

# Prévenir le mésusage des antalgiques dans le cadre d'une situation subaiguë ou chronique

Contribution du Collège de la Médecine Générale



Dans les suites du plan de 1998 la lutte contre la douleur est devenue une priorité médicale, avec comme objectif de « faire une place à la prise en charge systématique de la douleur, fût-ce au prix de modifications profondes des attitudes et des comportements. », libérant la prescription des opioïdes. Les recommandations de la HAS de 1999<sup>1</sup> visaient à favoriser la réalisation d'une évaluation initiale rigoureuse, mais n'étaient pas en lien avec l'exercice de la médecine générale<sup>2</sup>. A titre d'exemple l'utilisation des échelles visuelles de la douleur n'avaient pas l'utilité attendue en médecine générale<sup>3</sup>.

Dans la prise en charge de la douleur subaiguë et chronique les médicaments ont une place importante et leur efficacité antalgique est reconnue. Mais ces traitements ont une efficacité variable selon les substances et selon la nature des douleurs. Ils exposent à des effets indésirables parfois graves, à une accoutumance ainsi qu'à des dépendances en particulier pour les opioïdes

Par ailleurs, le vécu de la douleur est une expérience totalement individuelle pour la personne qui souffre, nécessitant de distinguer la souffrance physique d'une part et la souffrance psychologique et sociale d'autre part, pour personnaliser les adaptations thérapeutiques. Cette personnalisation permet d'affiner la prescription des antalgiques. Elle demande au médecin de fournir un effort supplémentaire pour adapter la prise en charge, en particulier en introduisant des thérapeutiques non médicamenteuses<sup>4</sup>. Il est difficile de convaincre un patient de s'engager activement dans un processus thérapeutique qui met en jeu son mode de vie, voire ses schémas de pensées (abord psychologique, techniques de relaxation ou d'hypnose...). Le financement et l'organisation actuelle des soins de ville n'incitent pas les médecins à fournir cet effort et tendent au contraire à encourager le déploiement de stratégies qui favorisent le recours à la prescription médicamenteuse.

Au-delà du risque de mésusage lié à la douleur et à sa chronicité, il existe des risques d'abus et d'addiction aux substances psychoactives, risques qui ne seront pas abordés dans ce texte.

## Définitions du cadre

**Douleur chronique** : une douleur chronique se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne »

**Mésusage** : utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit non conforme à l'AMM ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques (art R5121-152 CSP) de la part du prescripteur et/ou du patient (recherche effet psychotrope non antalgique...).

**Abus** : usage excessif, intentionnel persistant ou sporadique de médicaments ou de produits accompagnée de réactions physiques ou psychologiques nocives

**Abus de substance psychoactive** (analgésiques opioïdes) : prise de doses supérieures à celles prescrites, pour obtenir des effets psychoactifs majorés (relaxation, sédation, défonce ou encore soulagement plus efficace de la douleur)

**Addiction** aux antalgiques : le plus souvent caractérisée par une envie irrésistible de consommer en dehors des effets antalgiques et malgré les conséquences délétères.

En 10 ans, la consommation des antalgiques opioïdes a augmenté ; cela s'inscrit dans la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment, des plans ministériels de lutte contre la douleur ayant été mis en place depuis 1998.

En même temps, l'ANSM observe une augmentation du mésusage, ainsi que des intoxications et des décès liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes, qu'ils soient faibles (par exemple le tramadol, la codéine et la poudre d'opium) ou forts (par exemple la morphine, l'oxycodone et le fentanyl). Pour éviter que la situation ne devienne comparable avec celle observée aux Etats-Unis et au Canada il est important de mettre en place des mesures de prévention du mésusage face à l'augmentation constante de la consommation.

Les données :

- D'après les données de l'assurance maladie, près de 10 millions de français ont eu une prescription d'antalgique opioïde en 2015. En 2017 l'antalgique opioïde le plus consommé en France est le Tramadol puis la codéine en association et la poudre d'opium associée au paracétamol. Viennent ensuite la morphine, premier antalgique opioïde fort, l'oxycodone, à présent pratiquement autant consommé que la morphine, puis le fentanyl transdermique et transmuqueux à action rapide.
- Entre 2006 et 2017, la prescription d'opioïdes forts a augmenté d'environ 150 %. L'oxycodone est l'antalgique opioïde dont l'augmentation est la plus importante.
- Le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 167 % entre 2000 et 2017 passant de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants. (2)
- Le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de 146 %, entre 2000 et 2015, avec au moins 4 décès par semaine.

Il existe un débat concernant l'utilité des médicaments antalgiques opioïdes dans plusieurs indications<sup>5</sup> (intérêt modéré dans : arthrose, lombalgies chroniques réfractaires, douleur neuropathiques, inutilité dans : fibromyalgie, céphalées dont la migraine, dose, durée...) rendant la très forte croissance des prescriptions pour les douleurs chroniques non cancéreuses (90% des prescriptions d'opioïdes) d'autant plus problématiques.

## 2- Les enjeux de la prévention du mésusage des antalgiques sont pour le patient, le médecin et la société

Il s'agit de permettre à **la personne qui souffre** de recouvrir une vie la plus acceptable possible malgré la douleur, sans encourir de risques disproportionnés.

L'exercice professionnel du médecin généraliste demande un temps d'analyse, passant avant tout par l'écoute. L'équilibre est souvent difficile entre le bénéfice évident de la prescription adaptée d'antalgiques destinés à soulager la douleur chronique, et le risque de mésusage augmentant la morbi-mortalité liée aux médicaments antalgiques notamment les opioïdes qu'ils soient faibles ou forts,

Il s'agit enfin pour les autorités sanitaires françaises de sécuriser au mieux l'utilisation des antalgiques opioïdes sans en restreindre l'accès aux patients qui en ont besoin (3) afin d'améliorer la pertinence et l'efficacité du soin.

### 3- Les mésusages constatés<sup>6</sup>

En France, les premières données disponibles<sup>7</sup> montrent que ces problématiques pourraient concerner entre 1 et 4% des patients<sup>8</sup>. Lorsque les patients sont non cancéreux ou traités pour des douleurs non cancéreuses on retrouve très fréquemment, parmi les indications précisées, des prescriptions pour douleurs musculosquelettiques ou neurologiques.

Les différents mésusages classés par ordre de fréquence constaté sont :

- Le non-respect :
  - de la dose ou de la durée (27.9%)
  - d'une mise en garde (23.2%)
  - d'une précaution d'emploi (18.6%)
- Une automédication inappropriée par le patient est en cause dans 11.6% des situations de non-conformité.

Une très forte proportion des patients qui reçoivent une forme orale ou nasale de fentanyl pour une indication hors AMM ne bénéficient pas de traitement de fond opioïde ou ce traitement est insuffisant.

### 4 – La médecine générale concernée et impliquée

Le médecin généraliste est le premier consulté pour une grande variété de douleurs du fait de la prévalence de la plainte douleur dans les consultations de médecine générale<sup>9</sup>.

Lorsque les douleurs deviennent subaiguës ou chroniques le médecin généraliste peut rester le seul consulté, car la prise en charge au long cours est caractéristique de son exercice. La plus grande facilité accordée à l'utilisation des opioïdes s'accompagne d'un plus grand risque de mésusage.

S'il est nécessaire et dans les pratiques du généraliste de personnaliser ses prises en charge, cette relation personnalisée peut le mettre en situation de risque d'accepter une demande excessive de soulagement devenant "abusive" de la part du patient. Et ce surtout s'il n'a pas pu effectuer le diagnostic situationnel permettant d'évoquer d'autres pistes que celle de la seule pathologie causale face à ces demandes ressenties comme excessives.

Une particularité concerne les personnes âgées pour lesquelles la iatrogénie est plus fréquente alors que les études concernant les antalgiques sont plus rares.

L'alliance thérapeutique, nécessite une communication "authentique" et une écoute active centrée sur le patient pour favoriser le recours à des ressources non médicamenteuses de lutte contre la douleur (para médicaux, prescriptions non-médicamenteuses, centre anti-douleur, spécialistes de la prise en charge des addictions...).

Cette alliance peut faciliter la détection du mésusage par le patient si la confiance est instaurée.

Plus qu'un temps long de consultation, tout ceci nécessite une acquisition de compétences élargissant le champ de la pratique bien au-delà de la simple ordonnance, une appétence au soin de pathologies chroniques, une reconnaissance de la charge mentale associée.

### 5- Comment prévenir ce mésusage<sup>10</sup>

Les douleurs sont ressenties de façon très différente selon les patients. L'histoire personnelle comme familiale et en particulier les épisodes de vie antérieure influencent le vécu de la situation présente ainsi que le contexte professionnel et familial. Laisser la personne exprimer ce qui la préoccupe avant de l'interroger apporte souvent des éléments essentiels à la compréhension dès les premières consultations, à condition d'y être sensibles. Ensuite, plus les douleurs perdurent, plus les facteurs psychosociaux et relationnels prennent de l'importance dans ce ressenti.

Pour un médecin, prendre un temps pour définir avec le patient souffrant de douleurs chroniques un niveau de soulagement compatible avec la poursuite d'une vie aussi satisfaisante que possible, sans risque disproportionné, est

un des enjeux de son accompagnement. Il s'agit de l'aider à appréhender la complexité de son ressenti douloureux, en tenant compte des dimensions physiques et psychiques de la douleur, de son environnement social et culturel, afin de l'aider à développer ses capacités pour faire face à sa douleur.

Les critères de qualité de la prise en charge comprennent entre autres :

- L'évaluation de la situation clinique de chaque patient, en particulier la douleur ressentie et son **retentissement sur la vie du patient** ;
- Plus que dans d'autres situations cliniques, la lutte contre la douleur fera appel d'avantage à un **diagnostic de situation** qu'au seul diagnostic clinique (la lombalgie d'un maçon n'est pas celle d'un ingénieur).
- **L'adaptation du traitement médicamenteux**, en tenant compte notamment des effets indésirables des médicaments à visée antalgique ;
- Le **suivi du traitement**, par exemple pour repérer une accoutumance, voire un usage problématique des antalgiques ;
- Le maintien d'une **relation soignant-patient de qualité**, afin de prévenir les attitudes de rejet ou de découragement de la part du patient ou du soignant ;
- **L'information du patient**, étape favorisant une autonomie de ce dernier dans l'ajustement de ses traitements, y compris les traitements non médicamenteux.

La prévention d'un mésusage aux opiacés démarre avant même l'initiation du traitement antalgique opioïde, par le repérage des facteurs de risque. Une surveillance planifiée et personnalisée doit être systématique, avec contractualisation de la prescription chez les patients à risque.

Les principes fondamentaux du suivi incluent la reconsidération régulière de la prescription selon le bénéfice antalgique observé et les comportements de mésusage éventuellement présents. Les situations faisant craindre un mésusage doivent être orientées précocement vers un centre de la douleur et/ou un centre d'addictologie. La prise en charge repose sur des stratégies multidisciplinaires : réadaptation des médicaments antalgiques, arrêt progressif, mesures non-médicamenteuses contre la douleur, prise en charge des comorbidités psychiatriques, voire relais par buprénorphine ou méthadone.

Une fois le mésusage présent, les problématiques sont complexes et nécessitent alors un double avis, voire un double suivi, de la part d'un médecin de la douleur voire d'un spécialiste des addictions. Toute prescription d'antalgique opioïde de plus de quelques semaines doit nécessiter une prescription adaptée aux facteurs de risque du patient et une anticipation de l'arrêt du traitement, en cas d'efficacité comme d'inefficacité.

## 6- Propositions de messages clés pour les médecins généralistes

### **Message clés à destination des médecins généralistes pour éviter les mésusages**

- **ECOUTER** : seul le patient détient la référence personnelle de sa douleur.
- **EVALUER** : histoire de la douleur, la personne, âge et profil psychosocial, nature et retentissement de la douleur par un diagnostic de situation.
- **PARTAGER** pour **DECIDER** : avec les représentations du patient, ses objectifs, ses priorités.
- **AIDER LA PERSONNE** à faire face à sa douleur (ce n'est pas la douleur que l'on traite). Au besoin avec d'autres intervenants
- **SUIVRE** : planifier la prise en charge, réévaluer, adapter.

## **ÉVALUER : mieux la douleur est évaluée, mieux le traitement sera pertinent.**

Les outils : autant, sinon plus l'écoute et la reformulation que les échelles, qu'elles soient numériques, visuelles, orales...

Le patient doit pouvoir éclairer sur :

- les retentissements physiques, relationnels autant personnels que professionnels ;
- ce qu'il connaît de sa situation douloureuse : représentation, ressenti, signification, pronostic, possibilités et limites des thérapeutiques ;
- la nature des phénomènes douloureux ressentis : mécaniques, vasculaires, neuropathiques, morales (quelles soient causes ou conséquences) ;
- l'historique (date et circonstance de début, évolution) ;
- la chronologie diurne, nocturne ;
- les bénéfices attendus par le patient (ex : reconnaissance sociale, financière, alerte sur l'origine d'une autre souffrance).

## **PARTAGER pour DÉCIDER : plus le patient est reconnu et impliqué plus le traitement est efficace.**

- Proposer un diagnostic de situation au patient sous forme de reformulation synthèse de la situation
- Expliquer au patient les diverses possibilités d'actions avec leurs conséquences.
- Écouter les priorités du patient avant de définir celles du médecin.
- Proposer un schéma thérapeutique
- Expliquer les objectifs
- Expliquer les limites du traitement (Effets secondaires, notamment risque d'accoutumance et de dépendance)
- Vérifier compréhension et acceptation pour que le traitement soit celui du patient et pas celui de la douleur.
- Négocier un plan d'action dans la durée.

## **TRAITER**

- Médicaments : en commençant par les plus petites doses (même s'il faut revenir en arrière par rapport au traitement en cours) Palier I, puis II, puis III, avec décision partagée à chaque fois.
- Mesures hygiéno-diététiques (exemple : bouger, boire, éventuellement modifier son alimentation)
- Activités physiothérapeutiques en collaboration ou non avec des professionnels (kinésithérapeutes, psychomotriciens, ostéopathes,
- Approches complémentaires : hypnose, relaxation...)
- Coordonner la prise en charge pluriprofessionnelle.

## **ORGANISER LE SUIVI**

- Nature du suivi : définition d'indicateurs (ex : qualité du sommeil, périmètre de marche...) , programmation de l'enchaînement des mesures thérapeutiques décidées d'un commun accord...
- Voire établissement avec le patient d'une fiche de suivi avec Dates (RDV ; objectifs de la PEC, décisions partagées, indicateurs choisis, points clés à surveiller, éléments d'automédication...)
- Le médecin devant en plus, surveiller la qualité de sa relation avec le patient.

## 7- Thérapies non médicamenteuses qui sont des approches complémentaires

### **La réadaptation physique**

La douleur chronique a souvent pour conséquence de limiter les activités et les mouvements. Pourtant, il est établi que **le mouvement est antalgique**. Mais pour pouvoir bouger, il faut avoir moins mal donc avoir un traitement adapté et pris régulièrement.

### **Le principe du fractionnement**

Fractionner permet de poursuivre ses activités en faisant autrement. Fractionner ne veut pas dire faire une pause. Il s'agit d'interrompre puis de reprendre. Pour le faire, il y a trois étapes :

1. Définir la fraction, l'intervalle, la durée : il s'agit d'interrompre avant l'augmentation ou le déclenchement de la douleur.
2. Interrompre : changer de position, se concentrer sur quelques respirations.
3. Reprendre l'activité.

### **La relaxation, un moyen de lutte contre la douleur**

La relaxation, l'hypnose ou la méditation sont des techniques fréquemment proposées aux patients douloureux en complément des médicaments. La douleur a de nombreuses conséquences : perturbations du sommeil, tensions et contractions musculaires, réactivité au stress, anxiété... La relaxation est une réaction physiologique qui consiste en une détente musculaire, une détente mentale, un sentiment de calme et de confort.

### **L'hypnose**

A travers les études cliniques entreprises pour comprendre le mode d'action de l'hypnose et son champ d'application, il apparaît un élément constant rapporté par les expérimentateurs concernant la relation à leurs patients.

Certes la douleur paraît réduite, atténuée et supportable, mais surtout, la pratique de l'hypnose modifie considérablement le vécu opératoire et permet aux patients de "bien vivre" les soins, de mieux aborder l'acte chirurgical éventuel et de garder un souvenir non traumatique du milieu médical ou chirurgical auquel ils ont été confrontés.

Pour les patients engagés dans des soins et des examens prolongés, il est important pour le suivi du traitement que les gestes itératifs invasifs laissent une impression de sérieux et de bienveillance à leur égard.

Par son action à plusieurs niveaux, l'hypnose peut également éviter le passage à la chronicité d'une douleur aiguë ainsi que la survenue d'un syndrome post-traumatique.

Travaux coordonnés par Francis Abramovici  
Avec Michel Doré et les membres du Groupe Thérapeutiques du CMG  
Février 2023

## Références

---

1. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire)
2. Huas D, Pouchain D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G, The French college of teachers in general practice. Assessing chronic pain in general practice: Are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. *European Journal of General Practice*. 1 janv 2006;12(2):52-7.
3. Pouchain D. EVA leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2002;16(585):6
4. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)
5. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - ANSM [Internet]. [cité 7 févr 2023].
6. Cracowski JL, Muller S, Anglade I, Bonnefond G, Bouhanick B, Bouquet S, et al. Prévention des risques liés à un usage inapproprié/consommation inutile des médicaments. *Therapie*. 2022;77(1):69-78.
7. Cracowski JL, Muller S, Anglade I, Bonnefond G, Bouhanick B, Bouquet S, et al. Prévention des risques liés à un usage inapproprié/consommation inutile des médicaments. *Therapie*. 2022;77(1):69-78.
8. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *La Revue de Médecine Interne*. 1 août 2017;38(8):539-46.
9. Société Française de Médecine Générale : Quelques chiffres sur les Résultats de consultation [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur [https://www.sfm.org/drc/quelques\\_chiffres\\_sur\\_les\\_resultats\\_de\\_consultation/](https://www.sfm.org/drc/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation/)
10. Prescrire Rédaction "Questionner sa pratique : traiter des douleurs chroniques sur mesure avec un médicament" *Rev Prescrire* Fev. 2020 40 (436) 137-142.

## Pour en savoir plus

- Bouckenaere D « La douleur chronique et la relation médecin-malade » *Cahiers de psychologie clinique* 2007 ; 1(28) : 167-183.
- Rentsch D et coll. « douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? » *Rev Médecin Suisse* 2009 ; 5 : 1364-1369.
- David É, Maresca B, Fontaine A. La prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile.
- ANAES Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire cité le 4 oct 2018 <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient)
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- <https://www.chu-toulouse.fr/-outils-et-ressources-pour-evaluer->
- <https://www.douleurs.org/annuaire-de-la-douleur/>
- Vanhauzenhuyse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno M-A, Kirsch M, et al. Hypnose et perception de la douleur. *Revue Médicale de Liège* [Internet]. 2008 [cité 15 avr 2016];63(5-6). Disponible sur: <https://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/2394>
- Grünenwald M. "Approche de la douleur chronique par l'hypnose : expérience d'un médecin praticien !" *Rev Méd Suisse* 2009 ; volume 5. 1380-1385. (<https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-208/Approche-de-la-douleur-chronique-par-l-hypnose-experience-d-un-medecin-praticien>)
- Juliette Gueguen Caroline Barry Christine Hassler Bruno Falissard "Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose" INSERM Juin 2015 / 207 PAGES. (<https://www.libreveil.fr/wp-content/uploads/2017/02/Evaluation-de-l-efficacite-de-la-pratique-de-l-hypnose.pdf>)
- (<https://www.reseau-lcd.org/les-traitements-de-la-douleur/>)