

Addictions aux médicaments opioïdes : rester vigilant sur les prescriptions

● **L'addiction aux opioïdes fait souvent suite à une prescription initiale par un médecin.**

● **Les médecins traitants ne sont pas toujours conscients de la dépendance de leurs patients, selon une étude réalisée par entretiens auprès de médecins généralistes et de patients en France, au début des années 2020.**

« **L**a première [personne] 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 » (a)(1).

En France, entre 2000 et 2015, le nombre annuel de morts liées à une consommation de médicaments opioïdes est passé de 1,3 à 3,2 par million d'habitants, témoignant d'une problématique croissante d'addiction. Cette addiction fait souvent suite à une prescription initiale par un médecin. En 2017 en France, un peu plus d'un assuré social sur 6 avait reçu une prescription d'opioïdes dans l'année, le plus souvent d'un médecin généraliste (2).

Dans le secret des cabinets médicaux. Pour y voir plus clair, la sociologue Laura Duprat a mené des entretiens en 2021-2022 avec 23 médecins généralistes exerçant dans diverses structures (cabinets isolés, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, etc.) (b). La chercheuse a aussi échangé avec 25 patients à qui étaient prescrits des médicaments opioïdes dans le cadre d'une douleur chronique non cancéreuse – en France, 9 prescriptions d'opioïdes sur 10 se font dans cette indication. Les patients interrogés avaient un usage chronique d'opioïdes depuis au moins 5 ans, certains jusqu'à 20 ans, et rencontraient des difficultés avec leur traitement : absence d'efficacité antalgique durable, survenue d'effets indésirables, accoutumance (1).

L'étude ainsi réalisée ne prétend pas apporter d'éclairage statistique ni décrypter les stratégies des firmes productrices d'opioïdes. En revanche, elle met en évidence les interactions au quotidien qui conduisent certains patients à devenir « *dépendants sur ordonnance* ».

Une dépendance trop peu décelée. Les médecins interrogés rapportent ne pas toujours être les premiers prescripteurs des médicaments opioïdes. Il peut s'agir d'une prescription débutée par un autre généraliste, ou dans les suites d'une intervention chirurgicale. Mais dans certains cas, ils renouvellent le traitement sur une durée qui peut se chiffrer en

années. Ils le font parfois sous la pression des patients, faute d'alternative satisfaisante et accessible, ou simplement par routine (1). Un constat qui fait écho à une étude du Ministère de la santé de 2019-2020, dans laquelle un panel de médecins généralistes confirmait être « *souvent confronté(s) [à] des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de traitement antalgique opioïde* » (hors indication cancéreuse) (3).

Les médecins interrogés dans l'enquête ont souvent du mal à envisager une situation de dépendance aux opioïdes chez des personnes sans passé de toxicomanie et qui reçoivent ces substances dans le cadre d'une prescription. Résultat, la prise de conscience d'une situation de dépendance chez les patients interrogés se fait souvent hors du cabinet du généraliste. Le patient peut se rendre compte de sa dépendance grâce aux informations apportées par les médias, qui ont beaucoup parlé ces dernières années de l'épidémie aux opioïdes touchant les États-Unis d'Amérique. Parfois, c'est un autre soignant (médecin, pharmacien, infirmier, etc.) qui alerte, comme le rapporte cette mère de famille, utilisatrice de *tramadol*, de benzodiazépines et de Neurontin®. « *Les pédiatres, à ce moment-là, m'ont dit : Mais vous pouvez pas allaiter avec tout ça ! 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* » (1).

La remise en cause de la prescription vient aussi du constat que le médicament provoque des effets indésirables sans soulager la douleur. C'est le cas de cet homme de 45 ans : « *La docteure m'adaptait le traitement. Elle m'a dit : On va augmenter [l'Oxycontin®]. Parce que c'est OK, il faut avoir plus fort. Mais voilà, au bout d'un moment, elle pouvait plus augmenter [...]. Non seulement j'ai mal et en plus je peux rien faire* » (1).

Des prises en charge variées. Lorsque le constat de la dépendance est fait, la réponse apportée par le médecin généraliste dépend largement de son mode d'exercice, ou, comme l'explique la sociologue, du rôle qu'il joue dans le suivi du patient : se pense-t-il comme le maillon central ou comme un simple

a- Les citations qui suivent sont extraites du rapport de l'Observatoire français des drogues et addictions (réf. 1).

b- L'étude sur l'usage 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 de l'Assurance maladie.



intervenant ponctuel ? Sans prétendre résumer les positions singulières des médecins interrogés, la sociologue distingue trois types de positionnement parmi les 23 médecins généralistes qu'elle a interrogés. Un premier comportement est celui des généralistes qui vont chercher à construire une prise en charge de l'addiction avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire (addictologues, psychologues, etc.). Ces généralistes se distinguent par une approche globale des patients concernés, par « *des qualités relationnelles traduites en pratiques : accorder plus de temps d'écoute, analyser les conditions socio-économiques de la plainte, travailler en réseaux professionnels, etc.* ». Ils exercent souvent en maison de santé pluridisciplinaire et/ou sont souvent intégrés dans des réseaux de prévention ou de prise en charge d'addictions (Csapa ou Caarud) (a)(1).

Une deuxième attitude consiste à externaliser le traitement de l'addiction. Estimant que l'addiction n'est pas de leur compétence, certains médecins préfèrent en effet confier sa prise en charge à des confrères « *jugés plus compétents* » dont ils suivent les recommandations. La sociologue cite le cas d'un généraliste qui estime que « *c'est au Csapa de le faire (...)* » (1).

Enfin, d'autres médecins minimisent la gravité du problème : ayant pour priorité la prise en charge de la douleur, ils n'ont pas conscience de la dimension addictive des traitements. Dans l'étude, les médecins adoptant cette attitude sont soit de jeunes diplômés en centres de santé qui n'ont pas encore construit de réseaux avec leurs collègues, soit surtout des médecins en fin de carrière exerçant en cabinet individuel. Ces médecins estiment que le diagnostic d'addiction est stigmatisant, comme cette praticienne, évoquant son patient : « *je ne sais pas, je ne vais pas lui dire : vous savez ; je pense que vous êtes dépendant à votre traitement* ». Ces médecins suivent rarement des patients aux situations complexes de conduites addictives et de précarité. Ces médecins se caractérisent par leur manque d'intégration aux réseaux de prévention ou de prise en charge d'addictions (1).

Des difficultés accrues dans les déserts médicaux.

Tout au long de l'étude apparaît en arrière-plan le lien entre déserts médicaux et prescription au long cours d'opioïdes. Par exemple, une patiente souffrant d'une polyradiculonévrite, résidant dans un désert médical, s'inquiète de la durée de son traitement au *tramadol* après avoir lu une information sur internet (la patiente est traitée depuis près de 9 ans). La réponse de son médecin – se contenter de réduire la dose – ne la satisfait pas. Mais elle garde pourtant ce médecin traitant, faute de choix. On retrouve les conséquences néfastes des déserts médicaux dans le cas de cette autre patiente, dont l'entrée dans l'addiction est liée à une mauvaise coordination d'un traitement de la douleur et qui va finalement déménager pour se rapprocher d'un centre anti-douleur (1).

Comme le conclut la sociologue, « *un constat majeur de l'étude (...) est finalement que, selon les*

médecins généralistes et les patientes et patients interrogés, les problématiques rencontrées avec les prescriptions d'antalgiques opioïdes sont davantage liées aux difficultés de coordonner les parcours de soins complexes qu'aux propriétés addictives de ces médicaments en tant que telles » (1).

En somme. Parler de « *mésusage* » des opioïdes risque de faire oublier que l'addiction à ces substances ne dépend pas seulement des patients. Comme en témoigne cette étude qualitative, ces addictions sont en partie liées à l'organisation du système de soin et au comportement du prescripteur, et notamment aux possibilités des médecins concernés à s'engager dans des réseaux de santé et à maintenir ces liens pluriprofessionnels. Il est dès lors peu étonnant que cette dépendance soit moins bien identifiée et moins bien prise en charge lorsque le médecin généraliste travaille de façon isolée, sans réseau dans le domaine des addictions, en particulier dans un désert médical.

©Prescrire

a- Csapa : centre de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie ; Caarud : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

Extraits de la veille documentaire Prescrire

- 1- Duprat L "Pratiques de prescription et d'usage d'antalgiques opioïdes : une analyse sociologique" Rapports de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, juillet 2023 : 104 pages.
- 2- Prescrire Rédaction "Une tendance à la hausse du nombre d'hospitalisations et de morts liées à l'usage d'antalgiques opioïdes en France" *Rev Prescrire* 2020 ; **40** (441) : 533-538.
- 3- David S et coll. "Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients" *Les dossiers de la Drees* 2021 (80) : 48 pages.