de son récit :

« J'ai commencé à avoir des douleurs de dingue et, pour la première fois de ma vie – je crois que c'était en fin 2018 –, j'ai presque regretté de m'être fait amputer. En 2019, on prévoit les examens pour couper plus haut, carrément, à ce moment-là. Parce qu'à partir de 2016, on a recommencé, du coup, les traitements forts ; et là, pour te dire, de 2016 à 2019, là, je ne pouvais pas faire ça [geste de flexion avec la jambe] avec 5 milligrammes de morphine. À 10 milligrammes, je pouvais faire ça. [...] Et donc, à cause de cette main-là, j'ai dû arrêter le yoga, le snowboard. Cette année-là, j'ai rien fait. [...] et en 2018, six mois après la naissance de Nina⁴² [sa fille], j'arrive toujours pas à la porter [...] j'ai bien pris conscience depuis 20 ans que la douleur, elle a augmenté ou elle est exacerbée par plein de choses et tout, quoi, et principalement ton mental. Une bonne nouvelle et elle fait un peu moins mal [...], donc, je choisis des trucs pour lesquels ça me fait pas mal. Si je vais chercher un plat de fruits de mer, c'est que je suis content parce qu'y aura le plat de fruits de mer et tout, et ça me donne l'énergie et le courage pour assumer les douleurs et pour les encaisser. » [H-45 (93)]

Par définition, l'antalgique est « *un médicament qui atténue ou supprime la douleur sans en traiter la cause* »⁴³. Impossible à guérir, la douleur chronique encourage les patients à développer toute une panoplie de pratiques pour « *contrôler autant que faire se peut* » ses effets organiques et sociaux (Baszanger, 1986). Isabelle Baszanger propose d'aborder cet univers des maladies chroniques comme un « *ordre négocié* », qui ne se réduit pas aux interactions du malade dans la sphère médicale, mais qui concerne l'ensemble des sphères sociales (professionnelle, amicale, familiale, etc.) dans lesquelles il est inséré. Par leur capacité à « *changer les termes de la négociation* », les traitements occupent une place centrale dans toutes ces sphères de la vie sociale des patients. En d'autres mots, les médicaments ont la capacité de réduire les souffrances causées par la maladie et, comme signalé plus haut, permettent à l'individu de mener une vie sociale « *normale* » (Cachard, 2020 ; Conrad, 1985 ; Noguez, 2017).

Une section de ce rapport est consacrée à la fonction sociale du médicament opioïde antalgique. Donc, à son rôle de « *maintien* » d'un état particulier pour l'individu, puisqu'en atténuant ou en supprimant la douleur, il contribue à soutenir le moral (voire à être de bonne humeur), ou encore à maintenir une crédibilité ou un certain statut (de travailleur, de parent, de mère de famille). Mais, avant cela, il est important de comprendre d'abord les moyens d'accès à ces médicaments.

42. Les noms et prénoms de personnes et institutions ont été changés par respect de l'anonymat.

43. Diffusion de recommandations des autorités sanitaires par l'Assurance maladie (Assurance maladie, 2022).

De la prescription à la pharmacie : portes d'entrée vers l'usage chronique

L'enquête auprès des patients met en évidence que la principale porte d'entrée à l'usage régulier, prolongé ou récurrent est constituée par les professionnels de santé (médecins, dentistes ou pharmaciens). L'usage est principalement, mais pas exclusivement, destiné à soulager la douleur.

La prescription médicale

Pour la grande majorité des personnes interrogées, l'utilisation d'un MOA de manière continue a été initiée à la suite de la prescription d'un médecin spécialiste œuvrant le plus souvent en milieu hospitalier, pour des situations d'urgence ; ou par des « *médecins de la douleur* », c'est-à-dire des praticiens en centre spécialisé douleur chronique (SDC). L'extrait suivant correspond au cas initial d'une femme de 33 ans intégrée récemment dans une démarche de sevrage de tramadol. Ce médicament avait été renouvelé par son médecin traitant pendant un an et demi pour traiter une névralgie cervico-brachiale :

« En fait, je connaissais le tramadol, j'en avais déjà eu... Et je crois que la toute première prescription de tramadol, ça devait être aux urgences, il me semble – c'est même Topalgic qu'on avait prescrit ! [...] Après, oui, effectivement, mon médecin avait renouvelé le tramadol pour le fécalome. [...] J'avais encore mal, oui. Surtout qu'ils ont mis du temps à se rendre compte que c'est un fécalome. Aux urgences, ils ont fait n'importe quoi... » [F-33 (78)]

Dans l'extrait suivant, cette ancienne factrice vient de commencer un sevrage de morphine (oxycodone), qu'elle s'est vue prescrire initialement aux urgences hospitalières par une algologue (médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur), pour « *des douleurs partout* ». Ce médicament a ensuite été renouvelé pendant cinq ans par le même praticien hospitalier :

« En fait, le médecin des urgences, ce jour-là, était l'algologue de l'hôpital. Du coup, elle a tout de suite compris que ce n'étaient pas juste des petites douleurs. Du coup, elle m'a hospitalisée 15 jours, où elle m'a fait quelques examens et, par déduction, elle m'a diagnostiqué une "fibromyalgie" [...] Oui, [c'était] en août 2015. Et du coup, c'est à ce moment-là que je suis passée sur de l'Oxynorm et de l'OxyContin. » [F-41 (89)]

Une autre femme (de 55 ans, chef de projet informatique vivant en milieu rural) a aujourd'hui un diagnostic neurologique de polyradiculonévrite (PRN) depuis le début des années 2000. Dans les années 2000, elle a aussi eu un accident de moto (elle se rappelle avoir eu du Laroxyl en traitement antalgique, et de la cortisone), puis un accident de voiture, et une hépatite C repérée en 2003. Elle dit souffrir principalement des douleurs aux jambes. Selon son ostéopathe, ses douleurs viennent du bassin (ou pelvis), qui a été le plus touché dans les accidents. Elle dit avoir la même ordonnance depuis 2010 (notamment du tramadol), réalisée systématiquement par son médecin traitant à chaque consultation. En 2010, elle a consulté un rhumatologue libéral en ville, qu'elle ne reverra plus, mais qui lui a parlé de fibromyalgie. Il est intéressant de noter que c'est aux urgences qu'elle a reçu pour la première fois un opioïde antalgique, suite à son accident de voiture, alors qu'elle vivait aux États-Unis :

« Il y a eu deux accidents [...] J'ai des douleurs depuis 2002 »
— *Enquêtrice : avant les années 2000, vous aviez connu des médicaments antalgiques forts ?*
« Non. Si, pardon : la codéine et aux États-Unis. »
— *Vous avez vécu aux États-Unis ?*
« Oui, 15 ans. La codéine et l'hydrocodone. »
— *Et ça, c'était dans quel cadre ?*
« Suite à mes accidents de voiture. Dans les années 2000, j'ai eu un accident de voiture. Quelqu'un a brûlé le feu rouge. Je me le suis pris de côté. » [F-55 (22)]

Dans la première partie de ce rapport, le fait que le tramadol est le MOA le plus souvent initié en sortie d'hospitalisation a été documenté. En médecine de ville, il peut aussi s'agir d'un chirurgien-dentiste (et rarement un généraliste) qui initie la prescription d'un MOA. Puis, comme dans le cas antérieur,

le généraliste intervient après coup et se charge du renouvellement de la prescription. C'est ce que suggère le récit de cette autre patiente (de 38 ans) en arrêt d'usage de codéine, prescrite initialement par sa dentiste et qui avait été renouvelée pendant plus d'un an par son médecin traitant : « *Au début, ma dentiste me faisait mes ordonnances, – ça fait 30 ans qu'on se connaît, je l'ai connue petite – et mon médecin a pris le relais.* » [F-38 (91)]

Par ailleurs, si des formes de « *médication familiale* » – c'est-à-dire des conseils prodigués par la famille en matière de « *consommation médicamenteuse* » (Fainzang, 2015) – existent, cette enquête ne permet pas d'affirmer l'existence d'« *entrée dans un usage chronique de MOA* » via la pharmacie familiale⁴⁴. Une première prise ponctuelle dans un cadre de confiance (familial ou auprès d'un proche) peut donc renforcer l'image que le patient se fait du produit et la certitude sur sa « *qualité* » (Noguez, 2017) :

« Alors, je connaissais la Lamaline parce que maman avait – je me souviens, quand j'étais toute petite – parfois de violentes migraines, et elle m'avait dit : “Parfois, quand j'ai très mal à la tête, je prends de la Lamaline, ça me calme.” [...] Je me souviens qu'une fois, j'avais eu je ne sais pas quoi, peut-être un mal de tête ou je ne sais pas trop quoi, et je devais partir à l'école – et maman m'a dit : “Tiens, prends une Lamaline, ça va te calmer.” Et j'avais trouvé ça vraiment miraculeux. Je m'étais dit : “Waouh ! Il est drôlement bien, ce médicament !” J'avais pris une fois, et puis après, bon, voilà. Mais donc, quand le médecin m'a dit : “On va prendre la Lamaline”, je me suis dit : “Ah, mais c'est un médicament que je connais.” Enfin, que je connais... » [F-55 (92)]

Mais une fidélisation au traitement commence le plus souvent avec la prescription, dans le respect d'un cadre de prescription médicale. Le degré de proximité dans la relation avec les médecins chargés du renouvellement permet de comprendre le maintien dans un rapport problématique avec les opioïdes antalgiques. C'est ce qui sera abordé dans le prochain point.

La vente libre en pharmacie

Outre les « *médicaments à prescription obligatoire* », l'offre des pharmacies comporte les médicaments à prescription facultative ou « *médicaments d'automédication* » (Noguez, 2017). Jusqu'en 2017, les médicaments codéinés ont été en accès direct en pharmacie. Une partie des patients interviewés a commencé à soigner ses douleurs en achetant ce type de médicament, sur conseil des pharmaciens :

— *Enquêtrice : les pharmaciens vous conseillaient la codéine en fonction des symptômes que vous décriviez ?*
— *« Oui... quand ils m'ont dit qu'il n'y en avait pas parce que des gens prenaient et qu'ils devenaient..., je me suis dit : “Ah, c'est ça, je ne savais pas qu'il y avait ça dans les rayons.” Mais, en fait, je n'étais pas conscient que c'était un opioïde. »* [H-35 (75)]

Une fois mis sous ordonnance obligatoire, ces patients qui étaient en « *automédication* » sont progressivement entrés dans un cadre de prescription.

L'analyse des débuts du parcours d'usage par les patients montre que s'ils prenaient de la codéine en automédication, ce même médicament ou un autre opioïde pouvait tout de même être choisi par le généraliste pour traiter leur douleur dans le cadre thérapeutique, puisqu'il correspondait aux symptômes décrits par ces patients. C'est par exemple ce que raconte cette patiente (de 22 ans), qui s'est vu régulièrement prescrire de la codéine pour des migraines chroniques pendant cinq ans, jusqu'à la proposition d'un autre médicament plus utile pour contrôler la douleur :

« Quand j'ai commencé à consommer de la codéine, c'était en vente libre. Ça a été mis sur l'ordonnance il y a quelques années... Donc, en fait, ça a commencé en automédication avec l'aval... »

44. L'« *armoire à pharmacie* » facilite l'automédication, c'est-à-dire le recours à des médicaments « *déjà en possession* » ou qu'on se procure à cet effet (via une pharmacie ou auprès d'une autre personne), consommés de la propre initiative des patients, sans consulter un médecin (Fainzang, 2012).

Enfin, les médecins auxquels j'en parlais étaient d'accord. Je leur disais : "Voilà, j'ai des migraines", ils me disaient : "Bah, qu'est-ce que vous faites pour ?" Je leur disais : "Je prends de la codéine", ils disaient : "Très bien, continuez." [F-22 (75)]

Lorsque les codéinés n'étaient pas prescrits, un autre MOA, le plus souvent du tramadol, était proposé. L'extrait suivant montre le cas d'un patient (de 36 ans, informaticien), qui arrête de prendre des médicaments codéinés achetés en pharmacie et, depuis cinq ans, se voit prescrire du tramadol par son médecin traitant pour des douleurs de dos chroniques. Il a récemment été orienté en centre de la douleur :

« Il y avait des médicaments qui étaient en vente libre, à l'époque, où il y avait un peu de codéine dedans. C'était le CoDoliprane. Et après, ça a été arrêté. Donc, j'ai été obligé après de voir un médecin traitant régulièrement, voilà. [...] Alors, je ne lui demandais pas. C'est plus que je lui décrivais mes douleurs, et je lui expliquais que j'avais déjà tenté de prendre du Doliprane ou de l'Ibuprofène, et que ça ne faisait pas grand-chose. Et le médecin, de lui-même, a donc prescrit soit l'Ixprim, soit le Dafalgan codéiné, pour justement soulager un peu plus. » [H-36 (01)]

Les informations données aux médecins orientent la prescription (Fainzang, 2002). Dans le volet consacré à l'étude des pratiques de prescription de médecins, il a été constaté que les généralistes perçoivent souvent une « demande » d'antalgique de la part de leurs patients. Or, cette phrase – « Je ne le demandais pas [...] le médecin, de lui-même, a donc prescrit soit l'Ixprim... » – montre aussi que le patient ne se sent pas responsable de cette prescription, puisqu'il n'est pas à l'origine d'une demande de médicament particulier, mais bien d'une prise en charge de la douleur.

Le maintien d'un rapport problématique avec le MOA

La première partie de ce rapport montrait que les médecins sont parfois étonnés du fait que leurs patients présentant une dépendance à un MOA n'augmentent pas forcément les doses ou le nombre de prises et ne prennent « pas plus » que ce qui leur est prescrit, mais qu'ils le prennent « en continu ». Cette deuxième partie expose les facteurs qui caractérisent cette continuité dans l'usage de MOA, en analysant les facteurs et les moments qui accentuent les difficultés liées à l'arrêt, quand il est souhaité du point de vue des patients.

Les caractéristiques typiques du maintien de l'usage

À la fin d'un traitement ponctuel de la douleur (au-delà de 28 jours et jusqu'à 3 mois), lorsque le traitement par opioïde antalgique prescrit arrive à son terme, les patients se rendent compte qu'il est difficile d'arrêter la prise de ces médicaments et qu'ils n'avaient pas été prévenus de cela lors des prescriptions.

Difficulté d'arrêter : « Reprenez-en et vous verrez après »

Une première caractéristique du maintien de l'usage de MOA dans le temps est la difficulté à arrêter, en intégrant ou pas un problème de dépendance ou d'addiction :

« Au bout d'un moment, j'ai essayé d'arrêter, et là, syndrome de sevrage plus, plus, plus. » [F-33 (78)]

« À la fin, quand il a fallu que j'arrête, j'ai vu que je ne pouvais pas arrêter. » [F-38 (26)]

« Je le prends depuis tellement d'années qu'il ne doit plus faire d'effet. Le seul effet qu'il fasse, inversement, c'est le sevrage qui est difficile. » [F-55 (22)]

À la fin d'un traitement par MOA, certains patients ressentent les symptômes du manque quand ils cessent les prises. L'interaction avec des professionnels de santé non prescripteurs d'opioïdes sur ordonnance (tels qu'une infirmière à domicile ou des puéricultrices à l'hôpital) aide à interpréter ces symptômes comme résultant de la privation de ces médicaments :

« Enfin, j'avais très, très chaud, des grosses crises de colère et une instabilité émotionnelle, des tremblements, des insomnies. Et en fait, c'est là qu'un infirmier qui venait à la maison suite à mon opération m'a dit : "En fait, vous êtes en manque. Donc, reprenez-en maintenant, tout de suite, là, et vous allez vous sentir mieux. Vous revoyez votre médecin, et avec lui vous allez diminuer au fur et à mesure." » [F-38 (26)]

« On a arrêté du jour au lendemain à la maternité, et elles [les puéricultrices] m'ont dit : "Mais ce serait peut-être mieux que vous continuiez, comme ça il y en a un peu dans le lait, et puis il va y avoir moins de syndromes de sevrage." » [F-43 (77)]

Les cas où les médecins généralistes imputent l'effet de sevrage à l'arrêt d'un MOA ne sont pas nombreux. L'enquête a néanmoins repéré le cas d'une patiente qui se voit – initialement en 2017, et ensuite pendant cinq ans – prescrire du tramadol en centre de la douleur, où les médecins de cette structure sont ceux qui renouvellent le traitement (et non le généraliste) :

« [...] j'ai dû commencer l'Ixprim au mois de juillet et j'ai dû avoir un problème, quelque chose qui a nécessité des anti-inflammatoires au mois d'octobre. Comme j'avais beaucoup moins de douleurs, j'ai oublié de prendre l'Ixprim une journée. Bon, je n'ai pas très bien dormi. Le lendemain, là, du coup, je me suis dit : "Hier, je ne l'ai pas pris. La douleur, ça va. C'est super. Je ne le prends pas, je n'en ai pas besoin." Et puis, là, j'ai fait une nuit blanche. Alors, pas spécialement des douleurs, mais en fait, au début, j'ai appelé mon médecin en lui disant : "Est-ce que les anti-inflammatoires peuvent m'exciter ?" Enfin, c'est comme si j'avais bu des cafés. Je n'arrivais pas à dormir, quoi. Et sur le coup, je lui ai expliqué et il m'a dit : "Non, non, ce n'est pas les anti-inflammatoires, ça." Il me dit : "Reprenez l'Ixprim." J'ai repris l'Ixprim et effectivement... » [F-56 (95)]

Il est intéressant de noter que, après échange avec son médecin traitant, la patiente retourne donc dans le centre de la douleur pour aborder la question de la dépendance physique aux molécules opioïdes. Elle raconte que les professionnels formés à « l'évaluation et au traitement de la douleur » qui lui avaient prescrit le tramadol minimisent alors, selon elle, la gravité des effets indésirables liés à la prise du médicament, notamment les effets de manque exprimés par la patiente :

« Et quand j'en ai parlé après au médecin de la douleur en lui disant : "Voilà, vous m'aviez dit que c'était juste un... et que je pourrais m'en passer quand je voulais, non ce n'est pas ça." Et elle m'a dit : "Oui, pourtant, c'est une petite dose." Elle me dit : "De toute façon, vous en avez besoin. Un diabétique a besoin de traitement, il ne se pose pas la question de savoir qu'est-ce que ça ferait s'il l'arrête, parce que de toute façon, il en a besoin." Donc, elle dit : "Si vous en avez besoin, vous continuez de le prendre." Du coup, je continue. J'ai toujours mon Dafalgan et mon Ixprim vers 17 heures. » [F-56 (95)]

Un auto-examen (« si vous en avez besoin ») et la décision de continuer à prendre le médicament sont laissés par le spécialiste de la douleur à la responsabilité de la patiente (« vous continuez de le prendre »). La théorie selon laquelle l'établissement d'un lien entre syndrome de manque et prise de produit implique pour le patient l'auto-attribution d'une nouvelle identité de « toxicomane » (Bergeron, 2009) ne s'applique pourtant pas aux cas rencontrés dans cette étude. En revanche, il est possible de lire ce lien entre syndrome de manque et prise de MOA comme un facteur explicatif de la prise de conscience d'un problème avec le MOA.

Méconnaissance des effets indésirables lors de la prescription

Une deuxième caractéristique du maintien de l'usage de MOA est l'absence d'information sur les risques d'effets indésirables des médicaments (d'accoutumance ou d'un syndrome de sevrage à l'arrêt, d'une addiction ou d'une dépendance) de la part des médecins lors des prescriptions. En effet, les patients expriment une sensibilisation tardive aux risques d'addiction et de dépendance liés à la prise chronique de ces médicaments. Il s'agit de patients qui font confiance à leurs médecins prescripteurs : « Je pense qu'elle ne s'est pas rendu compte – mon médecin traitant – que c'était un médicament addictif. » [F-33 (78)]

À la différence de cette patiente qui prend la défense de son médecin qui lui a prescrit du tramadol pendant deux ans, cet autre patient – qui s’est vu prescrire de l’oxycodone pendant une dizaine d’années en centre de la douleur – accepte moins aisément la méconnaissance des risques par son médecin :

« Je comprends très bien que la docteure X, à l’époque, même elle... elle le savait vraiment bien aussi, quoi, tu vois ce que je veux dire. Et elle ne m’a pas dit : “Attention, quand t’entends Oxy dans les films”, tu vois Machin... » [H-45 (96)]

Les extraits suggèrent aussi un manque d’échange sur ce sujet entre le prescripteur initial (souvent à l’hôpital) et le médecin traitant (qui est souvent celui qui renouvelle le traitement). Cette femme a une prescription de tramadol depuis six ans, initiée pour des douleurs ressenties après des accidents de la route et des douleurs qui accompagnent une maladie neuromusculaire (qui touche les nerfs responsables des mouvements du corps). Son récit met en lumière un renouvellement de la prescription de manière systématique de la part de son médecin traitant, une relation de prescription sans information sur les risques, sans questionnement des traitements ni partage des raisonnements qui justifient ce traitement :

— *Enquêtrice : il vous parle des effets indésirables, de la dépendance ?*
— *« Non, ce n’est que moi qui aborde le sujet. Elle, elle s’est contentée de reprendre l’ordonnance que j’avais établie – enfin, avec laquelle le médecin que j’avais en Normandie [il y a six ans] m’a aidée à ajuster les molécules, le dosage, tout ça. J’ai donc ramené cette ordonnance avec moi, elle ne fait que la poursuivre. » [F-55 (22)]*

La question des risques des médicaments opioïdes semble ainsi absente des consultations initiales, et cette absence se prolonge dans le parcours de cette patiente, sans laisser place à l’émergence du sujet dans les futures consultations. L’existence d’une certaine proximité de la relation entre le médecin et le patient semble être à la source d’une gêne à annoncer l’existence d’un problème avec le MOA⁴⁵. La question des risques d’effets indésirables des médicaments est plutôt abordée fortuitement par des professionnels de santé non prescripteurs d’opioïdes sur l’ordonnance (tels qu’une infirmière) ou des spécialistes de pathologies pour lesquelles la prescription d’opioïdes est plus rare : (médecin ORL, ou otorhinolaryngologiste) :

« On m’en a parlé au départ de manière extrêmement violente. La première à en avoir parlé, c’est mon ORL, parce que j’ai fait une otite, un jour. Et il m’a dit tout simplement : “Dites-moi ce que vous prenez en ce moment.” Et, honnêtement, je lui ai fait le descriptif du... Et il m’a regardée, il m’a dit : “Je savais pas que j’avais affaire à une junkie.” » [F-55 (92)]

« [...] les pédiatres, à ce moment-là, m’ont dit : “Mais vous pouvez pas allaiter avec tout ça !” [tramadol, benzodiazépines et Neurontin] J’ai dit : “Pardon ? Ça fait deux ans que...” Enfin, j’ai eu deux grossesses, donc, ça fait quasiment deux ans de grossesse, et jamais on m’a dit qu’il ne fallait pas avoir tout ça. » [F-43 (77)]

Si lorsque les patients enquêtés abordent la question de la prévention des risques, les généralistes apparaissent peu présents dans leurs discours, il faut encore une fois noter l’intervention de certains professionnels non prescripteurs (sur ordonnance⁴⁶), comme les pharmaciens, pour aborder avec ces patients la question d’une prescription appropriée, l’entrée dans une situation de dépendance ou l’échange sur les risques d’addiction :

45. La proximité de la relation avec le médecin traitant est un facteur important du choix du médecin traitant par les patients et un facteur important de l’adhésion aux soins prescrits par le patient, mais cela n’empêche pas la survenue de « dérives », lorsque médecin et patient se retrouvent dans une relation proche et ancienne qui ne convient pas tout à fait aux deux parties.

46. La prescription est une « mesure d’ordre » dictée par une autorité (Le Bodic et Hardy, 2012), qui favorise l’avènement de ce qu’elle annonce (Bourdieu, 1981). De ce fait, infirmiers ou pharmaciens n’ont pas le droit de prescrire un MOA sur ordonnance. Or, comme souligné dans la première partie, les infirmières sont « prescriptrices » lorsque, en s’appuyant sur leurs savoirs sur les besoins du patient, elles conseillent les médecins (Duprat, 2021) ou conseillent les patients sur les médicaments qui pourraient être les plus adaptés à eux. Les pharmaciens conseillent également les patients sur les médicaments les plus adaptés à leurs pathologies (sur leurs risques et bénéfices) et ont, en plus, un droit de « substitution » (Nouguez, 2017), c’est-à-dire qu’ils peuvent proposer un autre médicament que celui indiqué par le médecin sur l’ordonnance (notamment la proposition d’un médicament générique).

« [...] c'est la pharmacienne qui m'a dit à plusieurs reprises : "Il faut arrêter le tramadol. Il faut arrêter." Elle me l'a dit. Je l'ai écoutée, et c'est pour ça que j'ai demandé un sevrage. On ne me l'a pas proposé avant. » [F-52 (90)]

Cette surveillance des problèmes pouvant survenir avec les MOA, qui n'est pas toujours effectuée par les généralistes, est fréquemment, mais pas systématiquement, réalisée par les pharmaciens. Comme dans le cas antérieurement cité, cette femme de 33 ans fréquente toujours la même officine, mais les pharmaciens n'ont jamais abordé la question avec elle :

« Sur les dix mois et demi où j'ai pris le tramadol, les pharmaciens, je leur donnais mes ordonnances, ils prenaient, ils me donnaient mon tramadol, et ils n'avaient pas d'échange là-dessus. Du tout, du tout. [...] J'estime qu'ils sont quand même professionnels, enfin, ils doivent être professionnels. J'estime que, au même titre que mon médecin, ils auraient dû m'informer, surtout que, vu le nombre d'ordonnances que j'ai eues – j'ai eu onze ordonnances pour dix mois et demi –, j'aurais préféré qu'ils m'informent sur le tramadol. Ça m'aurait peut-être évité de tomber dedans. » [F-33 (78)]

Finalement, l'addiction – en tant que catégorie conçue par les psychiatres et spécialistes en addictions pour nommer un phénomène articulant « *perte de contrôle de la prise* » et « *recherche de plaisir* » (Reynaud *et al.*, 2016 ; Robinet *et al.*, 2019) – n'est pas une question qui se pose de manière prégnante dans les récits des patients. En revanche, certains patients découvrent avec étonnement la difficulté d'arrêter leurs antalgiques opioïdes (tôt ou tard dans leurs parcours de soins). L'enquête EMOA montre que ce ne sont pas toujours des patients avertis par leurs prescripteurs et prescriptrices des effets indésirables, des risques de dépendance ou d'addiction courus, que ce soit au moment de l'introduction ou des renouvellements. Les efforts « *d'encadrement étroit de la prescription, de la délivrance et de l'information auprès des professionnels et du grand public, pour prévenir une crise d'opioïdes en France* » (ANSM *et al.*, 2019 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019 ; RESPADD *et al.*, 2018 ; Robinet *et al.*, 2019) ne semblent pas encore se traduire dans les pratiques des médecins traitants des patients en difficulté avec leurs traitements.

Outre les interactions avec des professionnels non prescripteurs (infirmiers, pédiatres, puéricultrices, pharmaciens), ou avec des médecins intervenant sur une pathologie différente de celle pour laquelle le MOA a été prescrit (comme un ORL), le manque d'interaction avec le médecin traitant, mais aussi d'autres facteurs retrouvés en dehors de la sphère de la santé, caractérisent le maintien de l'usage. Avant d'aborder ce point, il faut noter une dernière caractéristique liée au maintien de l'usage de MOA.

Respect d'une approche médicale multiple non centrée sur les opioïdes

Une autre caractéristique notable du maintien de l'usage d'un MOA chez les patients interrogés présentant une DCNC est le respect du cadre médical de soulagement de la douleur, qui combine approche médicamenteuse et non médicamenteuse. Même lorsque la personnalité ou la manière d'agir du médecin ne convient pas au patient, le cadre est souvent respecté. En effet, comme cela a été souligné à plusieurs reprises, les patients interrogés respectent les prescriptions qui leur sont accordées (c'est-à-dire qu'ils et elles respectent les posologies prescrites). Rares sont les cas où les patients se permettent de changer les modalités d'administration. Cela se produit parfois, quand la relation avec le médecin traitant est défailante, plutôt que dans la configuration avec des médecins spécialistes exerçant à l'hôpital ou en établissement spécialisé.

Les MOA ont une place importante dans la prise en charge de la douleur. Or, la prise du médicament s'inscrit dans un ensemble d'autres stratégies de soulagement de la douleur utilisées par les patients dans le but de mener une vie plus agréable. C'est ce que met en évidence cette femme, secrétaire comptable (travaillant à mi-temps pour cause de douleur). Elle a une arthrose aux mains et un diagnostic rhumatologique de polyarthrite depuis une dizaine d'années (traitées initialement par deux immunosuppresseurs : Enbrel et Humira, ensuite par tramadol pendant quatre ans, et par Lamaline depuis neuf mois et jusqu'au moment de l'entretien, parmi d'autres médicaments). Depuis février 2021, elle a aussi un diagnostic de dépression et de fibromyalgie :

« [...] j'ai le Deroxat [antidépresseur] que je prends – deux comprimés tous les matins. J'ai de l'esoméprazole pour l'estomac. J'ai de la vitamine D tous les deux mois – une ampoule –, et du Théralène, mais vraiment quand je peux pas dormir. Ensuite, en ce moment, j'ai Lamaline, j'en prends quatre par jour et que ça me fait rien du tout, car elle me fait plus d'effet, plus rien. »

— Enquêtrice : et votre nouveau médecin traitant, est-ce qu'il vous propose des thérapies complémentaires ou alternatives aux médicaments ?

— « Rien. Je faisais du kiné avec mon ancien médecin traitant, il me donnait des séances de kiné, plus au niveau du massage des bras, du dos, pour détendre tout ce qui est musculaire. Et elle, elle ne veut pas. Elle me dit : "Allez faire du sport." Mais du sport, j'en fais. [...] Je fais du yoga. Je fais de la piscine. Je fais de la marche. J'essaie de faire plein de choses pour essayer de me soulager. Mais au final, je vois qu'il n'y a rien. [...] Alors, je suis toujours active, mais avant, j'étais très gaie, très joyeuse, très enjouée. Je faisais beaucoup de choses. J'avais envie de faire beaucoup de choses. Maintenant, en fait, mes journées, elles se résument à me lever le matin, à gérer ma douleur [...] Aujourd'hui, je me suis réveillée, je ne pouvais pas me bouger mes mains et je pouvais pas marcher. Je sais que c'est pour la journée, donc, j'ai commencé, depuis ce matin, au Lamaline. »

— Enquêtrice : d'accord. Et quand vous avez des douleurs insupportables, vous faites quoi ?

— « Rien. Je peux rien faire. J'ai rien de... rien du tout. [...] Je prends des bains, oui, des bains très chauds ! Voilà. » [F-52 (63)]

Les approches thérapeutiques de cette patiente combinent traitements médicamenteux et non médicamenteux – tels que la kinésithérapie, des remèdes naturels ou des techniques de relaxation. D'autres cas similaires dans le corpus de l'enquête montrent qu'elle s'efforce ainsi d'adopter des thérapeutiques alternatives de soulagement de la douleur, notamment dans les cas où cela lui permet de ne pas prendre plus de médicaments que ce qui a été prescrit. Autrement dit, elle respecte les posologies préconisées, y compris dans les cas où la douleur devient insupportable.

C'est également le cas d'une femme de 55 ans (informaticienne en télétravail permanent) qui souffre de douleurs depuis des accidents de la route, avec un diagnostic neurologique de polyradiculonévrite (PRN, maladie neuromusculaire qui touche les nerfs responsables des mouvements du corps) et, parallèlement, un diagnostic rhumatologique de fibromyalgie :

« Le matin, maintenant, c'est 150 milligrammes de tramadol, 200 milligrammes de Lyrica, 50 milligrammes d'Ixel. Oui. Dans la journée, si j'ai très mal, je prends Ixprim aussi, ou je prends maintenant Acupan. Et le soir, rebelote, il n'y a plus que 25 milligrammes d'Ixel, toujours les 150 milligrammes de tramadol, et 200 milligrammes de Lyrica. »

— Enquêtrice : quand les douleurs deviennent insupportables, mais que vous avez déjà pris les médicaments tels que les médecins vous ont prescrit, vous faites quoi ? Quelles sont vos stratégies ?

— « Je remets du chaud, c'est tout, avec les noyaux de cerises, ou là, j'ai une ceinture chauffante [aux noyaux de cerises], ou alors je prends un bain bien chaud, mais il n'y a pas grand-chose à faire, ou comme je vous disais de l'alcool, c'est ça qui est malheureux. » [F-55 (22)]

L'adoption d'une combinaison de multiples stratégies non médicamenteuses, associant des thérapies alternatives de soulagement de la douleur à la prise d'opioïdes antalgiques, montre la manière dont les patients interrogés se conforment aux prescriptions rédigées par leurs médecins et aux posologies usuelles, en les « complétant » rarement par des produits psychoactifs légaux ou interdits⁴⁷. Cette approche « multimodale », c'est-à-dire la multiplicité des approches de la douleur chronique, qui caractérise une gestion de la douleur à la française⁴⁸, résiste aussi à une dépendance excessive aux solutions pharmacologiques à la douleur, voire à une approche strictement pharmacologique (Baszanger, 1995 ; Pryma, 2022). Cette multiplication des stratégies de gestion de la douleur répond aussi au cadre des polyopathologies, également appelées « comorbidités », qui désignent en médecine la présence de maladies et/ou divers troubles aigus ou chroniques s'ajoutant à la maladie initiale.

47. Parmi la vingtaine de patients interrogés, seulement deux ont évoqué l'utilisation de l'alcool ou du cannabis comme moyen thérapeutique de soulagement de la douleur.

48. Voir les différences avec le modèle américain, et tout particulièrement états-unien, de gestion de la douleur (Baszanger, 1995 ; Pryma, 2022).

Les dimensions sociales de l'usage chronique

Lorsque les rapports que les patients entretiennent avec leurs opioïdes antalgiques sont analysés, c'est la continuité de l'usage de ces médicaments qui ressort. L'enquête met en évidence le maintien de l'usage de MOA prescrit – ou ce que les médias ont déjà caractérisé comme « *dépendance sur ordonnance* »⁴⁹. En utilisant le terme de « *maintien* », cette sous-section fait référence à un usage continu de MOA, et donc à la construction de ce rapport particulier, en abordant ses divers éléments, moments ou événements de la vie des patients qui contribuent à maintenir cet usage.

Accumulation de problèmes et morcellement de la prise en charge

Le maintien de l'usage de MOA par les patients présentant une DCNC répond à une accumulation de problèmes de santé, dont la prise en charge est caractérisée par un manque de communication, voire de coordination, entre les professionnels intervenants. En effet, nombreux sont les patients insatisfaits qui mettent en exergue ce manque de communication du médecin traitant avec ces autres intervenants, et l'énoncent de manière explicite comme un manque d'organisation dans leurs soins. En corollaire, les patients se sentent contraints de consulter des professionnels de leur propre initiative et parfois en dehors de leurs réseaux, avec comme conséquence l'absence de communication avec leur médecin traitant.

Plusieurs problématiques soulevées par les patients interrogés sont associées à ce morcellement de la prise en charge, souvent à l'origine d'une chronicisation de la prise d'antalgiques opioïdes sur ordonnance : habiter dans un « désert médical »⁵⁰ avec un accès aux soins difficile, notamment en territoires ruraux ou semi-ruraux (Legendre, 2021), avoir subi la perte de son médecin traitant (en raison de son départ ou d'un déménagement du patient). Le généraliste devient ainsi difficile à remplacer. De plus, certains territoires français ont été identifiés dans la littérature comme dotés de médecins qui ne disposent pas des temps de présence à leurs cabinets, appelés « territoires à relativement faible activité »⁵¹ (Lucas-Gabrielli et Mangeney, 2019). En ce qui concerne ce phénomène de « désert médical », s'aggravant depuis 2020 en France (Rojouan, 2022), il est aussi intéressant de noter que certains patients ont déménagé, notamment pour se rapprocher des lieux de soins. En revanche, la perte ou absence du médecin traitant fait irruption souvent au cours de parcours déjà très complexes des patients interrogés. Comme le souligne Mathieu Frélaud : « *La question des déserts médicaux et son impact sur l'accès aux soins est une réalité perçue par les patients en recherche d'un médecin traitant et ayant des difficultés nouvelles d'accès aux soins.* » (Frélaud, 2018).

Différentes études et rapports publics récents traitant le sujet des logiques spatiales de l'accès aux soins (Barlet *et al.*, 2012 ; Forzy *et al.*, 2021) ont mis en évidence que si la proximité géographique est un critère évident pour choisir son médecin traitant (les professionnels et les lieux de soins en général), cette variable peut devenir secondaire, et c'est une proximité relationnelle avec le médecin traitant qui primera sur celle-ci (Forzy *et al.*, 2021 ; Vinel et Kessler-Bilthauer, 2017). À l'instar de ces constats, cette patiente estime important que le médecin qui prendra en charge sa douleur connaisse la charge mentale et le travail physique, à la maison et en dehors de la maison, qu'implique une vie de famille, et qui surajoute parfois à la souffrance et au parcours de vie :

« On est dans une question de personnalité. Et puis, pour le coup, là, j'ai affaire à une femme. Et c'est quand même triste, mais je pense que du coup, elle sait ce que c'est que la charge mentale, que le type que j'avais avant [ancien médecin généraliste], il savait pas – il allait travailler, c'est sa

49. Voir par exemple « Dépendance sur ordonnance », France Culture du 2 mars 2021 : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-pieds-sur-terre/dependance-sur-ordonnance-9783053>

50. Rendu public le 29 mars 2022, le rapport du Sénat n° 589 (« Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard ») a notamment estimé que 30 % des Français résident dans un « désert médical », que 11 % de Français de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant, et que 45 % des médecins généralistes sont en situation de burnout (Rojouan, 2022).

51. Si l'offre de soins est mesurée à partir de la quantification de médecins sur le territoire et la quantification de leur activité, quand les médecins sur place ne sont pas disponibles, se pose le problème des activités faibles. Selon les données de l'Assurance maladie, en 2015, 29 % des médecins généralistes réalisaient (à un endroit donné) moins de 3600 actes annuellement, proportion sensiblement équivalente à celle observée en Île-de-France dans les Yvelines (29,7 %) et le Val-de-Marne (29,8 %). Cette proportion est légèrement moindre en Seine-Saint-Denis (22,7 %), en Seine-et-Marne (24,6 %), dans le Val-d'Oise (25,9 %) et dans l'Essonne (26 %). Par contre, elle est nettement supérieure à Paris (55 %) et dans les Hauts-de-Seine (41,1 %) (Lucas-Gabrielli et Mangeney, 2019).

femme qui nettoie la maison, et... voilà. Là, j'ai affaire à une femme qui est mère de famille et qui... je pense... oui, est dans beaucoup plus de compréhension et surtout de respect de son patient, parce que l'autre... [...] Je suis vraiment dans des choix à la base qui sont pas du tout allopathiques, en fait. Et du coup, le généraliste que j'avais avant, il pouvait pas comprendre ça, en fait. Et là, j'ai l'impression que c'est mieux, mais on va voir. » [F-50 (63)]

La proximité étroite avec un médecin traitant qui connaisse non seulement leur état de santé et leurs préférences en termes de soins, mais aussi leur mode de vie, leurs exigences et leurs dynamiques quotidiennes de vie, semble vraiment importante pour les patientes et patients interrogés. Or, l'enquête EMOA montre des cas de chronicisation de l'usage par manque d'encadrement médical coordonné. Ce manque de coordination des soins est en effet réclamé par les patients eux-mêmes. Cela marque le rôle crucial que les patients peuvent jouer dans la médicalisation de leurs propres prises en charge (Carricaburu et Ménoret, 2004 ; Conrad, 1992 ; Conrad et Schneider, 1992 ; Vassy et Derbez, 2019). Les quatre exemples de cas de patientes présentant des comorbidités abordés ci-dessous permettront de montrer que le premier facteur d'usage chronique est lié à l'éclatement de la prise en charge de la douleur entre différents professionnels, et que ce phénomène est plus significatif lorsque les patientes habitent dans des zones de faible activité médicale.

« Désert médical » et prise de tramadol, prescrit systématiquement pendant six ans

Le premier cas est celui d'une femme de 50 ans ayant exercé en tant que conseillère conjugale et sexologue – elle est en arrêt de travail depuis quelques mois lors de l'entretien – et en tant qu'infirmière auparavant. Elle a des prescriptions de tramadol depuis 2015 (6 ans de prise continue) pour ce qu'elle décrit comme « des douleurs au niveau des épaules ». Elle réside en région Rhône-Alpes, et avait récemment déménagé pour se rapprocher des centres de santé, mais dit toujours habiter en « pleine campagne » :

« Alors, j'ai déménagé pour me rapprocher des centres de santé... parce que j'habitais dans un... j'habite encore dans un désert médical, mais je me suis quand même rapprochée d'une ville. Là, je suis à un quart d'heure d'une ville. Voilà. Donc, je me suis rapprochée du centre antidouleur aussi, en l'occurrence, et c'est là certainement deux choses qui m'ont facilité la vie, justement. » [F-50 (63)]

La situation racontée par cette femme est celle d'une patiente qui se voit d'une certaine manière « lâchée » par son médecin traitant. Elle décrit un parcours de santé qui semble la dépasser, caractérisé notamment par un manque d'évaluation et de suivi, ainsi que de prescriptions « systématiques » de médicaments de la part de ses médecins prescripteurs :

*« En fait, il a fallu que je demande à chaque fois au médecin traitant d'aller voir tel ou tel spécialiste pour telle ou telle raison, parce que le médecin ne me faisait aucune proposition. Alors, il me prescrivait les bonnes choses. J'étais sous tramadol, enfin, l'exprim, l'exprim assez rapidement. »
— Enquêtrice : entre 2015 et 2019, vous avez eu du tramadol ?
— « Oui. De façon assez régulière et systématique, oui... Dès que j'avais des douleurs, en fait, oui, il me prescrivait du tramadol, et je le prenais... J'en ai même eu à des doses plus importantes. Mais en fait, les effets secondaires ont fait que j'arrête tout au fur et à mesure, en fait. » [F-50 (63)]*

Cette patiente souligne une double difficulté. D'un côté, face à l'échec d'un traitement contre la douleur, et dans l'obligation de devoir chercher à consulter d'autres professionnels capables de satisfaire ce besoin en soins, elle se retrouve dans les mains de multiples médecins qui prescrivent les mêmes médicaments opioïdes antalgiques depuis six ans. Elle va jusqu'à leur accorder une qualification de « dealers ». D'un autre côté, elle se retrouve avec la peur de devenir une « toxico » :

« Alors, du coup, je vois plusieurs médecins. Je vois un médecin traitant. Là, on est en train de se caler pour que ce soit le médecin traitant qui me fasse toutes les prescriptions. Je vois le médecin du centre antidouleur et je vois aussi un psychiatre. [...] Et avec, voilà, la peur... Moi, j'ai aussi la peur d'être accro à tous ces médicaments, parce que franchement, là, si je voulais, aujourd'hui, je serais une toxico. C'est super facile. J'ai juste à dire au médecin : "J'ai mal, j'ai machin, j'ai bidule." Alors, ils sont pas tous des dealers, mais ils sont quand même des bons dealers. » [F-50 (63)]

Le manque de coordination des soins est en effet perçu comme une absence de cadre (« *c'est super facile. J'ai juste à dire au médecin...* ») qui n'est pas appréciée par la patiente. Au moment d'affronter une peur, telle que la possibilité de devenir « *dépendante* », « *addict* » ou « *accro* » à son traitement, c'est le besoin de se retrouver dans un cadre relationnel de confiance qui se dessine dans son discours. Elle gère ses traitements, mais la crainte d'affronter seule la survenue de ces effets reste latente :

« Actuellement, je prends plus grand-chose. Je prends juste l'ixprim, tramadol, en fait. Ixprim, donc, celui qui est avec du paracétamol. Si, je prends aussi... je les prends pas de façon systématique, du Diazépam quand j'ai très mal, pour pouvoir dormir, pour pouvoir avoir un sommeil de qualité, en fait. Donc, j'ai du 2 mg, et je peux en prendre trois ou quatre. J'en prends un, deux, trois ou... en fait, et je peux en prendre un seul, parfois... ou je suis déjà montée jusqu'à quatre. Et donc, je prends aussi de l'Actiskenan [...] Je suis jamais montée jusqu'à six [par semaine]. » [F-50 (63)]

« Désert médical » et prise de tramadol, prescrit systématiquement pendant neuf ans

Le deuxième cas est celui d'une femme de 55 ans, informaticienne, à 100 % en télétravail à cause de sa situation : un diagnostic neurologique de polyradiculonévrite (PRN, maladie neuromusculaire qui touche les nerfs responsables des mouvements du corps, elle a mal au bassin depuis ses accidents (de moto et voiture dans les années 2000) et, parallèlement, un rhumatologue lui a parlé de fibromyalgie (douleurs diffuses et persistantes). Pour des raisons personnelles (notamment des violences conjugales), elle a déménagé il y a six ans pour vivre seule et quasiment isolée socialement en « *pleine campagne* », dans l'ouest du pays. Cela fait donc six ans qu'elle a un nouveau médecin traitant, chargé de ses prescriptions de tramadol :

« Je suis en pleine campagne. Il n'y a pas de transports en commun. [Le médecin traitant est à] Trente minutes, à peu près 16 kilomètres, mais c'est de la petite route. » [F-55 (22)]

Il faut souligner deux éléments de comparaison avec le cas antérieur, d'une part, cette patiente a la même ordonnance depuis neuf ans et, d'autre part, elle souligne un manque de proposition de la part du médecin traitant pour rechercher un traitement plus convenable ou efficace dans la durée :

« Oui [initialement], on a essayé beaucoup de molécules. Moi, je suis passée par le Laroxy, par tous ces trucs où j'étais complètement à côté de la plaque. On a essayé le Cymbalta, et puis les dosages, etc. Puis, finalement, avec mon médecin, il y a à peu près neuf ans, on est arrivés à cette ordonnance que j'utilise toujours : le tramadol, le Lyrica et l'Ixel, avec les doses prescrites. Jusqu'ici, le tramadol, c'était la dose maximale : 400 milligrammes par jour. Là, j'avais vu une étude sur Internet, comme quoi les fibromyalgiques ont très peu de récepteurs dans le cerveau. Donc, si on leur donnait des opioïdes, le cerveau répondait encore plus en douleur. J'ai donc dit cela à mon médecin d'aujourd'hui. On a réduit le tramadol de 150 milligrammes. » [F-55 (22)]

Ces récits peuvent donner l'illusion que des médicaments spécifiques font l'objet d'une attente forte de la part du patient, discours souvent soutenu par les médecins (Collin, 2003), ce qui renforce la croyance d'une totale autonomie des patients dans leur choix des traitements et des soins. Or, il est clair dans le récit de cette patiente que son médecin traitant depuis six ans n'agit pas sur son parcours, il ne soulève pas de questionnements sur le caractère approprié ou non des traitements pris au long cours, ni sur les bénéfiques et les risques qui peuvent survenir sur la patiente. En effet, elle souligne une absence d'implication dans sa prise en charge :

« Je lui ai demandé de réduire l'ordonnance ».

— *Enquêtrice* : *il vous parle des effets indésirables, de la dépendance qu'il peut y avoir aussi avec ?*

— *« Non, ce n'est que moi qui aborde le sujet. Elle, elle s'est contentée de reprendre l'ordonnance que j'avais établie, enfin, avec laquelle le médecin que j'avais avant m'a aidée à ajuster les molécules, le dosage, tout ça. J'ai donc ramené cette ordonnance avec moi, elle ne fait que la poursuivre. C'est tout. Elle ne va pas plus loin. C'est tellement difficile d'avoir un médecin traitant qui vous prenne dans sa patientèle. C'est un désert médical, par ici, donc, quand on en a un, on le garde, même s'il n'est pas "top". ».*

Ce qui devient flagrant dans ce verbatim, c'est que le respect du « *cadre médical* » évoqué en introduction à cette section est une forme de respect sous contrainte : elle suit les posologies, cherche à faire réduire l'ordonnance, mais continue de la respecter, quand bien même la personnalité et la manière d'agir de sa médecin ne lui conviennent pas. Mais elle sait ses options très limitées par une offre médicale qui la contraint.

De plus, et à l'instar du cas évoqué antérieurement, lorsque les patients perçoivent un manque de coordination dans leurs prises en charge, le médecin traitant est le plus souvent considéré comme un distributeur de produit ou un « *dealer* ». L'anthropologue Sjaak van der Geest et ses collègues suggèrent que lorsqu'un patient demande au médecin la prescription d'un médicament qu'il juge efficace, c'est finalement le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire du médecin (van der Geest *et al.*, 1996). Néanmoins, les extraits mettent en exergue un manque d'intégration du patient ou de la patiente dans le raisonnement thérapeutique qui donne lieu à la prescription du médicament par le médecin. Ce manque d'échange pour construire ensemble une stratégie thérapeutique amène ces patients à considérer leur médecin traitant comme une personne qui travaille « *pour eux* » (et non pas « *avec eux* »).

« Manque de temps des médecins disponibles » et morphine « à volonté »

Le troisième cas est celui d'une femme de 41 ans, ancienne factrice ayant récemment adopté une démarche de sevrage d'OxyContin :

« Au début, je l'ai vue assez régulièrement [une algologue de l'hôpital]. Ils étaient deux, mais son collègue est décédé et donc, elle était "overbookée". Elle me faisait des renouvellements d'ordonnances sans me voir. Très clairement, j'avais autant de morphine que je voulais. Il faut être très clair. » [F-41 (89)]

Elle affirme se faire souvent « promener » entre différents services hospitaliers et entre différents établissements de différentes villes, en raison du manque d'offre de soins dans sa propre commune :

— *Enquêtrice : combien de temps de route faites-vous pour consulter un professionnel de santé ?*
— *« C'est très loin. Je suis obligée d'aller sur Paris, quand je ne me fais pas envoyer promener. Parce que généralement, on me dit qu'il faut que je prenne plus proche de chez moi. Sauf que, plus proche de chez nous, il n'y a pas. C'est vraiment le désert médical, ici. Que ce soit pour du généraliste ou de la spécialité, c'est compliqué. [Pareil] au niveau des hôpitaux, oui, on n'a pas tous les services. Il y a eu beaucoup de services fermés dans beaucoup d'hôpitaux. Donc, oui, je suis souvent obligée de monter en région parisienne. »* [F-41 (89)]

Le « *manque de temps des médecins* » prescripteurs pour effectuer une évaluation est une autre caractéristique de l'usage chronique d'opioïdes antalgiques prescrits soulignée par les patientes. Cette ex-factrice a commencé à prendre de la morphine de manière continue suite à une prescription aux urgences pour « *des douleurs partout* ». Pendant l'entretien, elle revient sur le fait qu'après un burnout professionnel et le développement d'une dépression dans le cadre de son travail (surajoutés à une séparation conjugale), ses douleurs se sont chronicisées et elle s'est attachée à l'oxycodone (prescrite pendant cinq ans pour le traitement de ses douleurs). L'accumulation de ces problèmes au cours du temps semble s'être juxtaposée avec une situation de prescription systématique sans suivi ni évaluation thérapeutique :

— *Enquêtrice : votre médecin traitant ou les urgences vous ont-ils adressée dans un centre de la douleur ?*
— *« Non, parce qu'en fait, aux urgences, c'était directement le médecin des urgences qui prenait justement les suivis douleurs. »*
— *Enquêtrice : j'imagine que vous avez passé plusieurs examens. Pourriez-vous me dire quelle était l'indication pour la morphine ? Quel a été votre diagnostic ?*
— *« Rien du tout. La première fois, rien du tout. J'y suis retournée dix jours après, aux urgences de l'hôpital à côté de chez moi. Et j'ai eu de la chance, à ce moment-là. En fait, le médecin des urgences, ce jour-là, était l'algologue de l'hôpital. Du coup, elle a tout de suite compris que ce*

n'étaient pas juste des petites douleurs. Du coup, elle m'a hospitalisée 15 jours, où elle m'a fait quelques examens et, par déduction, elle m'a diagnostiqué une "fibromyalgie" [...] Oui, [c'était] en août 2015. Et du coup, c'est à ce moment-là que je suis passée sur de l'Oxynorm et de l'OxyContin. [...] De plus, comme l'algologue à l'hôpital près de chez moi, celle qui m'avait mis la morphine au départ, ne pouvait plus me voir parce qu'elle avait trop de patients, elle me faisait des ordonnances à la volée, sans rendez-vous, tous les 28 jours, et elle m'en mettait plus pour que je puisse faire plus de temps avec l'ordonnance. C'est-à-dire qu'au lieu d'avoir une ordonnance de 28 jours, j'avais une ordonnance d'un peu plus de 50 jours. » [F-41 (89)]

Il est intéressant de voir que la prescription de morphine (de l'OxyContin et de l'Oxynorm) est décidée en situation d'urgence, des prescriptions systématiques tous les 28 jours pendant cinq ans par le même médecin. Il se trouve qu'un jour, cette « *patiente des urgences* » consulte un médecin différent de celui qu'elle voyait d'habitude : une praticienne qui prend le temps d'écouter son histoire et de regarder son historique de prescriptions. Cette praticienne met en question son diagnostic de « *fibromyalgie* », lequel avait été évoqué rapidement et « par déduction », mais sans fondements connus par elle, et lui propose finalement de consulter dans un hôpital psychiatrique pour traiter la dépression qui avait suivi son burnout professionnel. C'est dans ce centre qu'on lui propose une « *cure de désintoxication* » impliquant un sevrage de la morphine :

« Et comme il y avait de la dépression en même temps, ils ont traité l'ensemble. Donc, ils ont fait la cure de désintoxication de la morphine, plus la dépression qu'ils ont gérée. Mais du coup, c'est elle qui m'a dit qu'effectivement, il fallait que j'arrête la morphine, parce que c'était super mauvais, que plus j'allais en prendre, plus j'allais avoir mal, et que plus on allait monter dans les doses. Et en fait, c'était ce qui se passait. [F-41 (89)]

En quelques mois, cette patiente a changé sa prise de morphine par des médicaments opioïdes antalgiques dits « faibles » ou de palier 2 (l'Izalgi, composé de paracétamol et de poudre d'opium, et un autre antalgique, dit « *puissant* », non dérivé de la morphine, l'Acupan)⁵², et est orientée vers d'autres spécialistes de la douleur (un rhumatologue) pour le dépistage d'autres possibles pathologies douloureuses :

« Actuellement, on est en train de revoir tout. J'ai vu un rhumatologue il y a 15 jours sur Quincy-sous-Sénart, en région parisienne, qui me fait faire tout un tas d'exams justement pour voir si j'ai réellement la fibromyalgie et s'il n'y a pas d'autres pathologies. Parce que j'ai de nouvelles douleurs, depuis 2015, qui arrivent. [F-41 (89)]

Absence d'équipe de soins et prise de Lamaline pendant 15 ans

Enfin, les problématiques conjointes d'accumulation de problèmes et de prise en charge éclatée se reflètent dans le cas d'une femme (enseignante-chercheuse de 52 ans) inscrite dans une démarche de sevrage de Lamaline, prescrite initialement pour des douleurs post-accouchement – après une grossesse de huit mois alitée privée d'antidouleurs – et renouvelée pendant 15 ans par son médecin traitant.

En effet, le médecin traitant l'avait adressée à un neurologue pour aborder le sujet d'un sevrage, argumentant qu'il ne se sentait pas formé au sujet des addictions ni « à l'aise » pour effectuer un sevrage de Lamaline. Dans son cas, c'est l'échec de cette tentative de sevrage proposé par un neurologue (qui lui avait prescrit un MSO, traitement qu'elle devait suivre chez elle à la place de trois suppositoires Lamaline par jour utilisés depuis 15 ans) qui met pour elle en évidence ce manque de coordination des soins à l'origine d'un maintien de l'usage de Lamaline :

« [...] Honnêtement, j'ai pas réussi à recommencer le sevrage. [...] ce monsieur [neurologue] était très bien, mais il m'a fait... il m'a accordé une confiance qu'il aurait pas dû m'accorder, voilà, parce que j'y suis pas arrivé.

52. Le cas de son intégration dans une démarche de sevrage sera abordé dans le dernier point de ce rapport.

— Enquêtrice : d'accord. Et le médecin traitant, il a réagi comment ?

— « Il m'a dit : "Écoutez, Angela⁵³, je vous connais, si vous n'y êtes pas arrivé, c'était peut-être pas le moment. Et je pense que si une fois, on doit repartir sur quelque chose comme ça, on le fera peut-être dans une institution, enfin, voilà, que vous soyez bien encadrée, pas cette impression d'être totalement démunie avec des douleurs épouvantables qui ne passent pas, quoi. » Voilà. Donc, il a été... Mon médecin a été très surpris du fait que le neurologue n'ait pas compris l'ampleur des dégâts, peut-être, voilà. Elle ne le connaissait pas, elle avait entendu parler de ce monsieur, qu'il était certainement bien, mais elle ne le connaissait pas personnellement, voilà. »

— Et votre médecin traitant vous a adressée vers un centre d'intoxication ou voir un addictologue ou d'autres spécialistes, par la suite ?

— « Alors, non, non. Je dois dire que j'ai l'impression qu'elle attend que je fasse les choses, moi. Parce que quand je lui en ai parlé, elle n'a pas réagi, voilà. En plus, j'ai déménagé, j'ai changé de médecin, en fait... en 2010... Donc, c'est peut-être pour ça... raconter de nouveau une histoire, voilà. » [F-55 (92)]

Le problème d'organisation des soins souligné à plusieurs reprises par cette patiente rejoint la situation des autres cas de femmes abordés ici : « lâchées » par leurs médecins traitants, elles doivent « se débrouiller » seules. Elle dit avoir dû changer trois fois de centre de la douleur en raison de leur éloignement géographique. Elle pointe le manque de travail en équipe et de proposition de soins dans le même lieu où elle consulte son médecin référent :

« [Dans le centre de la douleur] je vois un médecin anesthésiste aussi, mais ça me gêne pas, qui me renouvelle simplement ma prescription de médicaments, qui me dit d'utiliser la TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), et qui ensuite ne m'a rien proposé à l'intérieur de l'hôpital, absolument rien. Elle me renvoie, elle me... Chaque fois, je repars avec des listes de... Par exemple, il faut aller voir un psychologue, donc, je repars avec des listes de psychologues. En plus du psychologue, il faut aller voir des réflexologues, donc, je repars avec des listes de réflexologues. Et puis, il faut aller voir... [...] Donc, je repars avec des listes et elle me dit : "Choisissez." Non, moi, non, voilà. Donc, voilà, sur place, je n'ai qu'un interlocuteur, c'est elle. Il n'y a pas d'équipe. Donc, elle ne me propose rien. C'est à moi de continuer à me débrouiller pour tomber sur des bonnes personnes. Si c'est pour tomber sur un neurologue comme celui que j'ai vu, c'est pas la peine, voilà. Non, voilà. Alors, j'ai tenté des choses. Alors, tout est dans le privé. C'est-à-dire que j'ai eu des consultations à 110, 120 €. Je peux pas faire ça. Je l'ai fait au départ. Et vous savez dans quoi ça m'a entraînée ? Bon, je suis à l'université, moi, je suis fonctionnaire : à travailler encore plus pour financer... [...] Et donc, j'ai augmenté mes heures de cours à l'université pour pouvoir financer toutes les séances. Non, moi, je peux pas. [C'est un cercle vicieux.] Donc, ça voulait dire prendre encore plus de médicaments pour tenir le coup, pour travailler encore plus, pour financer les séances. Moi, je peux pas fonctionner comme ça. Je lui ai expliqué. Il m'a dit : "Oui, mais sur place, on n'a rien." [...] là, je me suis renseignée pour un autre centre qui propose sur place une équipe de soins, parce que je crois que j'en suis à un stade où j'ai besoin d'être suivie, par exemple par un psychologue en lien avec la personne qui me donne le traitement. Parce que, par exemple, ce problème d'addiction, je veux pas, je ne veux plus avoir à le traiter toute seule.

— Enquêtrice : du coup, est-ce que ces spécialistes, communiquent avec votre médecin traitant ?

— Jamais, jamais, jamais. Je leur ai demandé de faire un courrier, elle m'a toujours répondu : "Si j'ai le temps." Et elle n'a jamais fait un seul courrier. [...] Alors, elle continue à me prescrire le Effexor, elle continue à me prescrire Lamaline, elle sait que c'est difficile. » [F-55 (92)]

Une problématique récurrente soulignée par les patientes et patients enquêtés est donc le manque d'organisation des soins, coordonné par un médecin référent, qui les conduit vers une impasse. Dans son récit, la patiente se plaint du fait que lorsqu'il y a un manque de coordination (manque de professionnels ou de services nécessaires à son traitement à l'intérieur de l'hôpital), la responsabilité de gérer et d'organiser le suivi lui est déléguée de fait, au point de devoir devenir elle-même, mais sans trop de succès, la propre coordinatrice de ses soins.

53. Les noms ont été changés pour conserver l'anonymat.

Répondre aux exigences de la vie sociale, professionnelle et familiale

L'analyse des moments ou événements dans la vie des patients douloureux chroniques qui contribuent à maintenir l'usage de MOA a permis d'identifier deux grandes dimensions du maintien de la prise de ces médicaments⁵⁴. Il en ressort que l'une des fonctions sociales des MOA est de répondre aux exigences de la vie professionnelle, et l'autre de répondre aux exigences de la vie familiale ou de couple vivant dans un même foyer, notamment lorsque cela se déroule dans des environnements hostiles ou anxiogènes.

Dans une étude sur les usages sociaux des médicaments psychotropes, Philippe Le Moigne (Le Moigne, 2008) décrit trois types de recours chroniques à ces produits, qui serviront à nourrir les analyses de ces dimensions : les « *recours circonstanciels* », qui visent à faire face à des événements de la vie de la personne (décès d'un proche, divorce, conflit au travail, chômage, etc.) ; le « *recours fataliste* », où le médicament contribue, au quotidien, au maintien d'un bien-être minimal face à la maladie ou à l'isolement (la chronicité, qui peut impliquer ici plus de 20 ans d'usage, est tolérée et comprise par les prescripteurs, dans la mesure où aucune solution ne peut être escomptée) ; enfin, le « *recours contradictoire* », qui répond à un mal-être général, dont la source est renvoyée à la personnalité du patient, et pour lequel « *l'investissement dans le produit atteint chez ces patients un point culminant* », dans le sens où ils deviennent très ouverts à des nouveautés thérapeutiques, construisent leurs propres modalités de prise de médicament (avec des ajustements complexes de traitements, etc.).

Un premier élément qui encourage l'usage chronique est l'obligation de répondre aux exigences de la vie familiale ou au partage des responsabilités au sein d'un foyer (tels que s'occuper d'un enfant ou réaliser des tâches ménagères). C'est le cas de cette femme de 50 ans, habitant en milieu rural, qui a dû quitter son poste de conseillère conjugale pour cause d'invalidité attribuable à la douleur chronique. Elle prend des antalgiques opioïdes depuis six ans pour des douleurs d'épaule qui l'empêchent de reprendre une activité professionnelle. Son usage se rapproche du « *recours fataliste* » décrit par Le Moigne (2008), c'est-à-dire qu'il vise à conserver un minimum de bien-être face à la douleur, à faire face à l'isolement du monde du travail professionnel et à assurer le travail domestique, d'éducation et de care de ses enfants, malgré les changements d'états induits par la prise de médicaments :

« Là, quand j'ai mal, je prends encore des gélules de Skenan, d'Actiskenan. [...] j'ai besoin d'avoir un minimum de présence, en fait, pour mes enfants. Et je peux pas être un zombie, en fait. Je suis seule à la maison. Je fais plus grand-chose, mais le peu que j'ai à faire, il faut que j'aie un cerveau pour le faire, en fait. Et toute la difficulté, elle est là, c'est que la douleur fait qu'on réduit notre activité, et puis on prend des antalgiques qui font qu'on est complètement à côté de la plaque, en fait. » [F-50 (63)]

Le récit suggère aussi que la patiente entretient un rapport conflictuel avec la thérapeutique : le recours au médicament semble à la fois combler le vide de l'activité professionnelle et induire un nouveau mal-être. Le Moigne a désigné ce type de relation au médicament sous le terme de « *maintien paradoxal* » (Le Moigne, 2008). Lorsque cette patiente raconte la gestion de ses traitements, son usage semble donc glisser vers un type de « *recours contradictoire* », notamment quand elle dit maintenant devoir construire seule ses propres modalités de prise :

« On m'avait remis du Skenan LP, mais en fait, la forme à libération prolongée, je la supporte pas, enfin, je suis nauséuse toute la journée, et je suis pas bien, etc. Alors que si je prends un Actiskenan de façon... de 10 milligrammes, parfois j'en prends deux, parfois j'en prends trois d'un coup, ça dépend comment j'ai mal. En tout cas, je régule, je le régule toute seule [en fonction de mes états]. J'attends pas que ce soit le médecin qui me dit : "Vous pourriez faire comme ci ou comme ça", parce que j'attendrais encore. Ils sont débordés, ils ont pas le temps. » [F-50 (63)]

54. Il s'agit d'éléments déterminants dans le sens où ils les exposent à la difficulté d'arrêter, ou qui complexifient le processus de sevrage.

Cette patiente rejoint le profil des patients présentant une DCNC dans le cadre d'une comorbidité, qui maintiennent un usage chronique de cinq ans et plus, habitent en zones rurales, et se retrouvent à l'écart d'une relation de confiance avec leur médecin traitant. La relation de ces patients avec les médicaments opioïdes antalgiques est marquée par une tension – et dans ce sens, le maintien est toujours paradoxal.

Par ailleurs, l'articulation des sphères médicale, familiale et professionnelle donne parfois à voir la manière dont le médicament permet de maintenir l'imbrication entre les exigences familiales et professionnelles. C'est le cas d'une femme, enseignante-chercheuse, qui s'est vu prescrire de la Lamaline pendant 15 ans. Ce médicament a initialement été introduit pour gérer des douleurs post-accouchement, et a été ensuite maintenu par la patiente pour s'adapter aux conditions de travail et concilier sa profession avec la charge liée à la garde d'un enfant :

— *Enquêtrice : qui vous a proposé la Lamaline ?*

— *« Là, c'était le généraliste. Et j'ai trouvé ça très efficace. Et j'ai commencé à un par jour, voilà. Le plus difficile pour moi étant le matin de me lever. Et la grosse difficulté pour moi était aussi de rester assise. Il a fallu que, bon, je m'occupe de mon bébé, puis j'ai dû reprendre mon travail à l'université. J'étais aussi assise devant mon ordinateur, et je ne pouvais pas tenir la position assise. Donc, on m'a dit : "Voilà, vous prenez un Lamaline le matin, et puis si jamais vous voyez que ça ne va pas, vous pouvez aller jusqu'à deux." Et j'ai commencé comme ça le traitement Effexor, Lamaline, mais je me suis laissée progressivement dépasser par... Ben, disons que le travail est monté en charge. Mon mari, qui s'est beaucoup occupé du bébé, petit à petit m'a dit : "Prends le relais." Et c'était tout à fait normal... » [F-55 (92)]*

Le constat selon lequel une « augmentation de la consommation de substances psychoactives, médicaments psychostimulants et analgésiques était le fait de sujets insérés » a amené Renaud Crespin et ses collègues à étudier les déterminants professionnels des usages chroniques (Crespin *et al.*, 2017). Les auteurs mettent en exergue la diversité de fonctions sociales de l'usage de ces produits en milieux de travail, qui vont de la nécessité d'échapper à des situations inextricables d'anxiété et d'angoisse croissantes, jusqu'à celle d'augmenter les performances pour montrer des capacités de travail à toute épreuve, en passant par la nécessité de se relaxer ou contrebalancer les effets du stress chronique, combattre les problèmes de sommeil ou traiter la souffrance. Les récits des patients présentant des DCNC montrent néanmoins que la question des performances au travail peut devenir secondaire, face au simple objectif de conserver son travail ou de continuer à travailler.

Le deuxième élément qui encourage l'usage chronique est donc de répondre aux exigences de la vie professionnelle (quand le travail implique de rester assis face à un ordinateur des longues périodes de temps, de manipuler un clavier, de rester concentré sur une tâche, de remplir différentes tâches en peu de temps, etc.), de travailler sous pression ou de faire face à une augmentation de la charge de travail. Le récit suivant montre le maintien fragile à son poste de secrétaire comptable de cette femme de 52 ans, qui prend des MOA depuis cinq ans (quatre ans de tramadol, neuf mois de Lamaline, et des patchs de morphine de manière ponctuelle) pour soulager ses douleurs chroniques :

« Mes journées, elles se résument à me lever le matin, à gérer ma douleur, alors, comme je travaille, à me préparer, à être le mieux possible présentable. Donc, je cache beaucoup, parce que je veux pas qu'autour de moi, on me dise : "Regarde comment elle est." Donc, je suis toujours apprêtée, toujours bien habillée, et c'est... [...] J'ai une petite pochette où je range mes médicaments, et je les prends le matin au petit-déjeuner, en déjeunant, et j'en ai dans mon sac. Donc... Lamaline, j'ai toujours une boîte dans mon sac, et une boîte de Doliprane pour la journée au cas où j'ai mal. Alors, comme là, aujourd'hui, j'ai travaillé ce matin, j'en ai pris... ce matin, au petit-déjeuner, j'ai pris un Lamaline et après, je l'ai pris en fin de matinée, enfin, à midi, au travail, parce que j'avais très mal. » [F-52 (69)]

Cette patiente doit se montrer discrète avec ses médicaments et procède à un véritable travail de dissimulation de ses douleurs et de son usage de médicaments, pour se protéger du risque de stigmatisation sociale que représente sa maladie chronique dans le milieu du travail (Bury, 1982).

L'exigence de la vie professionnelle touche également le cas de cette autre femme, de 55 ans, informaticienne, qui souffre de douleurs chroniques depuis les années 2000, qui font notamment suite à des accidents :

« Oui, c'est ma sœur, qui est docteure en biochimie, qui m'a dit de voir, elle me parlait même d'un addictologue, un toxicologue, tout ça pour diminuer le tramadol et toutes ces drogues. Je lui ai dit : "Oui, tu es gentille, mais si je n'ai pas mes drogues, je ne peux pas travailler." » [F-55 (22)]

Le médicament est un support social pour ces femmes encore en activité. Il faut noter un recours qui vise le maintien de la vitalité et du dynamisme que la vie professionnelle exige (Collin, 2003). Le médicament peut aussi être vu par ces patientes comme un outil pour conserver un statut social de travailleuse, dans un monde du travail inégalitaire qui leur est plus hostile (Bourreau-Dubois *et al.*, 2001 ; Insee, 2022). On retrouve aussi, autrement, toute la tension et la contradiction entre usage de médicament (et les effets psychotropes induits) et maintien des fonctions sociales, dans le cadre des thérapies complémentaires de traitement de la douleur. Pour les patients et patientes encore en activité, l'adhésion aux thérapies non médicamenteuses se trouve en profonde tension avec les exigences de leur cadre d'emploi (travail à temps plein). Selon cette femme de 52 ans qui exerce en tant qu'éducatrice spécialisée, les thérapies non médicamenteuses proposées dans les centres spécialisés s'adressent à des patients qui ne travaillent pas :

« [...] ils m'ont proposé d'intégrer un groupe de patients pour tout ce qui tournait aussi autour de la relaxation, de la méditation pleine conscience, et en fait, ça n'allait pas du tout avec mes horaires de travail. Ça avait l'air de s'adresser uniquement à des gens qui ne travaillaient pas... J'ai même été voir un hypnothérapeute – et même un sophrologue –, sans grande satisfaction [car...] il faut avoir énormément de temps à sa disposition pour faire ces activités-là, et que quand on travaille, c'est quasiment impossible d'avoir cette régularité. » [F-52 (93)]

Les personnes présentant des douleurs chroniques et qui sont encore actives sur le marché du travail sont parfois accusées de manquer d'adhésion aux thérapies alternatives ou non médicamenteuses qui leur sont proposées, et de vouloir centrer leur prise en charge sur le médicament. Cette interprétation tend à nier ou euphémiser les contraintes qu'exige la vie professionnelle. Le temps et la distance sont des obstacles pour adopter ce type de thérapies. Pour cette femme, enseignante-chercheuse, qui habite en banlieue et travaille à Paris, il est impossible de concilier sa vie avec le suivi des activités proposées :

[Dans le premier centre de la douleur, en province] *« Ils m'ont dit : "Il faudrait vous organiser aussi un peu de temps pour faire du yoga, un peu de temps pour faire des choses, etc." Ils m'ont dit : "Il faudra aller aussi en cure." Et j'ai fait quelques cures. Mais le problème, c'est que je faisais ça sur mes vacances, et quand je rentrais de la cure, c'était la rentrée à l'université. Et je ne sais pas pourquoi, j'étais fatiguée, mais fatiguée, après la cure. Donc, ça a été compliqué... »*

[Le deuxième centre de la douleur] *« Il était vraiment très bien, complètement dans l'esprit de ce que j'avais vu à l'époque [en province], sauf qu'il était loin de chez moi. Et très vite, j'ai compris que deux heures de transport pour y aller, deux heures de transport pour revenir à la maison, ce n'était pas jouable, voilà. » [F-55 (92)]*

Les patients ne sont pas à la recherche de solutions forcément médicamenteuses, mais il ne s'agit pas toujours d'une question de volonté d'arrêter un médicament, de réduire la quantité ou le nombre de prises. L'enquête montre, au contraire, que le médicament devient parfois la solution pour bien concilier monde du travail et maladie chronique.

Un troisième élément qui encourage l'usage chronique est l'accumulation inattendue d'événements de la vie, et ce type d'usage dépasse le « *recours circonstanciel* », décrit par Le Moigne (2008) : surmonter la mort d'un proche, surmonter des situations de haut stress, de tristesse, se reconstruire après un événement traumatique (attentats terroristes du Bataclan, du Stade de France) ou un historique douloureux venu s'ajouter à une situation déjà problématique (les périodes de confinement pendant la crise sanitaire, etc.). Cela s'illustre dans le récit de cette patiente de 33 ans (auxiliaire dans la petite enfance, en crèche à mi-temps) :

« Là, en fait, le 4 septembre [2022], ça fera deux ans. C'était pour une névralgie cervico-brachiale que mon médecin traitant m'a prescrit du tramadol. Au début, j'en prenais très peu, j'essayais même de ne pas en prendre autant qu'elle m'avait dit, mais je ne sais pas pourquoi, je lui demandais toujours de nouvelles ordonnances. Au bout d'un moment, j'ai remarqué que ça calmait aussi mes douleurs de névralgie, et ça calmait aussi mes douleurs psychiques. C'est là où j'ai commencé à augmenter les doses. Et en plus, pendant cette période-là, il y a eu ma grand-mère qui est décédée. Ça ne m'a pas aidée, j'ai encore plus augmenté les doses de tramadol. Au bout d'un moment, j'ai essayé d'arrêter et là, syndrome de sevrage plus, plus, plus. Je me suis rendu compte que je perdais totalement le contrôle et que je n'y arrivais plus. Au bout d'à peu près onze mois, c'est là où j'ai fait appel au centre où j'ai rencontré l'addictologue. » [F-33 (78)]

Cette femme a reçu des prescriptions de tramadol pendant deux ans entre 2020 et 2022, c'est-à-dire qu'elle a augmenté ses prises à un moment d'évolution de ses pathologies, consécutif à la mort de sa grand-mère. Ces années, caractérisées par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 et impliquant une période de confinement, ont représenté un état collectif anxiogène pour la population générale (Gérome, 2022).

C'est également le cas de cette femme de 38 ans, commercial dans un supermarché, présentant des douleurs dentaires chroniques. Elle se voit initialement prescrire de la codéine par sa dentiste (qu'elle connaît depuis 30 ans), qui est ensuite renouvelée pendant un an et demi par son médecin traitant (qu'elle connaît depuis une dizaine d'années) :

« Le matin, je n'avais pas mal et il fallait que j'en prenne. C'est vrai que quand on prend de la codéine, c'est un peu... Je ne prends pas de drogue dure, je ne prends pas de cocaïne, d'ecstasy ou tout ça, je ne fume pas de shit. Mais c'est vrai que ça nous emmène quand même dans un monde où on se retrouve. Déjà, hormis tout ce que je prenais, j'ai eu une relation très compliquée. J'étais avec un pervers narcissique. Moralement, je n'étais pas bien et je me suis aperçue qu'en prenant de la codéine, j'allais super bien. Du coup, je cachais mon mal-être dans la codéine, en fait » [F-38 (91)]

En addictologie, le soulagement d'un mal-être par la prise d'un produit psychoactif peut être conçu comme un acte hédonique lorsque la personne en tire du « plaisir » ou une « satisfaction » (Chambon et Morel, 2019). Or, pour les patients interrogés qui affirment s'être sentis bien lorsqu'ils ont augmenté leur prise – et cela sans être des usagers ou ex-usagers de drogues, ni en déclarant une addiction sous-jacente à un produit –, ce phénomène se manifeste de manière progressive et ex post, et cela principalement en raison du fait que le plaisir n'a pas été recherché comme but premier au début de l'usage.

Dans ce cas précis, la prise de conscience de la sensation de bien-être vient contrebalancer une vie de couple compliquée. La difficulté d'arrêter, la possibilité de se faire prescrire le médicament ou d'aller jusqu'à réaliser des ordonnances falsifiées, plutôt que de prendre des drogues, représentent une manière de contrôler sa situation dans le cadre thérapeutique, conçu comme plus « sûr » que celui dominé par les dangers du trafic (Langlois et Milhet, 2016)⁵⁵. La fonction sociale accordée au médicament peut être très étendue : de la motivation pour se rendre au travail au fait de s'occuper davantage de son enfant, de réaliser plus d'activités quotidiennes. Cette patiente, qui dit avoir arrêté depuis presque deux mois la codéine, évoque les impacts sur sa vie au moment où elle considère en avoir « trop pris » :

« Quand j'en prenais, non, mais quand je n'en prenais pas, oui. Quand je n'en prenais pas, je n'avais plus envie de rien. Je passais mes journées sur le canapé. Je m'occupais de mon fils parce qu'il a 14 ans, mais quand je n'en prenais pas, je n'avais plus la motivation. Je n'avais plus ce peps que j'avais quand j'en prends. Quand j'en prends, je prépare à manger, je fais des grands plats, je sors, je vais faire des courses, je vais au travail... [...] Maintenant, ce manque-là, c'est plus le

55. Il faut noter que l'enquête n'a en aucun cas repéré d'usage récréatif ou festif.

matin. Le matin, je n'ai plus envie de travailler, je n'ai plus envie de sortir, je n'ai plus envie d'aller au travail. C'est le matin. Ce que j'attends, c'est un changement psychologique. Que je me retrouve, moi, comme il y a deux ans. » [F-38 (91)]

Son récit montre qu'elle a l'espoir de renverser la situation et de retrouver l'état dans lequel elle était avant de commencer à prendre de la codéine (son engagement dans une démarche de sevrage sera abordé dans le dernier point de ce rapport). Il faut tenir compte du fait que pour elle, comme pour tous les autres cas abordés, la douleur reste présente jusqu'à aujourd'hui, et a été le motif premier de l'usage d'un MOA :

*— Enquêtrice : le dentiste ne t'a jamais proposé autre chose pour la prise en charge de la douleur ?
— « Non. La dentiste m'a envoyé chez un stomato. On m'a déjà arraché quatre dents, des dents qui n'avaient pas de problème. C'étaient plus les dents d'à côté ou les gencives. Ma dentiste, ça fait 30 ans qu'on se connaît, je l'ai connue petite. À part [me] prendre de l'argent – je suis désolée de parler d'elle, ça fait 30 ans, je l'aime beaucoup –, les douleurs, je les ressens encore aujourd'hui et je ne m'en sors pas. J'ai changé de dentiste, ça fait six mois que j'en vois une nouvelle, parce que je n'en peux plus. Là, ma nouvelle dentiste m'a envoyé voir un dévitaliseur sur Paris, à Saint-Maurice, pour me dévitaliser la dent. Elle a beau m'endormir la dent, j'ai encore trop mal, elle n'arrive pas à la toucher. Je me suis rendue chez le dentiste le 7 décembre, on me dit que c'est 450 € et que ce n'est pas pris en charge par la mutuelle. Je n'ai pas 450 € à mettre, donc, je suis repartie. Je n'ai pas les moyens. Là, il faut que je reprenne rendez-vous avec ma dentiste pour lui dire qu'elle me trouve une autre solution. » [F-38 (91)]*

Le manque de suivi ou d'évaluation médicale qu'entretient des prises régulières de médicaments prescrits depuis longtemps (y compris dans les cas où les conditions initiales dans lesquels le patient avait reçu le MOA ont évolué) s'explique par les manques de disponibilité, de capacité d'écoute ou de dialogue de la part des médecins généralistes ou référents, et c'est là l'une des caractéristiques notables du processus de continuité d'usage d'un MOA chez les patients douloureux chroniques.

Le récit de cet autre patient (de 45 ans, musicien, producteur de son), traité par opioïdes antalgiques de manière régulière et prolongée depuis 20 ans, montre la juxtaposition de problèmes affectant différentes sphères de sa vie : un accident grave, en 1993, qui compromet initialement l'un de ses pieds, l'accumulation de la douleur avec une chute qui compromet à nouveau un pied et sa main, une multiplication d'opérations chirurgicales, la souffrance de la perte d'un groupe d'amis dans les attentats de Paris en 2015, et enfin l'impossibilité de mener une carrière professionnelle comme il le voulait ou de porter sa fille dans ses bras depuis sa naissance en 2018. Voici certains extraits de son parcours :

« Donc, voilà, j'ai eu un accident à 17 ans. Ça a été très compliqué jusqu'en 2004. Du coup, on m'a opéré en 2001 une première fois, et ça a pas marché. On m'a réopéré en 2002, et ça a pas marché. À partir de 2003, je crois que c'est là qu'on m'a mis la première reconnaissance de travailleur handicapé. Après, j'ai quasiment eu des gestes tous les ans jusqu'en 2007. Et en 2007, on m'a amputé le membre inférieur gauche. [...] C'est ce qui m'a littéralement sauvé la vie, quoi. J'avoue que j'étais vraiment pas bien. Avant l'opération, j'avais monté ma boîte de postproduction audiovisuelle, postproduction, créations sonores, en 2004. En 2007, on m'a opéré et ça m'a sauvé la vie. Un an après, j'ai pu reprendre le snowboard, je me suis mis au badminton, j'ai fait du yoga, j'ai fait du kite [surf], et je fais du foot en tant que gardien. » [H-45 (96)]

Entre 2003 et 2007, les prescriptions de médicaments morphiniques semblent lui avoir permis d'être productif également dans sa carrière professionnelle comme musicien : « À cette période, j'étais continuellement sous OxyContin/Oxynorm. » L'accumulation des événements difficiles à vivre fait que la chronicisation de l'usage de MOA, et notamment la reprise de la morphine, se rapproche maintenant d'un type de « recours fataliste » :

« J'ai arrêté ces traitements-là en 2007. [...] je pensais que j'allais jamais en reprendre dans ma vie, j'étais sûr que ça allait aller. En fait, je pensais pas ravoir autant de douleurs et en fait... ça a vraiment été dur, parce que je suis tombé janvier 2015, j'ai fait une grosse chute dans un escalier et c'est ma cheville qui a principalement morflé. Au mois de novembre 2015, moi, je perds quatre

copains dans les attentats et tout. Le jour même de l'anniversaire de ma mère, en plus, quoi. Avec là, mon moignon, ça fait quasiment un an que je suis tombé. Ça part en sucette, parce qu'ils ont dû refaire toute une prothèse... Et j'ai passé une année atroce en 2016 et tout, quoi. (Donc, je reviens, en tout cas, retour en arrière. L'accident sur le pied droit qu'on n'arrive pas à régler, on opère en 2016, ça règle rien du tout.) Et c'est là que j'ai recommencé l'OxyContin, en janvier [2016]. Mais alors, putain, j'ai pas fait semblant. Je suis rapidement remonté à 20 mg d'OxyContin plus 30 mg d'Oxynorm » [H-45 (96)]

Si initialement, l'usage premier des MOA est lié au soulagement de la douleur au long cours, ils jouent de multiples rôles sociaux de maintien : maintien moral, maintien des équilibres entre les exigences familiales et professionnelles ou encore maintien de divers statuts (de chômeur, de travailleur, de parent, de mère de famille, de personne dynamique). Le maintien de la prise répond in fine à une crainte de la perte d'autonomie et de la liberté de choisir de vivre comme ils l'entendent. Si la plupart des personnes interrogées présentent des douleurs handicapantes, difficiles à vivre, elles ne sont pas disposées à accepter de basculer vers un état de handicap lourd qui les conduirait à mettre en question leur rôle dans la société. Autrement dit, le médicament accompagne une manière d'apprendre à vivre avec la douleur tout en continuant à mener une vie aussi proche de celle qu'ils et elles avaient avant – ou aussi proche de l'idéal de vie qu'ils et elles se font.

Processus de détachement : un changement de rapport aux MOA

Cette dernière sous-partie aborde les décisions prises par les patients en difficulté avec leurs traitements pour modifier leurs rapports aux MOA, qu'il s'agisse d'une décision d'arrêter ou d'un engagement dans une démarche de sevrage, qui peut consister en une substitution du médicament en question par un autre de puissance pharmacologique inférieure (de la morphine à la poudre d'opium, du tramadol à un MSO, etc.), ou en une diminution de l'usage (par réduction du dosage ou de la posologie – le nombre de prises). Ces décisions d'arrêt, de diminution ou de substitution, même dans les cas caractérisés par des allers-retours dans le rapport aux médicaments, sont désignées ici comme des états de « détachement ».

Décider de s'engager dans une démarche d'arrêt ou de diminution

Les patients interrogés sont majoritairement soucieux à l'égard du risque de dépendance, et cela rejoint à la fois les constats sur les recours aux médicaments opioïdes identifiés dans la littérature (Díaz Gómez et Milhet, 2021) et les résultats d'études sur les représentations liées aux médicaments psychotropes (Baumann *et al.*, 2001 ; Haxaire, 2002 ; Le Moigne, 2008).

Décision à l'initiative des patients

Une fois l'usage chronique identifié comme étant un problème, une partie des patients interrogés décide d'arrêter la prise de leur propre initiative. Parmi les patientes et patients interrogés, la demande d'un accompagnement pour un problème avec les MOA a plusieurs caractéristiques notables : des usages de moins de cinq ans, la mise à distance du médecin traitant dans la décision et la prise en charge du problème – et parfois l'envie d'une réintégration dans la vie sociale, professionnelle, amicale et familiale, mais surtout la volonté de se soigner et d'avoir un suivi médical pour mieux comprendre les problèmes des douleurs chroniques.

Le cas, vu plus haut, de cette femme de 38 ans, commerciale dans un supermarché, présentant des douleurs dentaires chroniques, est intéressant. Pour rappel, elle se voit initialement prescrire de la codéine par sa dentiste et ce médicament est ensuite renouvelé pendant un an et demi par son médecin traitant. Lorsque, au bout d'un an et demi, au cours de la période de sortie de la crise sanitaire, elle dit « *prendre un peu trop de codéine* » et exprime donc à son médecin le souhait d'augmenter la posologie ; son médecin refuse et arrête de lui prescrire. Cette déprescription plutôt drastique l'amène à faire quelques ordonnances falsifiées, mais lorsque le médecin s'en aperçoit, il porte plainte :

« Il y a six mois, il s'est rendu compte que j'étais devenue accro à la codéine. Il essayait de me faire ralentir. Parfois, il me donnait une ordonnance d'un mois sauf qu'au bout de quatre jours, il n'y en avait plus. Sachant que j'étais dedans, j'ai fait des fausses ordonnances moi-même. Aujourd'hui,

je m'en veux énormément parce que c'est en cours, au niveau de la justice. C'est pour ça que je me suis efforcée d'arrêter la codéine, quand je me suis retrouvée au pied du mur. Quand j'ai eu la convocation à la gendarmerie, je me suis dit "non". [...] Là, j'ai eu la chance d'avoir trouvé cette association [CSAPA] ». [F-38 (91)]

Cet extrait illustre la situation d'une patiente qui exclut son médecin traitant dans la décision d'arrêter. Le fait qu'il ne lui ait pas proposé un sevrage qui lui convienne, un accompagnement qui suive son rythme (par exemple, une diminution par paliers) ou une prise en charge de ses douleurs chroniques est sous-entendu. Le récit de la patiente montre aussi la honte que signifie pour elle le fait d'avoir été stigmatisée par son médecin de famille (qu'elle connaît depuis 10 ans).

La convocation à la gendarmerie, qui fait suite au repérage des ordonnances falsifiées, vient renforcer sa démarche de changer son rapport à la codéine, et l'amène sans doute plus rapidement vers l'arrêt. Mais sa démarche initiale, accélérée par la réaction du médecin face à la falsification, s'articule également à d'autres événements biographiques et inscrivent son usage dans un « *recours circonstanciel* » (Le Moigne, 2008), que l'horizon de la vie et l'importance de relations sociales à maintenir permettent également de contenir :

« Ma famille, oui, je les vois quand même régulièrement. J'ai une sœur et mes parents qui sont là. Mon père est malade, donc, je me dis aussi qu'il faut que j'arrête mes bêtises et que je m'occupe un peu plus de mon père. Il a 63 ans, on vient de lui découvrir un cancer. Je me dis que la vie est quand même trop courte. Je suis quand même jeune, je n'ai que 38 ans. Si je continue à en prendre... Je me dis que je peux m'en sortir. Ça ne fait qu'un an que j'en prends, ça ne fait pas non plus dix, quinze ou vingt ans. Tout est jouable. Quand on veut, on peut le faire. Je me dis que la vie est trop courte, donc, il faut profiter de la vie et des gens qu'on aime. » [F-38 (91)]

Il a été souligné plus haut que cette patiente souffre encore des douleurs de dents, mais se trouve dans une impasse et, en quelque sorte, abandonnée par son médecin et son dentiste (professionnels qui connaissent son historique de longue date) à l'intérieur d'un système de santé sophistiqué (Bloch *et al.*, 2011).

Pour cette femme, la décision d'arrêter de prendre de la codéine a été violente. Son détachement du MOA peut être qualifié de subit. En faisant des recherches sur Internet, elle avait cherché un CSAPA de sa propre initiative pour l'aider à surmonter ce sevrage réalisé sans substitution médicamenteuse. Son cas est surtout suivi par une infirmière, que la responsable de l'enquête a eu l'opportunité d'interviewer. Cette dernière raconte que, depuis 2017, le CSAPA reçoit plusieurs cas de « patients dépendants » aux MOA, et cette situation est de plus en plus compliquée puisqu'elle se retrouve à coordonner des soins de personnes qui n'ont pas de médecin généraliste et que, lorsque des addictologues prescrivent des médicaments de substitution, il devient impossible pour ses patients de trouver un relais auprès des médecins traitants en ville :

« Donc, on essayait de voir avec eux si on arrivait à baisser, pour retrouver des consommations de codéine dites normales. Ceux-là, quand on y arrivait, les médecins les reprenaient assez facilement, mais dès qu'on mettait des TSO dedans, tout de suite, c'était un frein [...] Et j'avais questionné l'Ordre des médecins [...] Et l'Ordre m'a répondu que si le médecin refusait de prescrire, c'était tout à fait son droit, et qu'il fallait orienter les patients sur un CSAPA. Je suis un CSAPA ! Mais je n'ai pas de médecin et mes collègues CSAPA n'ont pas de médecin non plus. Donc, comment fait-on ? C'est un dialogue de sourds. C'est un dialogue de sourds parce que c'est pareil, les psychiatres peuvent prescrire, mais les psychiatres bottent en touche aussi parce qu'eux-mêmes sont en pénurie. Ils sont eux-mêmes en souffrance. Souvent, même nous, CSAPA, on oriente des patients parce qu'on a identifié une pathologie psychiatrique. On oriente le patient vers un CMP en disant qu'on aurait besoin d'un bilan psy. Dès que le patient va parler produit, le psychiatre va dire : "Ce n'est pas de la psy, c'est de l'addicto, repartez en addicto." Mais c'est l'addicto qui m'envoie. J'ai un patient qui a été voir un psychiatre en libéral, qui lui a dit : "Ah ben non, vous, votre problème, c'est l'alcool." Donc, il a botté en touche, il m'a renvoyé le patient. Oui, mais mon patient est bipolaire, en plus d'être alcoolique. Et je n'ai pas de médecin, donc, à un moment donné... » [F-41 (91)]

Les professionnels de santé se renvoient les patients complexes présentant des comorbidités, en alléguant la non-conformité entre leurs champs de compétences et les problématiques rencontrées par les patients (Bergeron, 2001). Selon cette infirmière – et cela est vérifié par plusieurs autres sources et études (Gérome, 2022 ; Milhet *et al.*, 2022) –, les structures en addictologie tendent à limiter leurs prises en charge à des patients dépendants ou « *addicts* » motivés pour arrêter le produit, les psychiatres tendent à concentrer leurs prises en charge aux patients présentant exclusivement des problèmes psychiques, et certains généralistes ne veulent d'aucun de ces deux types de problèmes. Dans le cas, de plus en plus fréquent, où ces patients n'ont plus de médecin généraliste, aucun professionnel n'assume la prise en charge globale.

Un cas similaire en quelques aspects est celui de cette patiente de 33 ans (auxiliaire dans la petite enfance, en crèche à mi-temps). Son médecin traitant lui avait prescrit pendant deux ans du tramadol, initialement pour traiter une névralgie cervico-brachiale. Mais elle exprime aujourd'hui des réserves envers son médecin traitant, qui n'a pas joué un rôle de surveillance sur les risques de la prise au long cours et qui ne l'a pas alertée d'une possible dépendance.

« Au bout d'un moment, j'ai essayé d'arrêter le tramadol et là, syndrome de sevrage plus, plus. Je me suis rendu compte que je perdais totalement le contrôle et que je n'y arrivais plus. Au bout de à peu près onze mois, c'est là où j'ai fait appel au centre où j'ai rencontré l'addictologue [...] C'est eux qui m'ont proposé le traitement de substitution [...] J'ai tout fait toute seule. Mon médecin traitant, elle l'a su quand j'ai amené la lettre de l'addictologue, je pense qu'elle n'a pas vraiment compris qu'elle avait fait une erreur là-dessus. [...] Je la connais depuis que j'ai 14 ans. Elle soigne aussi, elle traite certains membres de ma famille. Au niveau de la confiance, je ne dirais pas que je n'ai forcément pas confiance, mais là, au vu de ce qui s'est passé, je me dis qu'elle a des lacunes qu'elle devrait combler. » [F-33 (78)]

Cette médecin, qu'elle connaît depuis 19 ans et qui traite plusieurs membres de la famille, a renouvelé le médicament sans parler des conséquences de la prise au long cours. C'est justement ce problème sur lequel elle revient à plusieurs reprises, puisque c'est cela qui a motivé la recherche d'un accompagnement pour arrêter les prises : *« Ce qui m'a alerté, c'est quand j'ai essayé d'arrêter, le syndrome de sevrage, çam'a fait peur. » [F-33 (78)]* De sa propre initiative, elle a cherché un CSAPA, mais à la différence du cas décrit antérieurement, un addictologue au sein de cette structure lui a proposé un traitement de substitution aux opiacés (notamment de la buprénorphine).

Une dernière caractéristique de son engagement dans une démarche de sevrage est finalement son appel à un encadrement médical et une envie de se faire soigner. Cela, notamment, parce que ses douleurs toujours présentes ont des conséquences dans la sphère professionnelle de sa vie. En effet, elle avait commencé à plein temps son poste d'auxiliaire dans la petite enfance et est à mi-temps depuis six ans. La cause de cette situation est une possible maladie psychique dont on lui a parlé, mais qui n'a pas encore donné lieu à un diagnostic poussé :

— *« Déjà, le centre de soins est gratuit [CSAPA]. Sinon, j'ai la chance – enfin, la chance entre guillemets, parce que j'ai un handicap psychique –, je suis en ALD [affection longue durée], donc je suis remboursée à 100 % pour la plupart des spécialistes que je vois.*
— *Enquêtrice : c'est pour quelle pathologie ?*
— *Justement, je ne sais pas. C'est psychique, mais ce n'est pas de la bipolarité, ce n'est pas de la schizophrénie. Je ne sais pas encore ce que j'ai. Je n'ai pas encore de réel diagnostic. Il y avait marqué que je suis psychotique [pour l'ALD]. C'est tout. Ils ne savent pas ce que c'est pour le moment. Je suis en train de voir si ce n'est pas de l'autisme, un truc comme ça, en train d'essayer de savoir ce que j'ai. C'est pour ça que je travaille à mi-temps, parce que je ne peux pas travailler à temps plein. Ce n'est pas possible. » [F-33 (78)]*

Lorsque la question de son projet d'avenir se pose au cours de l'entretien, elle revient sur cette question de vouloir se prendre en charge et mieux comprendre sa « douleur psychique » :

« En fait, disons, comme projet, actuellement, la buprénorphine, je ne compte pas la diminuer. Ça va faire un an le 2 août. Ce n'est pas le moment. Ce que j'aimerais vraiment, en ce moment, les recherches, ce que je fais, c'est surtout pour essayer d'avoir un réel diagnostic sur ce que j'ai comme handicap psychique. C'est vraiment ce qui est en cours, là. » [F-33 (78)]

Une vue transversale des cas de ces deux patientes suggère que les démarches de sevrage pour les patients présentant des douleurs chroniques ne peuvent aucunement être conçues comme une « sortie » du rapport avec le produit. En effet, il s'agit de médicaments de premier recours et ces patients ont encore un parcours de vie et de soins à mener, d'autant plus que l'avancée en âge pourrait impliquer des diagnostics pouvant nécessiter ces médicaments dans le futur.

Décision à l'initiative d'un professionnel de santé

Peu de cas de proposition d'un sevrage par les professionnels de santé ayant donné lieu à un changement effectif du rapport aux MOA ont été identifiés parmi les 23 patientes et patients. C'est un effet de construction de l'objet de l'enquête : puisqu'elle s'est concentrée sur le cas de patients en difficulté avec leurs traitements, les situations de maintien d'usage ont davantage été analysées.

Dans le cas du patient de 45 ans (musicien) ayant un usage de plus de 20 ans de MOA, l'éventualité d'arrêter est inconcevable pour lui dans son état de souffrance et il conteste la proposition de la praticienne en centre de la douleur qui lui a renouvelé les ordonnances de morphine depuis une dizaine d'années. Pour lui, c'est la multiplicité de ses problèmes qui justifie aujourd'hui une polymédication (Duprat, 2021) : « *J'ai trop de problèmes différents, je n'ai pas le luxe de pouvoir choisir entre les antalgiques, les psychotropes et les antidépresseurs !* » [H-45 (93)]

Un cas similaire est celui de ce patient de 58 ans, ex-militaire, puis agent de maîtrise dans l'industrie, résidant en milieu rural et isolé socialement. Il prend de la morphine depuis huit ans, notamment dans le cadre de son traitement en centre de la douleur (Actiskenan, prescrite pour des douleurs articulaires chronicisées après un accident de la route), et la proposition de changement de son rapport aux MOA est prise dans le sens d'un jeu de pouvoir où il croit devoir chercher des stratégies échappatoires :

« Jamais on ne m'a demandé de diminuer ou quoi. Non, non. À chaque fois, c'est moi. Alors, je pense qu'ils ne me le disent pas directement, mais quand je parle des effets secondaires, ils me font comprendre que j'arrive à des dosages qui font que voilà, les effets secondaires de la morphine... Donc, ils sont formés, aussi. Ils sont formés à ce que ça vienne de vous. Parce qu'ils savent très bien que si c'est eux qui nous imposent des choses, ça ne marchera pas. » [H-58 (27)]

Certaines propositions de sevrage aboutissent dans certaines conditions, c'est le cas de cette femme, ex-factrice du service postal, dans une démarche de sevrage d'OxyContin pris pendant cinq ans. Au départ, elle se faisait prescrire de la morphine aux urgences et, dans la foulée, par un professionnel ne disposant pas de temps pour la voir et faire une évaluation. Il faut noter qu'il s'agit d'un sevrage dit « par paliers », dans le sens où les médicaments morphiniques (OxyContin et Oxynorm) ont été substitués par des médicaments ayant une puissance pharmacologique inférieure (l'Izalgi, composé de paracétamol et de poudre d'opium, et un autre antalgique – dit « puissant » –, non dérivé de la morphine, l'Acupan) :

— *Enquêtrice : comment ce sevrage s'est-il passé ?*

— *« J'ai été hospitalisée en maison de repos psychiatrique, donc, j'avais des psychiatres, psychologues, j'avais un algologue qui me suivait. Et du coup, ça ne s'est pas trop mal passé. [...] Ils m'ont diminué l'OxyContin et l'Oxynorm. Et au fur et à mesure, ils m'ont introduit l'Izalgi. Au départ, ils ont introduit l'Acupan en premier. J'avais l'Acupan. Ils ont fini par diminuer, donc, on a arrêté la morphine et ils ont instauré l'Izalgi. Et quand j'avais de grosses crises de douleur, en plus de l'Acupan et de l'Izalgi, j'avais le droit à des intramusculaires d'Acupan et d'Imurel. Ça, c'était pendant mon hospitalisation. Depuis, je suis ressortie avec une ordonnance. Donc, j'ai de l'Acupan tous les jours et j'ai six comprimés d'Izalgi tous les jours. [...] Pour la douleur, ce sont les seuls. Après, j'ai un traitement, j'ai du Xanax pour les angoisses. J'ai deux antidépresseurs, dont un qui est censé agir sur la douleur, c'est la duloxétine. Et j'ai aussi de l'Effexor le soir. »* [F-41 (89)]

Il faut noter dans son discours que le détachement de la morphine signifie pour elle le passage à une prise régulière d'autres médicaments antalgiques opioïdes, comme l'Izalgi, et l'introduction de nouveaux médicaments psychotropes.

Se sevrer ?

Les difficultés du « sevrage à la maison »

Pour les personnes interrogées, le sevrage « à la maison », après des usages supérieurs à cinq ans, est souvent synonymes de difficultés ou d'échec et se caractérise parfois par une perte de confiance en elles-mêmes. C'est le cas de cette ex-chargée de clientèle bancaire après sept ans de prise de tramadol, prescription initiée par son médecin généraliste et augmentée en dosage par l'unité douleur. Elle raconte lors des échanges qu'elle avait réussi à « *prendre vraiment conscience [des effets de la prise au long cours de tramadol] à la suite d'un documentaire* » et grâce aux rappels de la pharmacienne de son quartier. Alors qu'on ne lui avait pas proposé avant, elle a demandé un premier sevrage :

« Un jour, j'ai demandé à mon médecin de la douleur s'il était possible de commencer un sevrage. Effectivement, en septembre, j'ai commencé un sevrage de tramadol. Moi, je pensais qu'il m'hospitaliserait pour le sevrage, et il ne m'a pas du tout hospitalisée. Le sevrage, je l'ai fait au fur et à mesure. Le sevrage est difficile, très difficile, seule à domicile, même si on va toutes les semaines à l'hôpital, qu'on a l'infirmière qui est là – et qui s'en prend plein la figure parce qu'on souffre et qu'on trouve que c'est injuste. » [F-52 (90)]

La patiente (de 55 ans, enseignante-chercheuse en activité) faisant usage de la Lamaline depuis plus de huit ans est encore moins favorable au sevrage à la maison. Son médecin traitant depuis une dizaine d'années l'avait orientée vers un neurologue (non connu par ce médecin) pour effectuer, sans succès, le sevrage de ce médicament via une molécule de substitution aux opiacés :

« Et ce qui m'a gênée, c'est qu'il m'a donné un traitement et il m'a dit : "Mais vous verrez, ça va très bien se passer." Et je lui ai dit : "Je fais ça toute seule dans mon coin ?" Et il me dit : "Oui, vous êtes une femme intelligente. [...] Vous avez fait une grande école, vous avez fait un doctorat, ça veut dire que... vous devez y arriver." Et ça s'est pas du tout passé comme ça. Moi, je me suis retrouvée à transpirer et trembler, avoir des douleurs épouvantables. Et le fait que j'ai fait Normale Sup' ne m'aidait en rien, quoi. Et j'ai arrêté le sevrage, et je me suis précipitée sur une boîte de médicaments que j'avais cachée. » [F-55 (92)]

Le manque de coordination de soins dans la prise en charge de cette femme est flagrant dans ses récits et a déjà été analysé plus haut dans ce rapport :

« J'ai essayé [le MSO] pendant une semaine, mais ça a été épouvantable, vraiment, j'ai beaucoup, beaucoup souffert. [...] Et [de retour chez le neurologue] je lui ai dit : "On arrête." Et il me dit : "Mais je croyais qu'une femme intelligente comme vous..." J'ai dit : "Mais je suis désolée, mais là, on s'est pas compris. Moi, si j'étais si intelligente, je serais pas tombée dans cette situation. Donc, il faut pas parler d'intelligence, il faut m'aider parce que j'en ai besoin. Et il faut pas me faire confiance, voilà, parce que je suis pas en état d'arriver à me faire confiance. La preuve, c'est que je prends trop de médicaments." Donc, et j'ai arrêté, parce que je crois qu'il a pas compris mon discours. Je pense que j'aurais dû être hospitalisée, faire ça sous surveillance, faire ça... Mais il a imaginé que j'étais capable de tout faire toute seule. » [F-55 (92)]

Son récit révèle également le stéréotype selon lequel les personnes bien insérées socialement et professionnellement (« *intelligentes* », qui « *comprennent bien* ») disposeraient d'une capacité singulière pour faire face aux addictions. Ce stéréotype est souvent présent dans la prise en charge d'une dépendance aux MOA et amène les prescripteurs à penser que ces personnes ont l'autonomie pour faire leur sevrage à domicile en suivant une médication préconisée.

Les récits de ces patientes suggèrent que les médecins ont accordé trop de confiance à « *leurs savoirs* ». Elles racontent avec regret avoir subi un traitement différencié en raison de leur statut socioprofessionnel. La patiente enseignante-chercheuse poursuit :

« C'est comme si on me faisait confiance pour trouver moi-même des solutions, mais je ne peux pas les trouver. Voilà. Chaque fois, j'ai l'impression qu'on lit mon CV, mais j'ai envie de dire : "Mais je ne vous parle pas de ça, je vous parle de moi, avec ma fragilité qui m'amène à être dans cette situation." » [F-55 (92)]

La patiente ayant un diplôme d'infirmière conclut :

« C'est pour ça, moi, j'aimerais bien garder anonyme finalement ma profession [envers les médecins]. Ouais, je pense que j'arriverais à me trahir, en fait, mais j'aimerais, vis-à-vis des médecins, dire que je suis fleuriste. Comme ça, au moins, ils m'expliquent tout comme si j'étais vraiment une patiente [...] Après le tramadol, je ne connaissais pas plus cette dépendance-là, et au final, mais... j'ai appris par moi-même. » [F-43 (77)]

Selon ces patientes, les médecins croient à tort que les patients ont les ressources et connaissances médicales (dans le cas par exemple d'une infirmière) ou les capacités pour affronter facilement une situation de dépendance ou d'addiction aux MOA parce qu'ils ont des professions intellectuelles ou sont cadres, par exemple. Boltanski observait il y a cinquante ans (Boltanski, 1969) que le praticien peut varier son mode d'intervention en fonction de l'origine sociale supposée de son patient – cela reste vrai.

Un sevrage institutionnalisé : l'importance du suivi

Une importance fondamentale est accordée par les personnes enquêtées au suivi et à l'accompagnement du sevrage après reconnaissance d'un problème autour d'un MOA et décision d'arrêt ou diminution. Cela met de nouveau en exergue la nécessité évoquée par les patientes et patients d'avoir à disposition un ensemble de thérapeutiques proposées dans un même lieu par une équipe coordonnée autour de leurs besoins en soins.

Comme abordé plus haut, si l'arthrose, la polyarthrite et la fibromyalgie peuvent être des cas paradigmatiques de douleur chronique impliquant une « rupture biographique » dans le parcours des patientes et patients, supposant de réorganiser leurs pratiques thérapeutiques et sociales (Bury, 1982), les tentatives de sevrage d'un MOA aussi (Nouguez, 2017). Les traitements non médicamenteux deviennent centraux pour cette patiente ayant pris de la codéine pendant deux ans (initialement prescrite par sa dentiste et renouvelée pendant deux ans par son médecin traitant), qui décide de trouver un CSAPA pour prendre en charge son problème. En l'absence de médecin généraliste et d'une proposition de MSO, le CSAPA lui donne la possibilité de bénéficier d'un ensemble de thérapies alternatives :

« Je suis suivie par Coralie⁵⁶ [l'infirmière du CSAPA]. J'ai des entretiens régulièrement, une à deux fois par semaine. Et je fais aussi les séances d'auriculo, ce sont des petites aiguilles dans les oreilles. Ça permet de gérer ton stress et ça fait du bien. Ça me détend énormément. J'en fais deux heures par semaine. [...] Et je suis suivie également par le psychologue de l'association. » [F-38 (91)]

56. Le nom a été changé.

Ces tentatives d'arrêt impliquent la survenue d'un changement, après la prise de conscience d'un problème avec le médicament. Dans le CSAPA situé près de chez elle, cette autre patiente (auxiliaire dans la petite enfance à mi-temps) a un traitement de substitution aux opiacés centré sur la buprénorphine. L'accompagnement, qui se fait principalement par un addictologue et une infirmière qui sont en lien avec les professionnels de la pharmacie, est mis en avant :

« Justement, pour éviter d'en avoir chez moi, quand j'ai commencé le traitement de substitution aux opiacées, j'ai donné tout le tramadol qui me restait à ma pharmacie, sur les conseils de l'addictologue et de l'infirmier. Et plus tard, un peu, j'ai donné aussi la Lamaline. J'avais de la Lamaline aussi chez moi. Tous les médicaments opioïdes, j'ai tout donné, que ce soit à la pharmacie ou à l'infirmier. » [F-33 (78)]

Cela a été souligné à plusieurs reprises, certains patients se considèrent d'une certaine manière « lâchés » par leur médecin traitant du fait notamment de la complexité de leurs parcours de soins et de santé. Le CSAPA est parfois l'institution où un nouveau cadre médical est trouvé et offre les ressources nécessaires pour surmonter un sevrage.

CONCLUSION

Ce travail visait à mieux comprendre les pratiques de prescription et les usages de médicaments opioïdes antalgiques consommés dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique non liée au cancer (DCNC). Pour cela, il a privilégié une approche centrée sur les pratiques de prescription des médecins généralistes et les pratiques d'usage de patients s'étant vu prescrire ces médicaments dans le cadre du traitement d'une DCNC. L'enjeu de cette enquête était donc de comprendre les pratiques de prescription et de déprescription en situations problématiques de prise en charge, et les parcours de médication de patients en difficulté avec ces traitements. Ce travail a permis d'analyser les mécanismes qui président à la décision, pour un médecin, d'arrêter ou de continuer un traitement qui n'a pas été initié par lui, et d'étudier l'impact des difficultés de coordination dans le système de soins sur le parcours de vie et de santé des patients. Cette conclusion revient sur les résultats saillants de l'étude.

Cette étude a démontré, sur la base du matériau recueilli et de résultats d'autres travaux, l'existence de trois positionnements différenciés des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des situations impliquant un opioïde antalgique qu'ils et elles identifient comme problématiques. Ces positionnements sont profondément liés au contexte organisationnel d'exercice des médecins :

- Premièrement, une « *internalisation* » des problèmes avec les MOA, quand les professionnels s'engagent en équipe interdisciplinaire et peuvent mobiliser les ressources et les moyens pour les prendre en charge sur place (notamment en MSP).
- Ensuite, une « *externalisation* » des problèmes avec les MOA, lorsqu'une orientation vers des collègues jugés plus compétents est choisie (positionnement adoptée généralement par des professionnels travaillant en cabinets libéraux de manière isolée).
- Enfin, une « *minimisation* » des problèmes avec les MOA (et notamment de leur gravité), lorsque les cas de dépendance ou d'addiction (deux termes qu'ils et elles utilisent sans distinction) sont adressés aux spécialistes de la douleur de manière exclusive (positionnement qui englobe de jeunes diplômés exerçant en centres de santé et des professionnels en fin de carrière ayant exercé principalement en cabinet individuel).

Le travail met aussi en exergue une multiplicité de facteurs qui infléchissent et orientent la décision de prescrire, modifier ou arrêter un MOA : le travail collectif, la vision du rôle du médecin généraliste, la formation et l'information scientifiques, le positionnement critique par rapport aux risques des médicaments opioïdes, les expériences pratiques, etc. Ces analyses n'auraient pas été possibles si elles s'étaient focalisées exclusivement sur la relation médecin-malade. Les difficultés à modifier ou arrêter la prescription d'un médicament qui a été initiée par un autre professionnel tiennent principalement aux difficultés du travail en équipe et, plus largement, de coopération entre les acteurs du système de soins, à savoir : avec les spécialistes exerçant en milieu hospitalier, notamment ceux pratiquant dans des structures spécialisées douleur chronique (SDC), et avec des acteurs des structures médico-sociales (telles que les CSAPA ou les Ehpad). Une fois que les problèmes de coordination entre les différents secteurs du système de soins (ville – hôpital –, secteur médico-social) sont appréhendés, il est possible de comprendre les enjeux du repérage et de la prise en charge des dépendances aux opioïdes antalgiques. Force est de constater alors l'importance des savoirs et savoir-faire pour détecter des problèmes avec les médicaments et, surtout, de l'expérience pratique de l'observation et de l'écoute des effets indésirables. Le retour d'expérience des professionnels les plus proches de la vie des patients ont un poids significatif dans la vigilance des risques de dépendance. Les infirmiers et infirmières sont susceptibles d'intervenir dans la stratégie thérapeutique médicamenteuse des patients, agissant ainsi sur l'ordonnance. Cette ingérence dans le domaine de compétences des médecins semble être plus acceptée que celle des pharmaciens par les généralistes.

Deuxièmement, cette étude démontre l'existence d'un lien étroit entre déserts médicaux, prescriptions systématiques – réalisées en absence totale ou partielle d'évaluation de la douleur – et chronicisation de l'usage de MOA. L'étude met en évidence que les patients en difficulté avec leurs traitements, qui présentent des cas complexes de chronicisation de la douleur en présence d'autres pathologies et problèmes, résident notamment en zones qualifiées de « déserts médicaux » et/ou expérimentent une relation problématique avec leur médecin traitant, marquées par des dérives dans la relation de prescription (par exemple, manque ou absence d'échange, de suivi ou d'évaluation). C'est le plus souvent en échangeant avec des professionnels de santé non prescripteurs (infirmiers, puéricultrices, pharmaciens, etc.) que les patientes et patients parviennent à identifier un problème avec leurs traitements. Pour ces personnes, un constat décourageant tient justement à l'absence des médecins traitants dans les décisions concernant leurs trajectoires médicales avec les médicaments opioïdes, que ce soit dans la surveillance des risques, dans l'accompagnement d'un sevrage, ou dans la prise en charge des problèmes identifiés avec ces médicaments. Ce constat est à mettre en lien avec un besoin accru en soins coordonnés, réclamés par les patients eux-mêmes.

Pris initialement pour soulager une douleur, les MOA sont ensuite maintenus face à l'accumulation de problèmes de santé⁵⁷, bien sûr, mais aussi pour d'autres difficultés affectant plusieurs sphères de la vie des patients. Dans ces contextes parfois complexes de vie, ces médicaments remplissent différentes fonctions sociales, qui vont du soulagement de la douleur physique et psychique jusqu'au besoin de répondre aux exigences professionnelles et familiales, en passant par le maintien d'une confiance en soi et une certaine crédibilité sociale. Cela explique également pourquoi, du point de vue des patients, la question de la dépendance excessive aux solutions médicamenteuses n'émerge pas dans leurs discours, et que celle de l'addiction ne se pose pas vraiment. Dans ce sens, il faut souligner que la qualification homogénéisante et négative d'« usage inadapté » d'opioïdes antalgiques, employée dans la littérature médicale (Cantagrel *et al.*, 2019), contribue à invisibiliser le vécu des patients.

Un constat majeur de l'étude EMOA est finalement que, selon les médecins généralistes et les patientes et patients interrogés, les problématiques rencontrées avec les prescriptions d'antalgiques opioïdes sont d'avantage liées aux difficultés de coordonner les parcours de soins complexes qu'aux propriétés addictives de ces médicaments en tant que telles. D'autant que la présence de maladies et/ou de divers troubles aigus ou chroniques s'ajoutant à la maladie initiale deviennent la règle avec l'avancée en âge (HAS, 2015 ; Pautex et Vogt-Ferrier, 2006). Dans ces conditions, un regard d'ensemble sur les problèmes d'organisation des soins, de surprescription, de polymédication, de dépendance ou d'addiction médicamenteuse – souvent étudiés séparément – devient crucial avec l'allongement de la durée de vie.

57. La santé a été définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Voir le préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté lors de la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948.

ANNEXES

Exemple de lettre de recrutement de médecins généralistes

Cher Dr,

Je me permets de vous écrire afin de voir avec vous la possibilité de nous aider au recrutement de médecins généralistes, au sujet d'une étude sociologique sur les médicaments opioïdes antalgiques, que je conduis pour l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) avec le soutien financier du Fonds Addictions, au titre des années 2021 et 2022.

À partir d'une approche qualitative, et afin de documenter les parcours de prescription, cette étude se propose d'explorer les pratiques d'usage de ces médicaments dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse.

Dans ce cadre, je cherche à réaliser des entretiens biographiques auprès de médecins généralistes exerçant dans différents contextes (cabinet, MSP, centre de santé, Ehpad, urgences, etc.).

Cette étude nécessite un entretien d'une heure :

- L'entretien, qui sera anonyme, peut se réaliser en face-à-face ou en Visio et sera enregistré en support audio avec l'accord du professionnel.
- L'échange portera sur la discussion autour de 4 ou 5 cas de patients ayant un rapport problématique avec un médicament antalgique.

Contact : pour convenir d'un rendez-vous ou pour plus d'informations, les intéressés peuvent me contacter à l'adresse mail : laura.duprat@ofdt.fr jusqu'au 30 mai 2022.

Pourriez-vous faire suivre ma demande à des collègues médecins généralistes susceptibles d'être intéressés ?

En vous remerciant par avance pour votre réponse et le relais que vous pourrez apporter à cette étude,

Équipe EMOA

2. Liste des professionnels interrogés

Caractéristiques sociodémographiques et liées à l'exercice

Médecin	Âge	Sexe	Contexte d'exercice	Mode d'exercice	Lieu d'exercice
MG F-30 (93)	30	F	CS, PASS AP-HP	Salarié	Saint-Ouen
MG F-28 (93)	28	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-32 (93)	32	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-33 (75)	33	F	CS/CSAPA	Salarié	Paris
MG F-33 (93)	33	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-34 (93)	34	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-35 (75)	35	F	Cabinet de groupe	Libéral	Paris
MG F-35 (92)	35	F	Pôle de santé/Ehpad privé/ Centre d'IVG	Libéral	Gennevilliers
MG F-36 (93)	36	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-38 (93)	38	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-45 (93)	45	F	CMS	Salarié	Pantin
MG F-63 (75)	63	F	Cabinet de groupe	Libéral	Paris
MG H-32 (92)	32	H	Cabinet de groupe	Libéral	Suresnes
MG H-35 (38)	35	H	Pôle de santé interprofessionnel multisite	Libéral	Saint-Martin- d'Hères, Grenoble
MG/MCo H-35 (75/93)	35	H	Foyer social pour personnes âgées/ CS	MIXTE	Saint-Denis/Paris
MG H-36 (38)	36	H	Pôle de santé interprofessionnel multisite	Libéral	Saint-Martin- d'Hères, Grenoble
MG H-36 (93)	36	H	MSP	Libéral	Pantin
MG H-36 (75)	36	H	MSP	Libéral	Paris
MG H-50 (67)	50	H	Cabinet libéral/ salarié EHPAD/IME/IMPRO	MIXTE	Strasbourg (QPV)
MG H-43 (91)	43	H	MSP	Libéral	Athis-Mons
MG F-30 (93)	30	F	CS	Salarié	Pantin
MCo H-35 (95)	35	H	Réseau de santé - DAC	Salarié	Osny
MG H-61 CS (93)	61	H	CS	Salarié	Pantin
MU H-46 (AP-HP)	46	H	Urgences hospitalières	Salarié	Paris- Nord
MU H-30 (AP-HP)	30	H	Urgences hospitalières	Salarié	Paris- Est
Anesthésiste F-41 (AP-HP)	41	F	Consultations douleur à l'hôpital	Salarié	Paris - Est

Sources d'information et autres caractéristiques liées à la profession

Médecin	Âge	Sexe	Diplôme/Pratique spécifique	Rôles et intérêts	Sources d'information
MG F-30 (93)	30	F	Non		Revue Prescrire, rev. de litt. mensuelles faites par des médecins, réunions d'équipe,
MG F-28 (93)	28	F	Non		Revue Prescrire, groupe de pairs, formée par son ancien maître de stage.
MG F-32 (93)	32	F	Non		Revue Prescrire
MG F-33 (75)	33	F	Addictologie		Revue Prescrire; Revue Médicale Suisse, Vidal, groupe de pairs, réunions d'équipe.
MG F-33 (93)	33	F	DIU de cardio- gériatrie	Membre de la SFMG; coprésidente d'une CPTS.	Revue Prescrire [lectrice émérite]; FMC; SFMG

Médecin	Âge	Sexe	Diplôme/Pratique spécifique	Rôles et intérêts	Sources d'information
MG F-34 (93)	34	F	Dépistage d'addictions et soins pal. (sans diplôme).	Assistante Universitaire; travaille en lien avec la microstructure PROSES	Revue Prescrire; recherches pour la préparation de cours.
MG F-35 (75)	35	F	Médecin REPOP (Réseau de soins obésité et surpoids de l'enfant).		Revue Prescrire et magazine Médecine; Vidal, Antibiocliv et Ebmfrance.net
MG F-35 (92)	35	F	Non		Revue Prescrire, groupe de pairs (formel et informel).
MG F-36 (93)	36	F	DU Gynécologie, sexualité et DU Nutrition		Revue Prescrire, recommandations HAS, réunions d'équipe pluridisciplinaire, groupe de pairs.
MG F-38 (93)	38	F	Gynécologie, pédiatrie	Actions de santé publique. Travaille en lien avec le Réseau LCD et la microstructure PROSES.	Revue Prescrire et Revue de médecine - anonyme - rev. de litt. faite par un médecin, groupe de pairs.
MG F-45 (93)	45	F	Non	Travaille en lien avec le réseau LCD.	Revue Prescrire; groupe de pairs; Internet - blog "Médicalement Geek"- Auparavant recevait les visiteurs médicaux.
MG F-63 (75)	63	F	Non	Membre-chercheuse de la SFTG.	Revue Prescrire, des internes en stage, SFTG. Auparavant a reçu les visiteurs médicaux pendant plusieurs années.
MG H-32 (92)	32	H	Non		Revue Prescrire et Exercer; groupe de pairs
MG H-35 (38)	35	H	DU de psychiatrie lors de l'internat		Revue Prescrire, Exercer et Ebmfrance.net ; DPC
MG/MCo H-35 (75/93)	35	H	Capacité de Gériatrie	Coordonnateur en résidence autonomie	Revue Prescrire et Revue du Praticien; FMC, en DU de gériatrie.
MG H-36 (38)	36	H	Non	Membre consultatif d'Ebmfrance.net.	Revue Prescrire et Exercer, abonné aux newsletters Cochrane, BMJ et Ebmfrance.net.
MG H-36 (93)	36	H	DU Médecine du Sport et Diplôme de gériatrie	Enseignement universitaire, Actions de santé publique. Travaille en lien avec la microstructure PROSES.	Revue Prescrire, réunions en équipe pluridisciplinaire; Auparavant recevait les Visiteurs médicaux.
MG H-36 (75)	36	H	Addictologie	Président d'une CPTS.	Revue Prescrire, Groupe Balint, groupe de pairs, formations continues indépendantes de l'industrie pharmaceutique, Vidal.
MG H-50 (67)	50	H	DIU douleur/mésothérapie, rééducation fonctionnelle	Travaille en lien avec le Réseau ITHAQUE.	Revue Prescrire, recherches sur Internet - sites d'anesthésiologie -.
MG H-43 (91)	43	H	Santé mentale, hypnothérapie; Doctorat en Sociologie	Membre du SFMG; Enseignement universitaire - notamment prise en charge de la douleur -	Presse médicale, FMC, groupe de pair, SFMG; recherches pour préparation de cours, formé aussi par un mentor (chef de service du service de soins palliatifs et de douleur de Bichat).

Médecin	Âge	Sexe	Diplôme/Pratique spécifique	Rôles et intérêts	Sources d'information
MG F-30 (93)	30	F	Gynécologie médicale et pédiatrie	Assistante universitaire à mi-temps; travaille en lien avec la microstructure PROSES.	Revue Prescrire, groupe de pairs, recherches pour préparation de cours.
MCo H-35 (95)	35	H	Soins palliatifs -	Coordonnateur d'un réseau soins pal., perte d'autonomie personnes âgées et oncologie	Recommandations de la HAS, guide de prescription d'opioïdes dans le cadre des soins pal.; Formation du réseau LCD, staffs à l'hôpital, Vidal.
MG H-61 CS (93)	61	H	Non	Directeur d'un Centre de santé; membre du SFMG.	Revue Prescrire, SFMG; groupe de pairs.
MU H-46 (AP-HP)	46	H	Urgentiste		Staffs, recommandations des sociétés savantes - la SFMU, la SFAR et la HAS - participation à des essais cliniques - notamment des antalgiques - recherche clinique sur la douleur.
MU H-30 (AP-HP)	30	H	Urgentiste	Formateur hospitalo-universitaire.	Staffs recherche et analyse de la bibliographie médicale, recommandations; participation aux essais cliniques - notamment des antalgiques de palier II-.
Anesthésiste F-41 (AP-HP)	41	F	Anesthésie-Réanimation, DU Douleur		Staffs, Formations organisées par LCD et par les laboratoires pharmaceutiques.

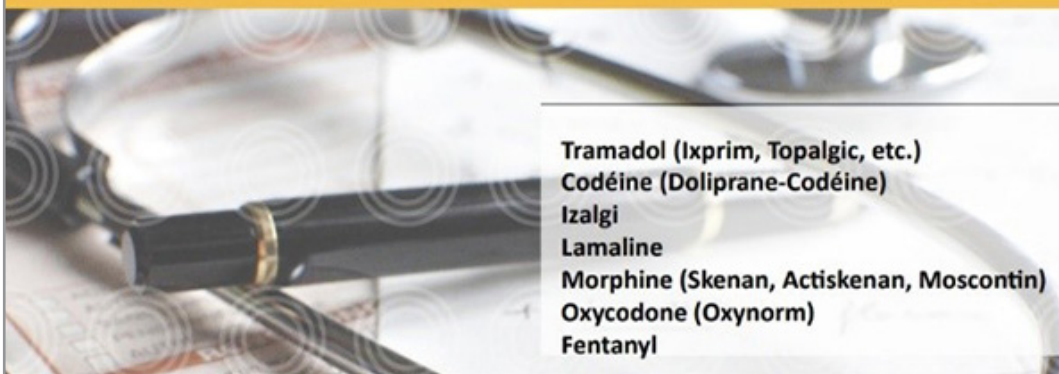
3. Annonce de participation à l'enquête EMOA – volet « patients » – Affiche



Étude qualitative EMOA

(Étude sur les médicaments opioïdes antalgiques)
de l'OFDT soutenue par l'Assurance maladie

VOUS RENCONTREZ DES DIFFICULTÉS AVEC VOS MÉDICAMENTS



Tramadol (Ixprim, Topalgic, etc.)
Codéine (Doliprane-Codéine)
Izalgi
Lamaline
Morphine (Skenan, Actiskenan, Moscontin)
Oxycodone (Oxynorm)
Fentanyl

VOTRE EXPÉRIENCE NOUS INTÉRESSE

Participez à un entretien avec nos chercheurs.
C'est totalement anonyme et confidentiel.

Si vous le souhaitez, vous pourrez apporter vos ordonnances
pour enrichir l'échange !

Contactez-nous :
✉ emoa@ofdt.fr
☎ 06 44 08 31 40

Merci de votre aide.
Laura Duprat - Équipe EMOA



4. Liste de patients interrogés : caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Patient/e	Âge	Sexe	Lieu de résidence	Offre de soins dans les territoires	Occupation/ Profession, ancienne ou actuelle	Sources d'information sur les questions de santé
Pat. F-33 (78)	33	F	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Auxiliaire petite enfance en crèche	Internet, site de Drogues. Info-Service, mouvement Psychoactif, ateliers en CSAPA
Pat. F-25 (75)	25	F	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Etudiante (milieu favorisé)	Forum en ligne, amis, Internet (Mutuelle, Doctissimo, etc.).
Pat; H-35 (75)	35	H	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Musicien enseignant - Travailleur frontalier Suisse	Famille (professionnels de santé), famille avec la même maladie, forum en ligne (sur le cœliaque).
Pat. H-36 (01)	36	H	Auvergne	> 40 min	Chargé de support informatique	Eureka santé, Fibromyalgie SOS.
Pat. H-39 (25)	39	H	Bourgogne	<20 min	Employée dans un CAARUD	OFDT, Internet
Pat. H-45 (93)	45	H	IDF	<20 min	Musicien	Consultation médicale, Internet, séries/documentaires sur les opioïdes à la TV.
Pat. H-58 (27)	58	H	Normandie	> 40 min	Ancien militaire puis agent de maîtrise Renault	Fibromyalgie France; Fibromyalgie SOS
Pat. F-38 (91)	38	F	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Employée au siège de Carrefour	Recherches sur Internet, association d'addiction
Pat. H-47 (95)	47	H	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Ancien commercial dans une banque	Internet, forum en ligne, Fibromyalgie SOS, médecins.
Pat. F-36 (22)	36	F	Bretagne	> 40 min	Esthéticienne	Fibromyalgie SOS, Association pour la spondylarthrite, Association de patients pour la maladie de Verneuil, pharmacien, médecins, notice du médicament.
Pat. F-38 (26)	38	F	Auvergne	<20 min	Travailleuse sociale	Fibromyalgie SOS, Internet, médecin, notice du médicament.
Pat. F-41 (89)	41	F	Bourgogne	<7 min, mais peu disponibles	Ancienne factrice à La Poste	Vidal, Internet, groupes et forum en ligne.
Pat. F-43 (77)	43	F	Frontalier avec Waterloo	Non assignée	Ancienne infirmière hospitalière	Fibromyalgie SOS, groupes de parole, pharmacien, notice du médicament.
Pat. F-44 (91)	44	F	IDF	> 40 min	Cadre chez Orange	Fibromyalgie SOS, neurologue Lionel Naccache, Internet, des proches sont médecins, consultation de spécialistes.
Pat. F-49 (11)	49	F	Occitanie	> 40 min	Comptable	Internet, notice du médicament, sites internet d'associations (ménopause, fibromyalgie, rhumatismes), famille (membres avec des maladies rhumatismales), consultation de spécialistes.
Pat. F-50 (63)	50	F	Auvergne	> 40 min	Ancienne infirmière, puis conseillère conjugale et familiale	Fibromyalgie SOS, groupes de discussion, recherches sur internet, sur la base de ses connaissances d'infirmière.
Pat. F-52 (69)	52	F	Auvergne	> 40 min	Secrétaire comptable	Fibromyalgie SOS, Internet.

Patient/e	Âge	Sexe	Lieu de résidence	Offre de soins dans les territoires	Occupation/ Profession, ancienne ou actuelle	Sources d'information sur les questions de santé
Pat. F-53 (74)	53	F	Auvergne	> 40 min	Assistante maternelle - en invalidité	Fibromyalgie SOS, internet, fille préparatrice en pharmacie.
Pat. F-54 (98)	54	F	PYF	(...)	Relaxologue, Massagiste en libéral	Fibromyalgie SOS, médecine chinoise, phytothérapie.
Pat. F-55 (92)	55	F	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Professeure d'université, (enseignante-chercheure)	Famille (professionnels de santé), Fibromyalgie SOS, Internet, notice du médicament.
Pat. F-56 (95)	56	F	IDF	<7 min, mais peu disponibles	Directrice de crèche	Fibromyalgie SOS, Internet (Vidal), pharmaciens, médecins.
Pat. F-52 (90)	52	F	Bourgogne	<20 min	Chargée de clientèle bancaire	Fibromyalgie SOS, séries/documentaires sur les opioïdes à la TV, famille (professionnels de santé), pharmacienne, sa médecin traitante (qui est son amie proche), sa fille qui est élève infirmière.
Pat. F-55 (22)	55	F	Bretagne	> 40 min	Chef de projet informatique	Fibromyalgie SOS, sœur biochimiste, médecins, recherche d'articles médicaux sur Internet.
Pat. H-53 (74)	53	H	Auvergne	> 40 min	Agent de production dans une usine	Association France Patients Experts Addictions (forum d'Addict Aide), OFDT, médecins.
Pat.F-52 (93)	52	F	IDF	> 40 min	Educatrice spécialisée en CSAPA	Association de patients chroniques, association ASUD, OFDT, séries/documentaires sur les opioïdes à la TV.

5. Extraits d'entretiens auprès de médecins urgentistes de l'APHP

Une baisse de prescription de tramadol en sortie d'hospitalisation ?

Les médecins urgentistes, qui partagent avec les généralistes les soins de premiers recours, reviennent sur le succès du tramadol aux urgences et les raisons de la montée de la prescription en sortie d'hospitalisation :

« En termes de palier 2, il y a peu de molécules disponibles en intraveineux pour des patients qui sont modérément douloureux et pour lesquels on n'a pas envie d'aller à la morphine [...] Le tramadol, le Contramal, est arrivé vraiment pile-poil, à ce moment-là – dans les années 2000, de mémoire –, pour pallier à ce manque de palier 2. Il faut dire que les laboratoires pharmaceutiques ont fait un travail de lobbying extraordinaire, parce que le médecin se dit qu'en sortie d'hôpital, si le palier 2 intraveineux fonctionne, on lui donne le palier 2 de la même manière, le Contramal, en sortie, ce qui est logique. Et pour diminuer les effets secondaires du Contramal, qui sont doses-dépendantes, ils ont associé le tramadol au paracétamol, pour donner toutes les molécules à 37,5 et 400 milligrammes de paracétamol ou 300 milligrammes de paracétamol. Alors que la codéine n'existe pas sous forme intraveineuse. » [H-46 Urgences AP-HP]

Les urgences pourraient marquer la tendance à la baisse de la prescription du tramadol :

« En fait, on est des trop gros prescripteurs de palier 2, c'est une certitude aux urgences. En fonction des pratiques, c'est beaucoup de tramadol, quand même. Mes collègues prescrivent beaucoup de tramadol. Je préfère le Dafalgan codéiné, parce qu'on avait assisté à ce staff [...] D'ailleurs, ça n'a rien à voir, mais on va démarrer un essai clinique pour essayer de prescrire moins de paliers 2, où on donnera d'emblée, à l'accueil des urgences, aux patients très douloureux, un palier 3. L'idée étant qu'ils ont un meilleur profil de sécurité, de tolérance, etc. On va essayer de prouver que c'est plus efficace sur la douleur et mieux toléré. Cela nous permettra de donner moins de paliers 2 aux urgences. » [H-30, urgences AP-HP]

6. Matériaux d'enquête – Grilles d'entretien

Recrutement des médecins

Le recrutement a nécessité la mobilisation de plusieurs réseaux. Les premiers entretiens ont été obtenus suite à l'envoi d'un courriel – expliquant les objectifs de l'étude et les contraintes fixées – à 27 médecins exerçant en Île-de-France (ayant participé à une enquête précédente portant sur les pratiques de prescription médicamenteuse) et à 23 médecins exerçant en Île-de-France, à Grenoble et à Strasbourg (dont les contacts ont été transmis par trois collègues sociologues et médecins intéressés par l'étude). Cela a donné lieu à 18 entretiens. Les autres médecins participant à l'étude ont été recrutés par la méthode dite « boule de neige » : les premiers interviewés indiquant des confrères ou consœurs, jusqu'à obtenir un échantillon regroupant une variété de pratiques.

La demande d'entretien mentionnait que l'échange porterait sur la discussion de trois ou quatre cas de patients ayant un rapport problématique avec un MOA. Une fois l'accord obtenu, il leur a été demandé de préparer en amont ces trois ou quatre cas afin d'en discuter, ou d'avoir accès aux dossiers des patients (notamment via le logiciel de prescription) lors de l'entretien. Outre l'intérêt d'ancrer les discours sur la matérialité d'une pratique, l'ambition de ce mode de recrutement était d'approcher des individus (en l'occurrence, des médecins) pour les interroger sur l'évolution de leurs pratiques de prescription (et de leur faire commenter les éventuels changements dans leurs modalités de prescription).

a. Grille d'entretien, analyse et organisation des données

Les MG ont été interrogés sur leurs pratiques de prescription et sur la manière de faire face à des situations problématiques à l'aide d'une grille contenant les thèmes suivants :

- Pratiques de prescription passées et actuelles.
- Prise en charge de situations problématiques de prescription préparées en amont.
 - Orientation du patient vers un réseau de correspondants.
- Manières de se former et de s'informer sur les médicaments et les thérapies (ainsi que de transmettre cette information aux patients).

L'analyse des données s'est appuyée sur trois grandes thématiques qui ont également permis l'organisation des données sur NVivo :

- Impact de la formation et des sources d'informations concernant les médicaments sur l'évolution (ou non) des représentations et des habitudes de prescription.
- Situations qui posent problème aux médecins et nature de ces problèmes.
- Implication du rapport aux collègues et autres professionnels de soins dans le choix de la molécule et sur l'organisation de la prise en charge des situations problématiques.

b. Thématiques abordées auprès de médecins

Caractéristiques sociodémographiques :

- Âge/sexe.
- Lieu et mode d'exercice.
- Profil de la patientèle.

Profil professionnel :

- Importance donnée au contexte d'exercices : CMS, MSP, libéral, salarié, etc.
- Sources d'informations sur les données des sciences et les médicaments.
- Diplôme supplémentaire et/ou pratique spécifique.
- Autres expériences, rôles et/ou intérêts.

Parcours de prescription de MOA :

- À quel moment de votre parcours professionnel, de formation et/ou d'exercice diriez-vous que vous avez appris, voire commencé, à prescrire des antalgiques opioïdes (des paliers 2 ou 3) ?
- Types d'antalgiques prescrits ou privilégiés avant (en début d'exercice) – où et pour quelles situations.
- Types d'antalgiques ou de marques proscrits ou rejetés de la pratique – où et pour quelles situations.
- Types d'antalgiques ou de marques intégrés progressivement ou récemment à la pratique – où et pour quelles situations.

Échanges autour de 4 ou 5 situations complexes préparées en amont :

- L'ordonnance :
 - Qui a prescrit quoi ? – informations sur les conditions d'initiation.
 - Vous avez fait quoi ?
 - Comment pouvez-vous l'arrêter ?
- Réseau de correspondants – collègues à qui adresser :
 - Comment les choisissez-vous ?
 - Comment les connaissez-vous ?
 - Où exercent-ils et pour quelles situations orientez-vous vos patients ?
- Cas de demandes ou de refus d'antalgiques.
- Cas pour lesquels la prescription ou l'arrêt est plus difficile.
- Événements ayant contribué à un changement dans la manière de prescrire ou de réfléchir aux médicaments.

Recrutement des patients

Le recrutement des patientes et patients s'est fait principalement par le biais de la diffusion d'un appel à participation à l'étude, avec la phrase d'accroche : « Vous rencontrez des difficultés avec vos traitements antidouleurs. » L'annonce a été publiée sur les sites web de plusieurs associations de patients et réseaux de soins (AFLAR ; AFVD ; Association FibromyalgieSOS ; Le réseau LCD⁵⁸), affichée dans plusieurs structures liées à la santé (pharmacies d'officine, Centre de santé, Centre dentaire). Les réseaux sociaux de l'OFDT ont également été mobilisés, ce qui a permis de relayer l'information vers d'autres sites : les réseaux de la communauté Santé Addictions Outre-Mer (SAOME) ; Drogues.info.service.

Il faut noter que les 12 patientes et patients qui utilisent le site de l'association de patients FibromyalgieSOS comme l'un de leurs moyens d'information sur la santé et les médicaments (sans être nécessairement adhérent) ont constitué des cas précieux pour étudier les parcours de soin complexes caractérisés par des comorbidités.

a. Grille d'entretien, analyse et organisation des données

Les entretiens ont été menés à l'aide d'une grille contenant les thèmes suivants :

- Conditions initiales ayant donné lieu à la prise de MOA et évolution de la situation individuelle : obtention de prescriptions passées et actuelles, ainsi que les problèmes de santé auxquelles elles correspondent.
- Le contexte dans lequel ces médicaments ont été prescrits, renouvelés, changés ou arrêtés : les échanges avec les acteurs qui font partie de leur vie et qui peuvent avoir une influence dans la prise de décision sur leur médication, les sources d'information sur la santé et les médicaments.
- L'impact de la prise en charge successive de la personne dans les différents secteurs du système de soins (son orientation vers des professionnels ou des services différents) sur son parcours de médication.

58. AFLAR : Association de lutte antirhumatismale ; AFVD : Association française pour vaincre la douleur ; Association FibromyalgieSOS ; Le réseau LCD : Association Ville-Hôpital Lutter contre la douleur.

L'analyse des données s'est appuyée sur trois grandes thématiques, qui ont à la fois permis l'organisation des données sur NVivo :

- L'entrée : contexte et raisons du premier usage : premier usage sous prescription (informations sur les effets indésirables et risques d'addiction et mésusage) ; premier usage et achat en pharmacie d'officine ; premier usage et pharmacie familiale.
- Le maintien : caractéristiques liées à la difficulté d'arrêter et/ou éléments qui encouragent à continuer la prise. Personnes, événements, conditions qui favorisent ou encouragent le maintien, empêchent le sevrage.
- La sortie : arrêt ou engagement dans une démarche de sevrage (diminution de l'usage en termes de dosage ou posologie). Décision propre/décision médicale ; orientation en CSAPA/ centre de la douleur ; sevrage à la maison/sevrage en institution.

b. Thématiques abordées auprès de patients

Profil sociodémographique :

- Âge/sexe.
- Mode de vie : seul(e)/en couple/parents/enfants, etc.
- Activité/occupation.

Rapport au système de soins et de santé :

- Code postal (accès aux soins, distance par rapport aux établissements et lieux de soins, moyens de transport, etc.).
- Critères de choix de professionnels de santé, établissements et lieux de soins.
- Couverture des frais de soins.

Situation clinique – contexte de prescription :

- Problèmes de santé et professionnels intervenant dans la prise en charge.
- Conditions initiales de la prescription d'antalgiques.
- Contexte du renouvellement, changement, substitution de la prescription.
- Décision d'arrêt, substitution, modification (demande, disconvenance, éloignement, etc.).

Relation thérapeutique :

- Avis sur le médecin traitant.
- Formulation de demandes de prise en charge particulière, de changement de doses, de posologie, d'arrêt, etc.
- Réaction vis-à-vis d'une diminution.

Gestion matérielle de traitements – habitudes :

- Lieux de rangement des médicaments.
- Motifs et habitudes de la prise des médicaments.
- D'autres soins thérapeutiques.

Réseau relationnel et de communication :

- Sources d'information sur la santé, les médicaments et la prise en charge de la douleur.
- Personnes avec qui on échange sur les questions de santé, de maladie et médicaments.
- D'autres personnes ou des professionnels de la prise en charge de la douleur, de la gestion des médicaments, ou qui s'intéressent à leur situation.

BIBLIOGRAPHIE

Liens accessibles au 31/03/2023

- ANSM, Monzon E., Richard N. (2019) [État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. Février 2019](#). Saint-Denis, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 52 p.
- ANSM (2020) [TRAMADOL : une mesure pour limiter le mésusage en France](#). Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
- Arliaud M. (1987) Les Médecins. Paris, La Découverte, coll. Repères, 126 p.
- Assurance maladie (2022) [Bien utiliser les médicaments antalgiques contre la douleur](#).
- Bachimont J., Letourmy A., Cogneau J. (2006) [Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 24, n° 2, p. 75-103.
- Bachmann C., Coppel A. (1989) Le dragon domestique : deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue. Paris, Albin Michel, 564 p.
- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012) [L'accessibilité potentielle localisée \(APL\) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France](#). Paris, DREES, coll. Etudes et Recherches n° 124, Document de travail, 61 p.
- Baszanger I. (1986) [Les maladies chroniques et leur ordre négocié](#). *Revue française de sociologie*, Vol. 27, n° 1, p. 3-27.
- Baszanger I. (1991) [Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 9, n° 2, p. 31-78.
- Baszanger I. (1995) Douleur et médecine, la fin d'un oubli. Paris, Seuil, coll. La couleur des idées, 480 p.
- Baszanger I., Bungener M., Paillet A. (Dir.) (2002) Quelle médecine voulons-nous ? Paris, La Dispute, 249 p.
- Baumann M., Alla F., Empereur F. (2001) [Psychotropes et dépendances : profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements](#). Paris, OFDT, 95 p.
- Beck F., Obradovic I., Jauffret-Roustide M., Legleye S. (2010) [Regards sur les addictions des jeunes en France](#). *Sociologie*, Vol. 1, n° 4, p. 517-535.
- Beck F., Guignard R., Gautier A., Palle C., Obradovic I. (2013) [La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 24-41.
- Becker H.S. (1967) [Whose side are we on?](#) *Social Problems*, Vol. 14, n° 3, p. 239-247.
- Benamouzig D., Paris V. (2007) [Présentation du numéro. Régulation, évaluation et vie sociale des médicaments](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, p. 7-23.
- Benner C., Robinet S. (2021) [Addiction aux opioïdes antalgiques et traitement de substitution par la buprénorphine. Réflexions autour de 4 cas-patients avec une addiction au tramadol traités avec succès par Orobupré](#). *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, Vol. 22, n° 1, p. 28-33.
- Bennett T. (1986) A decision-making approach to opioid addiction. In : The reasoning criminal: Rational choice perspectives on offending, Cornish D., Clarke R.V. (Dir.), Springer-Verlag, p. 83-102.
- Bergeron H. (1999) [L'État et la Toxicomanie. Histoire d'une singularité française](#). Paris, Presses Universitaires de France, coll. Sociologies, 402 p.

- Bergeron H. (2001) [Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions](#). Paris, OFDT ; CAFI, 127 p.
- Bergeron H. (2009) [Sociologie de la drogue](#). Paris, La Découverte, coll. Repères, 128 p.
- Bergeron H., Castel P. (2010) [Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins](#). *Sociologie du Travail*, Vol. 52, n° 4, p. 441-460.
- Bergeron H., Castel P. (2015) *Sociologie politique de la santé*. Paris, PUF, coll. Quadrige Manuels, 480 p.
- Bertaux D. (1997) *Les récits de vie. Perspective ethnosociologique*. Paris, Nathan Université, coll. 128, 128 p.
- Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand S. (2011) [La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Étude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot](#). Paris, Mines ParisTech, Centre de Gestion Scientifique, 241 p.
- Bloch M.-A., Hénaut L. (2014) [De la coordination aux parcours : un changement de paradigme](#). In : *Coordination et parcours*. Paris, Dunod, coll. Santé Social, p. 113-134.
- Bloy G. (2008) [L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 26, n° 1, p. 67-91.
- Bloy G., Schweyer F.-X. (2010) [Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale](#). Rennes, Presses de l'EHESP, coll. Métiers Santé Social, 424 p.
- Boltanski L. (1969) *Prime éducation et morale de classe*. Paris, La Haye, Mouton, coll. Cahiers du Centre de sociologie européenne, 152 p.
- Bonah C., Rasmussen A. (Dir.) (2005) *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*. Paris, Éditions Glyphe, 280 p.
- Bouchard J. (2017) [Présentation du dossier. Le patient en observation](#). *Politiques de communication*, n° 9, p. 5-15.
- Bouet P. (2020) [Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020](#). Paris, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 141 p.
- Bourdieu P. (1981) [Décrire et prescrire. Note sur les conditions de possibilité et les limites de l'efficacité politique](#). *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 38, p. 69-73.
- Bourreau-Dubois C., Guillot O., Jankeliowitch-Laval E. (2001) [Le travail à temps partiel féminin et ses déterminants](#). *Economie et Statistique*, n° 349-350, p. 41-61.
- Bouzige B. (2020) [La place de la pharmacie d'officine dans la coordination des soins primaires](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 295-297.
- Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. (2006) [Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment](#). *European Journal of Pain*, Vol. 10, n° 4, p. 287-287.
- Brousse G., Rolland B., Cattan L., Benyamina A. (2019) [Addiction aux opioïdes et parcours de soins : les enjeux de la coordination territoriale](#). *Le Courrier des Addictions*, Vol. 21, n° 2, p. 30-31.
- Bungener M., Baszanger I. (2002) *Médecine générale, le temps des redéfinitions*. In : *Quelle médecine voulons-nous ?*, Baszanger I., Bungener M., Paillet A. (Dir.). Paris, La Dispute, p. 19-31.
- Bury M. (1982) [Chronic illness as biographical disruption](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 4, n° 2, p. 167-182.
- Cachard J. (2020) [Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ?](#) *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 143-165.
- Cadet-Taïrou A., Brisacier A.-C., Martinez M. (2019) [Opioïdes : nouveaux produits et nouvelles tendances d'usage en France](#). *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 41, n° 3, p. 219-226.

- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Gérome C., Martinez M., Milhet M., Detrez V., Adès J.-E. (2020) [1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT](#). Paris, OFDT, coll. Théma TREND, 72 p.
- Callon M., Meadel C., Rabeharisoa V. (2000) [L'économie des qualités](#). *Politix*, Vol. 13, n° 52, p. 211-239.
- Cantagrel N., Lestrade C., Roussin A. (2019) [Différence de perception de l'attachement aux antalgiques entre le médecin et le patient](#). *Douleur et Analgésie*, Vol. 32, n° 2, p. 105-107.
- Carricaburu D., Ménoret M. (2004) [Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies](#). Paris, Armand Colin, coll. Collection U, 240 p.
- Castel P. (2005) [Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique](#). *Revue française de sociologie*, Vol. 46, n° 3, p. 443-467.
- Castel P. (2006) [Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine. Commentaire](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 24, n° 2, p. 105-112.
- Castel P. (2008) [La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 26, n° 1, p. 9-32.
- Castel P., Robelet M. (2009) [Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques](#). *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 27, n° 3, p. 98-115.
- Chambon J., Morel A. (2019) [Chapitre 5. Drogues, plaisir et satisfaction](#). In : Addictologie en 47 notions, Morel A., Couteron J.-P. (Dir.). Paris, Dunod, coll. Aide-Mémoire, p. 55-64.
- Champy F. (2012) [La sociologie des professions](#). Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 272 p.
- Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A. (2019) [Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe](#). *Études et résultats*, DREES, n° 1114, 2 p.
- Chenaf C., Kaboré J.-L., Delorme J., Pereira B., Mulliez A., Zenut M., Delage N., Ardid D., Eschalier A., Authier N. (2019) [Prescription opioid analgesic use in France: trends and impact on morbidity-mortality](#). *European Journal of Pain*, Vol. 23, n° 1, p. 124-134.
- Coleman J.S., Katz E., Menzel H. (1966) *Medical innovation: A diffusion study*, Bobbs-Merrill Company, 246 p.
- Collin J., Damestoy N., Lalande R. (1999) La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences sociales et santé*, Vol. 17, n° 2, p. 31-52.
- Collin J. (2003) [Médicament et vieillesse : trois cas de figure](#). *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 27, n° 2, p. 119-138.
- Conrad P. (1985) [The meaning of medications: Another look at compliance](#). *Social Science and Medicine*, Vol. 20, n° 1, p. 29-37.
- Conrad P. (1992) [Medicalization and social control](#). *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, n° 1, p. 209-232.
- Conrad P., Schneider J. (1992) [Deviance and medicalization: From badness to sickness](#). Philadelphia, Temple University Press, 327 p.
- Coscas S. (2016) [Femmes et addictions](#). In : Traité d'addictologie. 2^e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, p. 116-121.
- Couteron J.-P., Delile J.-M. (2019) [L'addiction aux opioïdes en France : l'addict et son double ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement](#), Vol. 20, n° 2, p. 51-54.

- Crespin R., Lhuillier D., Lutz G. (2017) [Se doper pour travailler](#). Toulouse, Érès, 352 p.
- Darmon D., Belhassen M., Quien S., Langlois C., Staccini P., Letrilliart L. (2015) [Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique](#). *Santé Publique*, Vol. 27, n° 3, p. 353-362.
- Dassieu L. (2019) [L'automédication chez les usagers de drogues : de la constitution de savoirs expérientiels à leur confrontation aux médecins](#). *Anthropologie et Santé*, n° 18, art. 3707.
- Dassieu L., Roy É. (2020) [La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques](#). *Drogues, santé et société*, Vol. 18, n° 1, p. 69-99.
- Daulne Sommier A. (2020) [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](#). Université de Caen Normandie, Thèse de médecine, 77 p.
- Delage N., Brillaxi P., Lowenstein W. (2019) [Opioïdes forts, opioïdes faibles, quelle utilisation en 2019 ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement](#), Vol. 20, n° 6, p. 265-271.
- Denave S. (2006) [Les conditions individuelles et collectives des ruptures professionnelles](#). *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, p. 85-110.
- Devignes M. (2019) [Traitement de la douleur par les médicaments opioïdes : rôle du pharmacien dans des cas d'addiction et lors de sevrage](#). Université de Bordeaux, Thèse de pharmacie, 116 p.
- Díaz Gómez C., Milhet M. (2021) [Le recours aux antalgiques opioïdes dans le traitement de la douleur](#). *Revue de la littérature*. Paris, OFDT, 66 p.
- Dodier N. (1991) [Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 9, n° 2, p. 79-121.
- Dodier N. (2000) [La négociation à l'œuvre dans le fonctionnement des réseaux sociotechniques](#). In : La négociation sociale, Thuderoz C., Giraud-Héraud A. (Dir.). Paris, CNRS Éditions, p. 253-263.
- Dubar C., Nicourd S. (2017) [L'entretien sociobiographique et son analyse](#). In : *Les biographies en sociologie*. Paris, La Découverte, coll. Repères, p. 71-94.
- Duprat L. (2021) [Soigner les personnes âgées. Pour une sociologie de la prescription médicale](#). EHESS, Thèse de sociologie, 478 p.
- Duprat L. (2023) [Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale](#). *Tendances*, OFDT, n° 156, 8 p.
- Eberhart J. (2020) [Douleurs et antidouleurs en médecine générale : une sociologie de la prescription](#). EHESS, Thèse de sociologie.
- Eberhart J. (2022) [Vie et mort d'un succès pharmaceutique. Retour sur le retrait contesté du Di-Antalvic](#). *Genèses*, n° 127, p. 33-54.
- Eberhart J., Legrand J. (2022) [La prescription médicale comme enjeu de pouvoir](#). *Genèses*, n° 127, p. 3-9.
- Fainzang S. (2002) [Avant-propos au dossier « Les médicaments : des prescriptions aux usages »](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 20, n° 1, p. 5-11.
- Fainzang S. (2007) [Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, p. 193-209.
- Fainzang S. (2010) [L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre](#). *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 34, n° 1, p. 115-133.
- Fainzang S. (2012) [L'automédication ou les mirages de l'autonomie](#). Paris, Presses Universitaires de France, 194 p.

- Fainzang S. (2015) [Les ambiguïtés du rôle familial. Un regard anthropologique sur le lien famille-santé](#). In : Souffrances familiales et résilience, Coutanceau R., Bennegadi R. (Dir.). Paris, Dunod, p. 223-230.
- Ferrand A. (2003) [Visions profanes des réseaux de soins : comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants](#). In : Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X. (Dir.). Rennes, Presses de l'EHESP, coll. Recherche, santé, social, p. 221-236.
- Forzy L., Titli L., Carpezat M., Verdier C. (2021) [Accès aux soins et pratiques de recours. Étude sur le vécu des patients](#). Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, coll. Les dossiers de la DREES, n° 77, 66 p.
- Fox R.C. (1988) L'incertitude médicale. Paris, Louvain-la-Neuve, L'Harmattan, CIACO, coll. Catalyses, 202 p.
- Freidson E. (1984) La profession médicale. Paris, Payot, 369 p.
- Frélaut M. (2018) [Les déserts médicaux](#). *Regards*, n° 53, p. 105-116.
- Friedberg E. (1993) Le Pouvoir et la Règle. Dynamiques de l'action organisée. Paris, Seuil, 416 p.
- Gaudillière J.-P. (2005) Une marchandise pas comme les autres. Historiographie du médicament et de l'industrie pharmaceutique en France au XX^e siècle. In : Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles, Bonah C., Rasmussen A. (Dir.). Paris, Éditions Glyphe, p. 115-158.
- Gérome C., Gandilhon M. (2020) [Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances récentes \(2019-2020\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 141, 8 p.
- Gérome C. (2022) [Substances psychoactives, pratiques de consommations et usagers : les tendances récentes \(2021\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 154, 8 p.
- Greene J.A. (2008) Prescribing by numbers: Drugs and the definition of disease. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 318 p.
- Greene J.A., Siegel Watkins E. (2012) Prescribed: Writing, filling, using, and abusing the prescription in modern America. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Greffion J. (2014) Faire passer la pilule : visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins. Une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014). EHESS, Thèse de sociologie.
- Grossetti M. (2006) [L'imprévisibilité dans les parcours sociaux](#). *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, p. 5-28.
- Hardy A.-C. (2012) [À propos de la signification « médicale » d'une prescription](#). *Commentaire. Sciences sociales et santé*, Vol. 30, n° 3, p. 103-114.
- Hardy A.-C., Canevet J.-P., Girard C., Jourdain M., Morel S., Bournot M.-C., Buyck J.-F., Dalichamp M., Tallec A., Ingrand I., Perault-Pochat M.-C. (2018) [Sircade-Volet 2. Étude sociologique des dynamiques de qualification et de gestion des EI médicamenteux](#). INca, ANSM, 144 p.
- Hardy A.-C., Lecordier D., Perrot A., Péréon Y. (2020) [Des patients difficiles ? Analyse qualitative des interactions médecins-patients dans le contexte de la maladie de Steinert](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 38, n° 2, p. 77-102.
- HAS (2008) [Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Argumentaire](#). Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 121 p.
- HAS (2009) [Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Argumentaire](#). Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 127 p.
- HAS (2010) [Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Rapport d'orientation](#). Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 124 p.

- HAS (2015) [Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires](#). Saint-Denis, Haute Autorité de santé, 36 p.
- HAS (2022) [Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Argumentaire ; Recommandations de bonne pratique](#). Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 302 & 372 p.
- Hauray B. (2006) [L'Europe du médicament. Politique – Expertise – Intérêts privés](#). Paris, Presses de Sciences Po, coll. Académique, 368 p.
- Hauray B. (2018) [Dispositifs de transparence et régulation des conflits d'intérêts dans le secteur du médicament](#). *Revue française d'administration publique*, n° 165, p. 49-61.
- Hauray B., Boullier H., Gaudillière J.-P., Michel H. (Dir.) (2021) [Conflict of interest and medicine. Knowledge, practices, and mobilizations](#). London, Routledge, 270 p.
- Haxaire C., Brabant-Hamonic J., Cambon E. (1998) [Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie](#). In : L'expérience française des drogues illicites. Rapport final de recherche, Schiray M. (Dir.). Paris, Association de Recherche sur les Psychotropes (ARP), p. 108-131.
- Haxaire C. (2002) « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*, Vol. 20, n° 1, p. 63-88.
http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_1_1545
- Haxaire C., Bodenez P., Richard E., Terrien K., Bail P., Locquet C., Noailly M. (2003) Gestion différentielle des dépendances par les médecins généralistes de Bretagne Occidentale. Paris, Centre de Recherches Psychotropes, Santé Mentale, Société (Cesames), 196 p.
- HCSP (2009) [La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique](#). Paris, Haut Conseil de la santé publique, 72 p.
- Heredia J., Chaouachi L., Batisse A. (2022) Changement de réglementation pour la prégabaline ! *Le Courrier des Addictions*, Vol. 24, n° 4, p. 16-17.
- Heredia M. (2017) [La prescription des antalgiques de palier II et III par le médecin de premier recours, chez la personne âgée, vivant au Pays Basque](#). Université de Bordeaux, Thèse de médecine, 109 p.
- Herzlich C. (1982) [The evolution of relations between French physicians and the state from 1880 to 1980](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 4, n° 3, p. 241-253.
- Herzlich C. (1984) [Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint »](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 2, n° 1, p. 11-31.
- Hughes E.C. (1996) *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Éditions de l'EHESS, 344 p.
- Insee (2022) [Femmes et hommes, l'égalité en question. Édition 2022](#). Paris, Insee, coll. Insee Références, 208 p.
- INSERM (2021) [Douleur : Un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité](#).
- Jauffret-Roustide M. (2014) [Les inégalités sociales dans le champ des addictions](#). *Les Tribunes de la santé*, Vol. 43, n° 2, p. 61-68.
- Jordan M., Young-Whitford M., Mullan J., Stewart A., Chen T.F. (2022) [A pharmacist-led intervention to improve the management of opioids in a general practice: a qualitative evaluation of participant interviews](#). *International Journal of Clinical Pharmacy*, Vol. 44, n° 1, p. 235-246.
- La Troupe du RIRE (2020) [Pourquoi garder son indépendance face aux laboratoires pharmaceutiques ?](#) Formindep, 40 p.
- Langlois E., Milhet M. (2016) [Usages détournés de médicaments psychotropes par les jeunes](#). Saint-Denis, OFDT, 79 p.

- Le Bodic C., Hardy A.-C. (Dir.) (2012) Prescrire, proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. Des sociétés, 200 p.
- Le Breton D. (2015) [Douleur et souffrance : déclinaisons du sens](#). *Revue des Sciences Sociales*, n° 53, p. 76-81.
- Le Moigne P. (1998) L'usage chronique des médicaments psychotropes. Problèmes d'analyse et de méthode. In : Drogues et médicaments psychotropes : le trouble des frontières, Ehrenberg A. (Dir.). Paris, Esprit, coll. Société, p. 227-264.
- Le Moigne P. (2008) [La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages](#). *Drogues, santé et société*, Vol. 7, n° 1, p. 57-88.
- Legendre B. (2021) [Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux](#). *Études et résultats*, DREES, n° 1206, 6 p.
- Lépine B., Debin M., Dassieu L., Gimenez L., Palmaro A., Ponté C., Swital M., Lapeyre-Mestre M., Blanchon T., Dupouy J. (2022) [Prescribing buprenorphine for opioid use disorder in primary care: A survey of French general practitioners in the Sentinelles network](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 143, art. 108891.
- Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. (2019) [L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales](#). Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), coll. Document de travail n° 80, 114 p.
- Mathieu-Fritz A. (2021) Le praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine. Paris, Presses des Mines, coll. Sciences sociales, 323 p.
- Maugeais P. (1988) [Sainte morphine, fléau de l'humanité](#). *Histoire, Economie et Société*, Vol. 7, n° 4, p. 587-608.
- McLeod D., Nelson K. (2013) [The role of the emergency department in the acute management of chronic or recurrent pain](#). *Australasian Emergency Nursing Journal*, Vol. 16, n° 1, p. 30-36.
- MILDECA (2018) [Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022](#). Paris, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 130 p.
- Milhet M., Protais C., Díaz Gómez C., Guilbaud F. (2022) [Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie](#). *Tendances*, OFDT, n° 150, 8 p.
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2021) [La conciliation médicamenteuse](#).
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2019) [Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022](#). Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, 21 p.
- Moyal A. (2020) [L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 103-123.
- Moyal A., Fournier C. (2022) [Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France](#). *Les Tribunes de la santé*, n° 71, p. 33-45.
- Nicholas M., Vlaeyen J.W.S., Rief W., Barke A., Aziz Q., Benoliel R., Cohen M., Evers S., Giamberardino M.A., Goebel A., Korwisi B., Perrot S., Svensson P., Wang S.J., Treede R.D., IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019) [The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain](#). *Pain*, Vol. 160, n° 1, p. 28-37.
- Nouguez E. (2017) [Des médicaments à tout prix. Sociologie des génériques en France](#). Paris, Presses de Sciences Po, coll. Académique, 304 p.
- Nouguez É. (2009) [Le médicament générique et la relation de soin. Sociologie d'un quiproquo](#). *Sociologie du Travail*, Vol. 51, n° 1, p. 46-63.

- Obradovic I. (2018) [La crise des opioïdes aux États-Unis. D'un abus de prescriptions à une épidémie aiguë](#). *Potomac Papers*, Institut français des relations internationales (Ifri), n° 35, 36 p.
- Obradovic I. (2021) [Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France \(2000-2020\)](#). *Psychotropes*, Vol. 27, n° 3, p. 35-64.
- Pagán C.N. (2018) [When doctors downplay women's health concerns](#). *The New York Times*, May 3.
- Pautex S., Vogt-Ferrier N. (2006) [Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée](#). *Revue médicale suisse*, Vol. 2, n° 71, p. 1629-1633.
- Peneff J. (1994) [Les grandes tendances de l'usage des biographies dans la sociologie française](#). *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, n° 27, p. 25-31.
- Prescrire Rédaction (2003) Syndrome de sevrage et dépendance : le tramadol aussi. *Prescrire*, Vol. 23, n° 236, p. 112-113.
- Prescrire Rédaction (2011) [Douleur modérée à intense : la codéine plutôt que le tramadol](#). *Prescrire*, Vol. 31, n° 337, p. 831.
- Prescrire Rédaction (2014) Gabapentine et prégabaline : une toxicité hépatique et sanguine parfois grave. *Prescrire*, Vol. 34, n° 369, p. 515-516.
- Prescrire Rédaction (2015) Les antalgiques opioïdes dits faibles. Codéine, dihydrocodéine, tramadol : pas moins de risques qu'avec la morphine. *Prescrire*, Vol. 35, n° 385, p. 831-838.
- Prescrire Rédaction (2021) Arrêter un usage prolongé de tramadol. *Prescrire*, Vol. 41, n° 458, p. 917-921.
- Pryma J. (2022) [Technologies of expertise: Opioids and pain management's credibility crisis](#). *American Sociological Review*, Vol. 87, n° 1, p. 17-49.
- Queneau P., Serrie A., Trèves R., Bontoux D. (2018) [Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades](#). *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Vol. 202, n° 7, p. 1355-1370.
- Radden Keefe P., Clevy C.M. (2022) L'empire de la douleur. L'histoire cachée de la dynastie des Sackler. Paris, Belfond, 680 p.
- Ramond-Roquin A., Allory E., Fiquet L. (2020) [La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 125-141.
- Rat P., Bonin-Guillaume S., Pickering G., Leglise M.-S., Collectif Doloplus (2014) [Algorithme d'évaluation de la douleur chez les patients âgés](#). *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, Vol. 15, n° 2, p. 52-56.
- Ravelli Q. (2015) La stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique. Paris, Seuil, 368 p.
- RESPADD, OFMA, Association des CEIP-Addictovigilance (2018) [Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire](#). Paris, Réseau de prévention des addictions, 56 p.
- Retailaud-Bajac E. (2009) Les paradis perdus. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. Histoire, 467 p.
- Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.) (2016) [Traité d'addictologie. 2^e édition](#). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, 900 p.
- Robelet M., Serré M., Bourgueil Y. (2005) [La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 231-260.

- Robert M., Jouanjus E., Khouri C., Fouilhé Sam-Laï N., Revol B. (2023) [The opioid epidemic: A worldwide exploratory study using the WHO pharmacovigilance database](#). *Addiction*, Vol. 118, n° 4, p. 771-775.
- Robinet S., Serrie A., Astruc N. (2019) [Opioïdes et risques addictifs. Quelle est la situation en France ? Que faire pour limiter les risques ?](#) *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* Vol. 20, n° 2, p. 45-50.
- Robledo J.-B. (2019) [Description des patients douloureux chroniques aux urgences et satisfaction de leur prise en charge : étude CHRODOLURG](#). Université de Bordeaux, Thèse de médecine, 38 p.
- Rojouan B. (2022) [Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard](#). Rapport d'information n° 589 fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Paris, Sénat, 91 p.
- Rosman S. (2010) [Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas](#). In : Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Bloy G., Schweyer F.-X. (Dir.). Rennes, Presses de l'EHESP, coll. Métiers Santé Social, p. 117-132.
- SFETD (2016) [Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé](#). Montferrat, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, 70 p.
- SFETD (2017) [Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen](#). Montferrat, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, 280 p.
- Shortell S.M. (1973) Patterns of referral among internists in private practice: a social exchange model. *Journal of Health Social Behavior*, Vol. 14, n° 4, p. 335-348.
- Steinmetz D., Tabenkin H. (2001) [The 'difficult patient' as perceived by family physicians](#). *Family Practice*, Vol. 18, n° 5, p. 495-500.
- Strauss A. (1985) La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 319 p.
- Tajfel P., Gerche S., Huas D. (2002) [La douleur en médecine générale](#). *Douleur et Analgésie*, Vol. 15, n° 1, p. 71-79.
- Thiaudière C. (2012) Les usages médicaux de l'écrit. Prescription et institution de la maladie. In : Les paradoxes de l'écriture. Sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement, Coton C., Proteau L. (Dir.). Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 193-211.
- Timmermans S., Berg M. (2003) [The practice of medical technology](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 25, p. 97-114.
- Timmermans S., Oh H. (2010) [The continued social transformation of the medical profession](#). *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51, n° 1 Suppl., p. S94-S106.
- Urfalino P., Bonetti E., Dalgalarondo S., Hauray B., Bourgeois I. (2002) Les recommandations à l'aune de la pratique. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein. *Centre de Sociologie des Organisations CNRS-FNSP Union Régionale des Médecins Libéraux du Poitou-Charentes*.
- Van den Broucke S. (2017) La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique, *La Santé en action*, n° 440, p. 11-13.
- van der Geest S., Reynolds Whyte S., Hardon A. (1996) [The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach](#). *Annual Review of Anthropology*, Vol. 25, n° 1, p. 153-178.
- Vassy C., Derbez B. (2019) [Médicalisations](#). In : Introduction à la sociologie de la santé. Paris, Armand Colin, coll. Cursus, p. 69-99.

Vega A. (2011a) [Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Rapport final. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français](#). CERMES3-Cnamts, 200 p.

Vega A. (2011b) [Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique](#). Formindep, 36 p.

Vega A. (2012) [Positivismes et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français](#). *Sciences sociales et santé*, Vol. 30, n° 3, p. 71-102.

Vinel V., Kessler-Bilthauer D. (2017) [Se soigner en zone rurale lorraine : Domestication du système de soin et encadrement familial des trajectoires individuelles](#). *Enfances, Familles, Générations*, n° 28, doi : 10.7202/1045026ar.

Weiss M., Fitzpatrick R. (1997) [Challenges to medicine: The case of prescribing](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 19, n° 3, p. 297-327.

WHO (2019) [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-11](#). World Health Organisation.

Zajacova A., Grol-Prokopczyk H., Zimmer Z. (2021) [Sociology of chronic pain](#). *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 62, n° 3, p. 302-317.

Zimmer Z., Rubin S. (2020) Pain and disablement. In : International handbook of health expectancies, Jagger C., Crimmins E.M., Saito Y., De Carvalho Yokota R.T., Van Oyen H., Robine J.-M. (Dir.). Cham, Springer, coll. International Handbooks of Population, Vol. 9, p. 219-232.



Observatoire français des drogues et des tendances addictives
69 rue de Varenne 75007 Paris
Tél : 01 41 62 77 16
e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

N° ISBN : 979-10-92728-74-3

Crédits photo : © Oceane2508 (Adobe Stock)