



La prescription de tramadol : comprendre l'expérience des médecins généralistes

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Travail de fin d'études réalisé par Dr Sophie Denoël

Promoteur : Dr Marc Bouniton

Année académique 2020-2021

Master de spécialisation en médecine générale

Université catholique de Louvain

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
1. ABREVIATIONS	2
2. INTRODUCTION	3
3. METHODOLOGIE	5
3.1. REVUE DE LA LITTERATURE	5
3.2. ÉTUDE.....	5
3.2.1. Choix méthodologique.....	5
3.2.2. Échantillonnage et recrutement.....	6
3.2.3. Mode de recueil des données.....	6
3.2.4. Analyse.....	7
3.2.5. Comité d'éthique.....	7
3.3. CONFLITS D'INTERETS.....	7
4. LE TRAMADOL.....	8
4.1. INDICATIONS DE PRESCRIPTION.....	8
4.2. POINTS D'INTERET PHARMACOLOGIQUES.....	9
4.2.1. Propriétés pharmacocinétiques.....	9
4.2.2. Propriétés pharmacodynamiques.....	9
4.3. EFFETS INDESIRABLES.....	10
4.4. MODE D'ADMINISTRATION ET POSOLOGIE	11
4.5. POPULATIONS PARTICULIERES	11
4.5.1. Femmes enceintes et allaitantes.....	11
4.5.2. Enfants	12
4.5.3. Patients âgés	12
4.6. LE TRAMADOL EN BELGIQUE.....	12
4.6.1. Évolution de la prescription de tramadol en Belgique.....	12
4.6.2. Principaux prescripteurs de tramadol en Belgique.....	13
4.6.3. Effets indésirables déclarés	14
5. RESULTATS.....	15
5.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES MEDECINS RECRUTES	15
5.2. UTILITÉ DE LA PRESCRIPTION	15
5.3. DIFFICULTES DE LA PRESCRIPTION.....	16
5.3.1. Effets indésirables avérés.....	16
5.3.2. Troubles liés à l'utilisation du tramadol et mésusage	16
5.3.3. Efficacité et tolérance variables et imprévisibles.....	17
5.3.4. Place mal définie dans l'arsenal thérapeutique	17
5.4. DIFFICULTES SPECIFIQUES DE LA PRESCRIPTION CHRONIQUE	18
5.4.1. Complexité de la prescription chronique	18
5.4.2. Causes de la prescription chronique	19
5.5. LA PRESCRIPTION EN PRATIQUE	21
5.5.1. Décider.....	21
5.5.2. Initier avec précautions	23
5.5.3. Réévaluer pour arrêter ou renouveler.....	25
5.5.4. Spécificités de la prescription chronique.....	26
5.6. INFLUENCES COMPLEMENTAIRES.....	28
5.6.1. Médecin prescripteur	28
5.6.2. Relation thérapeutique dans le contexte de la douleur.....	31
5.6.3. Législation.....	32

5.6.4. Prix, remboursement et considérations socio-économiques.....	33
6. DISCUSSION	34
6.1. DECRYPTER L'EXPÉRIENCE AMBIVALENTE DES GÉNÉRALISTES AVEC LE TRAMADOL.....	34
6.1.1. Une complexité commune aux opioïdes	34
6.1.2. Tramadol : antalgique discutable et discuté.....	35
6.2. PISTES DE RECOMMANDATIONS	38
6.3. LIMITES ET BIAIS.....	40
7. CONCLUSION	41
8. BIBLIOGRAPHIE.....	42
REMERCIEMENTS.....	44
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	45
ANNEXE 2 : CONVENTION ENTRE LE CHERCHEUR ET L'INAMI.....	47
ANNEXE 3 : GRAPHIQUES REALISES SUR BASE DES DONNEES PHARMANET	48
ANNEXE 4 : APERÇU DE L'EXPERIENCE DES MEDECINS GENERALISTES AVEC LA PRESCRIPTION DE TRAMADOL	49
ANNEXE 5 : MODELISATIONS EXTRAITES DE LA LITTÉRATURE.....	50

RESUME

INTRODUCTION

Le tramadol est un opioïde largement consommé en Belgique, principalement prescrit par les médecins généralistes. Cet analgésique atypique se caractérise par un mode d'action multimodal (opioïde, sérotoninergique et noradrénergique) et une variabilité génétique au niveau de son métabolisme. Il expose le patient à de multiples effets indésirables, à des troubles liés à son utilisation ainsi qu'au mésusage.

OBJECTIF

Comprendre l'expérience des médecins généralistes avec la prescription de tramadol.

MÉTHODOLOGIE

Étude qualitative basée sur dix entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes belges francophones, effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée.

RÉSULTATS

Si les médecins considéraient le tramadol comme utile et efficace dans de nombreuses situations, ils éprouvaient néanmoins une certaine réticence à le prescrire. Cette dernière était liée aux risques d'effets indésirables et de mésusage du tramadol, à son efficacité et à sa tolérance variables et imprévisibles ainsi qu'à sa place mal définie dans leur arsenal thérapeutique. Leur réticence était exacerbée dans le cadre d'une prescription chronique. Pour résoudre cette ambivalence, l'analyse a souligné l'importance d'une évaluation des alternatives ainsi que d'une balance bénéfices/risques par les médecins généralistes. Ces derniers optaient pour la prudence, tant lors de l'initiation d'une prescription que lors d'un éventuel renouvellement. La démarche de prescription était influencée par des facteurs propres au médecin, au patient, à la relation thérapeutique et au système de soins.

CONCLUSION

L'ambivalence révélée devrait inciter les généralistes à repenser leur prescription de tramadol. Le tramadol devrait faire l'objet d'une étude rigoureuse des autorités sanitaires belges et, le cas échéant, de mesures soutenant une prescription rationnelle.

MOTS-CLÉS : médecin généraliste, tramadol, antalgiques opioïdes, prescription médicamenteuse, effets indésirables, dépendance, mésusage, étude qualitative

DESCRIPTEURS : QS41 médecin de famille ; A01 douleur générale/de sites multiples ; A29 autre symptôme ou plainte générale ; QD325 comportement de prescription ; A85 effet secondaire d'une substance médicinale ; QC41 dépendant de médicament sous prescription ; P18 usage abusif de médicament ; QR31 étude qualitative

1. ABREVIATIONS

AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
CBIP	Centre belge d'information pharmacothérapeutique
Co	Comprimé
DCNC	Douleur chronique non cancéreuse
EBM	Evidence-based medicine
EEE	Espace économique européen
Gél	Gélule
GPC	Guide de pratique clinique
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IM	Intramusculaire
IV	Intraveineux
LI	Forme à libération immédiate
LP	Forme à libération prolongée
MG	Médecin généraliste
ML	Métaboliseurs lents
MUR	Métaboliseurs ultrarapides
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI
SNC	Système nerveux central
SSM-J	Société scientifique de médecine générales-Jeunes
TFE	Travail de fin d'études

2. INTRODUCTION

La douleur et sa prise en charge font partie intégrante du métier de soignant. Pour gérer la douleur, le médecin dispose d'un large arsenal thérapeutique au sein duquel les opioïdes occupent une place importante. Ceux-ci sont dotés de nombreux effets indésirables dont un risque de dépendance comme le démontre l'actuelle crise sanitaire étatsunienne.

Parmi les opioïdes, le tramadol attire l'attention. Antalgique opioïde dit « faible », il est mondialement prescrit pour soulager des douleurs modérées à sévères.

Son mode d'action analgésique est atypique, combinant un effet opioïde et monoaminergique.

Son utilisation n'est pas sans risque car elle expose le patient à de nombreux effets indésirables et au mésusage¹. Ainsi, le tramadol est actuellement sous la surveillance de l'OMS suite aux ravages qu'il cause dans plusieurs régions d'Afrique et du Moyen-Orient où il est utilisé comme drogue (1). En France, le tramadol est l'opioïde le plus consommé. Des enquêtes d'addictovigilance récentes mettent en évidence un mésusage croissant du tramadol dans l'Hexagone. Elles ont d'ailleurs mené en avril 2020 à une réduction de la durée de sa prescription de 12 à 3 mois (2). En mars 2020, la revue *Prescrire* met en garde contre un éventuel surrisque de mortalité (comparé aux AINS) chez des patients exposés au tramadol (3).

Outre les questionnements qu'il suscite internationalement, j'ai personnellement été interpellée par le tramadol depuis le début de mon assistantat en médecine générale. Jeune médecin, j'appréhendais la prescription de cet antalgique cousin de la morphine dont je connaissais les risques. Je m'étonnais de sa consommation chronique par certains patients et de sa banalisation lors de demandes de renouvellement. Pourtant, quelques mois plus tard, au cours de mon assistantat dans un service d'urgences, je me suis retrouvée à prescrire davantage de tramadol. Je cherchais à soulager efficacement mon patient selon des protocoles préétablis, malgré ma méconnaissance du patient et l'absence de suivi clinique.

Sur base de l'actualité et de mon expérience professionnelle naissante, le tramadol a donc semblé être une thématique intéressante à développer dans le cadre de ce travail de fin d'études en médecine générale.

¹ Définition de **mésusage** : comportement d'utilisation inappropriée du médicament antalgique, en dehors des conditions de son autorisation de mise sur le marché. Ce comportement peut exister seul, être régulier ou épisodique, et évoluer vers une addiction en cas de mésusage prolongé (29).

La première partie de ce travail s'intéresse à la molécule en elle-même ainsi qu'à l'état de sa prescription en Belgique.

La deuxième partie cherche à comprendre l'expérience des médecins généralistes avec le tramadol, par le biais d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

La troisième et dernière partie discute les résultats obtenus. Elle cherche à décrypter la complexité de la prescription de tramadol et à questionner sa place dans l'arsenal antalgique des généralistes. Finalement, elle propose des recommandations dans une visée d'amélioration de la qualité des soins.

3. METHODOLOGIE

Dans le cadre de ce travail, une revue de la littérature a été réalisée. Ensuite, il a été choisi de mener une étude qualitative dont le déroulement est succinctement décrit ci-dessous.

3.1. Revue de la littérature

Pour comprendre **les caractéristiques de la molécule de tramadol et son utilisation**, une revue de la littérature a été menée.

Elle se base sur les guides de pratique clinique (GPC) de la plateforme belge EBpracticeNet, les revues systématiques accessibles via la bibliothèque Cochrane et le moteur de recherche Pubmed, les synopsis de synthèse de la revue Minerva, les études cliniques disponibles sur Pubmed et les articles de la revue Prescrire². Les articles en anglais et français ont été sélectionnés, privilégiant les articles récents (à partir de 2010, excepté pour les articles issus de bibliographies des articles initiaux) qui répondaient à la question de recherche. Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) y a également contribué.

Deux rapports récents du Comité OMS d'experts des drogues engendrant la dépendance ont été consultés pour évaluer les enjeux internationaux du tramadol.

Pour apprécier **l'état de la prescription de tramadol en Belgique**, les données de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) disponibles au grand public ont été consultées. L'INAMI et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) ont été contactés afin d'obtenir des données complémentaires.

3.2. Étude

3.2.1. Choix méthodologique

A travers la revue de la littérature, il est apparu que malgré ses nombreuses indications, le tramadol présente des effets indésirables et un risque de mésusage non négligeables. En Belgique, sa prescription est en constante augmentation et ses principaux prescripteurs sont les généralistes. Pourtant, seule une minorité des études sur le tramadol concerne la médecine générale et de surcroît dans des situations très spécifiques. J'ai fait le choix d'une **étude qualitative** afin de comprendre et d'explorer l'expérience des généralistes avec le tramadol. Les résultats de cette étude qualitative pourraient servir dans le futur à concevoir une étude quantitative sur le sujet (4).

² Mot clé/ terme MeSH (Medical Subject Headings) utilisé : "tramadol"; avec et sans filtre « médecin de famille » (QS41) pour Pubmed.

L'étude s'est déroulée par le biais d'**entretiens individuels** qui ont permis de créer un climat de confiance avec le médecin participant et d'exclure toute influence de groupe (4).

Ces entretiens sont dits « **semi-dirigés** » car ils ont été menés avec un guide d'entretien (voir ANNEXE 1), élaboré sur base de la revue de la littérature et d'une discussion avec mon promoteur. L'objectif du guide était d'aborder les différents aspects de la prescription de tramadol par les généralistes. Il a été testé au préalable avec un consœur. L'avantage de ce type d'entretien est sa souplesse, permettant au médecin interrogé d'évoquer spontanément les thèmes prédéfinis mais également d'en aborder de nouveaux, élargissant le champ de recherche. Le guide est évolutif et a été enrichi en cours d'étude par les entretiens menés (4).

3.2.2. Échantillonnage et recrutement

L'étude a inclus des médecins généralistes belges francophones. Elle a exclu les généralistes que je côtoie personnellement ou professionnellement. J'ai volontairement privilégié la variété de profils en termes de sexe, d'âge et de pratique (4) (5).

Entre septembre et novembre 2020, j'ai recruté dix médecins :

- 6 contactés par mail, via la liste des maîtres de stage de l'UCLouvain³.
- 1 contacté par mail, via la Fédération des maisons médicales.
- 1 contacté par mail, sur les recommandations de mon promoteur.
- 2 médecins plus jeunes (≤ 30 ans) contactés par téléphone, sur les recommandations d'un consœur, afin de rééquilibrer l'échantillon sur le plan de l'âge.

En recherche qualitative, la saturation des données est atteinte lorsque le dernier entretien n'apporte plus de nouvelle donnée relative au phénomène étudié. Ce ne fut pas le cas au terme de cette étude. La taille de l'échantillon fut modérée par le temps nécessaire à la collecte des données, à la retranscription des entretiens ainsi qu'à leur analyse (6).

3.2.3. Mode de recueil des données

Les entretiens ont duré en moyenne 48 minutes. Huit entretiens ont été réalisés en vidéoconférence, deux se sont déroulés en personne dans le cabinet du médecin interrogé. Après accord du médecin, les entretiens ont été enregistrés avec un magnétophone. Les enregistrements ont été utilisés exclusivement comme auxiliaires de retranscription et seront détruits après la défense du TFE.

³ J'ai obtenu sur les 175 maîtres de stage contactés aléatoirement par mail : 6 réponses positives, 8 réponses négatives (manque de temps lié à la pandémie SARS-Cov-2) et 161 absences de réponse.

3.2.4. Analyse

L'analyse des données a été réalisée par la méthode de la **théorisation ancrée**. Cette méthode se caractérise par un « ancrage » aux données obtenues par le biais des entretiens. Elle vise à créer de nouvelles théories.

Au terme de chaque entretien, j'ai consigné mes premières impressions « à chaud » dans un carnet de bord servant tout à long de l'étude à recueillir mes réflexions et à mener à bien l'analyse. J'ai transcrit mot à mot les entretiens y compris les informations non-verbales⁴. Chaque entretien a été numéroté suivant l'ordre de réalisation et anonymisé. Sa transcription a été envoyée au médecin interrogé afin qu'il en valide le contenu et ajoute d'éventuels commentaires. Ensuite, l'étiquetage, la catégorisation et la conceptualisation du contenu des dix entretiens ont été réalisés à l'aide du logiciel QDA Miner Lite ® (4) (5).

3.2.5. Comité d'éthique

Sur dossier, les membres du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale ont décidé à l'unanimité que le projet de TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'UCLouvain.

3.3. Conflits d'intérêts

Je n'ai personnellement pas de conflit d'intérêts à déclarer. Mon promoteur, le Docteur Marc Bouniton, est membre du Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé (GRAS).

⁴ Les transcriptions intégrales sont reprises dans un fichier complémentaire à ce travail.

4. Le tramadol

Cette section a pour objectif de rappeler au lecteur les indications de la prescription de tramadol, sa pharmacologie, ses effets indésirables et son administration. Elle étudie également les tendances de sa prescription et de sa consommation en Belgique.

4.1. Indications de prescription

Le tramadol est synthétisé pour la première fois en 1962 par la compagnie pharmaceutique allemande Grünenthal. Il est mis sur le marché allemand en 1977 sous le nom « Tramal ® »⁵. Le tramadol est un antalgique indiqué dans le traitement des douleurs aiguës et chroniques, d'intensité modérée à sévère (1).

Il appartient aux opioïdes dits « faibles », correspondant au deuxième palier de l'échelle analgésique de l'OMS pour le traitement de la douleur cancéreuse. Selon le GPC belge sur la prise en charge de la **douleur cancéreuse** (7), les opioïdes faibles sont à considérer en cas de douleur légère à modérée après échec du paracétamol et des AINS (palier 1). Au sein du palier 2, la codéine et le tramadol peuvent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes. Le choix dépend de la tolérance⁶ de chaque patient. La prescription doit s'accompagner d'un contrôle de la tolérance et de l'efficacité de l'antalgique initié.

Le GPC belge sur la prise en charge de la **douleur chronique** (c'est-à-dire de plus de 3 mois) (à l'exclusion des patients pédiatriques, cancéreux et en soins palliatifs) (8), n'émet pas de recommandation spécifique pour les opioïdes faibles, dont le tramadol. Il cite le guide Canadien de 2012 « *en pratique clinique, les traitements par opioïdes devraient être initiés avec des opioïdes faibles comme le tramadol ou la codéine avant de passer aux opioïdes forts* » (sur base de faibles preuves). De plus, il souligne la similarité d'action pharmacologique des opioïdes faibles et forts. Les opioïdes faibles se caractérisent par une plus faible puissance de liaison aux récepteurs opioïdes μ et leur distinction avec les opioïdes forts tient principalement à une question de dosage. Le guide met en garde contre les effets convulsif, sérotoninergique et hypoglycémique du tramadol.

Le GPC NICE concernant les **douleurs neuropathiques** chez l'adulte (9) propose d'offrir le choix (excepté pour la névralgie du trijumeau) entre l'amitriptyline, la duloxétine, la gabapentine ou la prégabaline. Le tramadol est réservé comme traitement de secours.

⁵ Le RCP du « Contramal 50 mg gélules » mentionne le 28/07/1993 comme date de première AMM en Belgique.

⁶ Sauf indication contraire, le terme tolérance sera utilisé dans ce TFE d'après la définition du Larousse 2021 : propriété que possède l'organisme de supporter des doses d'une substance donnée sans manifester de signes d'intoxication. L'intolérance est son contraire.

Hors autorisation de mise sur le marché, le tramadol peut être envisagé à une dose de 25-50 mg dans un contexte d'**éjaculation précoce** résistant aux traitements alternatifs (10).

4.2. Points d'intérêt pharmacologiques

4.2.1. Propriétés pharmacocinétiques

Tableau 1: Propriétés pharmacocinétiques (11) (12)

Biodisponibilité	70% Rem. 100% après prises multiples, par saturation du premier passage hépatique.
Pic de concentration plasmatique	Obtenu après 1-2h (forme orale à LI), 3h (rectale) et 45min (IM) Rem. La forme à LP a un pic de concentration plus faible (environ moitié moindre, obtenu après 4 à 6 heures) et une concentration plasmatique moins fluctuante.
Demi-vie d'élimination plasmatique	6h (tramadol), 8h (M1) Rem. Prolongation en cas d'insuffisance hépatique ou rénale
Volume de distribution	~ 3L/kg de poids corporel (après une dose de 100 mg IV)
Taux de liaison protéique	20%
Concentration efficace	0,1-0,3 mg/L
Élimination	90% dans les urines (30% forme inchangée, 60% métabolites) 10% dans les selles

4.2.2. Propriétés pharmacodynamiques

Le tramadol est un mélange racémique de deux énantiomères : le (+)-tramadol et le (-)-tramadol. Il est largement **métabolisé au niveau hépatique**, 23 métabolites auraient été identifiés. Il est transformé par le CYP2D6 en son principal métabolite, l'O-desmethytramadol (M1), lui-même transformé par le CYP2B6 et CYP3A4 en M5. Le tramadol est aussi transformé par le CYP2B6 et CYP3A4 en M2, inactif mais partiellement transformé par le CYP2D6 en M5 (12).

Il se distingue par un **mode d'action analgésique multimodal**. D'une part, il inhibe la recapture de la sérotonine (principalement via (+)-tramadol) et de la noradrénaline (principalement via (-)-tramadol) comme la venlafaxine et la duloxétine. D'autre part, il agit comme agoniste pur du récepteur opioïde μ (principalement via M1 et M5, également via (+)-tramadol) (12). Une étude démontre que la naloxone n'antagonise que 30% de l'effet antalgique du tramadol, ce qui met en évidence l'implication des mécanismes non opioïdes (13).

Par son métabolisme, le tramadol est à risque de nombreuses **interactions** médicamenteuses !

Le rapport de **puissance antalgique** entre la morphine parentérale et le tramadol parentéral est généralement considéré comme étant de $\frac{1}{10}$ (11) (14). Le tramadol a une meilleure biodisponibilité orale que la morphine. Le rapport de puissance antalgique entre la morphine orale et le tramadol oral serait suivant les sources de $\frac{1}{4}$ (15), $\frac{1}{5}$ (11) à $\frac{1}{10}$ (16). Le tramadol est pratiquement équipotent à la codéine (11) (16).

Sa métabolisation fait intervenir le CYP2D6 pour lequel il existe un **polymorphisme génétique** individuel et interethnique, créant quatre groupes de métaboliseurs : les lents, les intermédiaires, les bons et les ultrarapides. Les métaboliseurs ultrarapides (MUR) ont un métabolisme accéléré comparativement aux métaboliseurs lents (ML) dont le métabolisme est déficient. Pour une même dose de tramadol, les MUR vont produire plus rapidement M1 et présenter une réponse opioïde plus forte (voire un surdosage) que les ML qui pourront ne ressentir qu'un faible effet antalgique (12). La prévalence des MUR est de 3,6 à 6,5% dans la population caucasienne (versus 29% dans la population africaine/éthiopienne). La prévalence des ML est de 7% dans la population caucasienne (14).

4.3. Effets indésirables

Le tramadol expose à des effets indésirables communs aux **opioïdes**, les plus fréquents étant : vertiges, céphalées, somnolence, nausées, constipation, sécheresse buccale, vomissements, sueurs et fatigue (3) (17).

Le tramadol expose à la survenue de **troubles liés à l'utilisation d'opioïdes**.⁷ Il est de plus en plus évident que le développement d'une dépendance physique au tramadol est lié à la dose. L'administration de doses supra-thérapeutiques entraînerait un profil de dépendance similaire à celui de la morphine (1). En cas d'arrêt brusque, des symptômes de sevrage peuvent apparaître, de type opioïde mais aussi de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (12). Le tramadol agit sur le système de la récompense et présente un risque d'abus, considéré comme plus faible que celui de la morphine. Lors d'une administration parentérale, la production de M1 est diminuée par l'évitement du premier passage hépatique. Par conséquent, l'effet opioïde est modéré réduisant le risque d'abus (1).

Il expose par son action **sérotoninergique** à des syndromes sérotoninergiques lorsqu'il est utilisé seul à fortes doses ou associé à d'autres médicaments sérotoninergiques. Ce syndrome se caractérise par la triade associant une excitation neuromusculaire, un dysfonctionnement du système autonome ainsi qu'une altération des facultés mentales (18).

7 Définition de « **trouble lié à l'usage de substances** » (DSM-V,2013) : présence d'au moins 2 des critères suivants, à un moment quelconque sur une période de 12 mois : tolérance, signes de sevrage, incapacité à respecter les limites de prise (dose et temps), difficultés d'arrêt ou de diminution, aspect envahissant de la consommation, impact social des consommations, incapacité à arrêter ou à réduire en dépit de conséquences médicales, consommation régulière entraînant une incapacité à assumer ses obligations professionnelles, consommation régulière entraînant des comportements de mise en danger et craving (29).

Dans ce contexte, la **tolérance** réfère à la réduction progressive d'efficacité antalgique à dose constante et/ou la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré (29).

Le tramadol expose à des effets indésirables **noradrénergiques** tels que : tachycardie et hypertension artérielle (3).

Les **autres** effets indésirables décrits sont : hypoglycémie, hyponatrémie, abaissement du seuil épiléptogène, allongement de l'espace QT et augmentation de l'INR (3).

4.4. Mode d'administration et posologie

En Belgique, le tramadol est disponible sous forme orale à libération immédiate (LI) (gélules, comprimés, comprimés orodispersibles, gouttes ; à administrer toutes les 4 à 6h) et à libération prolongée (LP) (gélules, comprimés ; à administrer toutes les 12 à 24h). Il est également disponible en solution pour injection intravasculaire, intramusculaire et sous-cutanée ou pour perfusion. Dans notre pays, la forme rectale n'existe plus depuis 2018 (16).

La dose doit être adaptée à l'intensité de la douleur et à la sensibilité individuelle de chaque patient. Une dose quotidienne totale de maximum 400 mg ne devrait pas être dépassée. La forme orale à LP produit un plus faible pic plasmatique de tramadol et M1 que la forme à LI. Il s'ensuit un meilleur profil de tolérance, d'abus et de dépendance. Dans cette optique, il est conseillé de titrer la dose de tramadol oral à LI sur une dizaine de jours avant de switcher vers la forme à LP (11).

Le tramadol est disponible en association avec le paracétamol et le dexkétoprofène. Selon le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), ces associations fixes sont à éviter parce qu'elles rendent la titration du tramadol difficile et parce que les temps de demi-vie des deux molécules sont fort différents. De plus, si un AINS est indiqué, le dexkétoprofène n'est pas un premier choix (16).

4.5. Populations particulières

4.5.1. Femmes enceintes et allaitantes

Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) (19), l'utilisation du tramadol est possible quel que soit le terme de la grossesse bien qu'il traverse la barrière placentaire. Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, il existe un risque de sevrage néonatal aux opiacés⁸, y compris aux doses thérapeutiques. Durant le post-partum immédiat (J1 à J4), le passage dans le lait de tramadol (et de M1) est faible, rendant son utilisation possible chez la femme allaitante. Au-delà, vu l'absence de dosage dans le lait et de suivi d'enfants allaités, un autre antalgique sera utilisé par prudence. Si un opioïde faible s'avère nécessaire, un traitement par tramadol peut être envisagé en cours d'allaitement à condition qu'il soit bref (3 jours maximum) et à la posologie minimale

⁸ Les signes d'un sevrage néonatal aux opiacés sont : irritabilité, trémulations, cri aigu et hypertonie (19).

efficace. La revue *Prescrire* conseille la morphine, quel que soit le terme de la grossesse, quand le paracétamol ne suffit pas (20).

4.5.2. Enfants

En Belgique, le tramadol peut être prescrit à partir de l'âge d'1 an (1-2 mg/kg de poids corporel, 3 à 4 fois par jour (400 mg/j maximum)) (17). La revue *Prescrire* souligne que le paracétamol et les AINS sont les antalgiques les mieux étudiés en pédiatrie et qu'il n'est pas démontré qu'un opioïde faible soit moins risqué qu'une utilisation prudente de morphine à dose minimale efficace (20).

4.5.3. Patients âgés

En absence d'insuffisance hépatique ou rénale, le RCP ne conseille pas d'adaptation posologique jusqu'à 75 ans. Au-delà, l'élimination pourrait être ralentie et l'intervalle thérapeutique pourrait être rallongé en fonction des besoins du patient (14).

4.6. Le tramadol en Belgique

Ce tour d'horizon du tramadol s'achève par une analyse de la situation belge concernant l'évolution de sa prescription, ses principaux prescripteurs et ses effets indésirables déclarés.

4.6.1. Évolution de la prescription de tramadol en Belgique

L'INAMI s'est intéressé en 2018 à l'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique. Son service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a étudié à cette occasion l'évolution de la prescription des opioïdes en Belgique (21). Depuis 2006, l'INAMI collecte les données de tarification des médicaments remboursés par l'assurance-maladie et délivrés par les pharmacies publiques. En 2017, cinq opioïdes (tramadol, tilidine, oxycodone, fentanyl en patchs et piritramide) représentaient 80 % de tous les opioïdes remboursés consommés.

Le SECM a étudié l'évolution de ces cinq opioïdes entre 2006 et 2017 et décrit sur cette période :

- Une augmentation de 88% des **patients** ayant consommé au moins un de ces cinq opioïdes (+100% pour le tramadol). En 2017, plus d'un million de patients consommait du tramadol.
- Une augmentation de 82% de la **quantité** totale consommée de ces cinq opioïdes (en DDD⁹) (+114% pour le tramadol). En 2017, 43,9 millions de DDD de tramadol ont été consommées (soit 55% de la consommation totale des cinq opioïdes étudiés).
- Une augmentation de 27% du **coût** total du remboursement par l'INAMI de ces cinq opioïdes (+41% pour le tramadol).

⁹ La « defined daily dose » (DDD) est la dose journalière d'entretien moyenne définie par l'OMS de ce médicament, lorsqu'il est utilisé chez l'adulte dans son indication principale. La DDD du tramadol est de 300 mg. Le tramadol 37,5 mg /paracétamol 325 mg étant une association médicamenteuse, sa DDD est calculée en considérant ses composantes, elle est de 4 doses unitaires (= 4 comprimés) (30).

Le SECM a spécialement étudié les assurés ayant une consommation « **élevée et chronique** » de ces opioïdes, c'est-à-dire plus de 365 DDD par année. Ils sont en effet plus susceptibles de ressentir la dépendance physique et psychique ainsi que l'hyperalgie induite par les opioïdes. En 2017, 3% des assurés correspondaient à ce critère concernant les cinq opioïdes précités (2% pour le tramadol), soit une augmentation de 29% entre 2010 et 2017. La moitié de ceux-ci avait entre 50 et 69 ans, presque un quart avait moins de 50 ans. Ces derniers, vu le risque de dépendance, risquent d'accroître leur consommation au fil du temps.

En ce qui concerne le tramadol entre janvier 2016 et juin 2017, 61% de l'ensemble des DDD concernent la **forme à LI** et 39% la **forme à LP**. Les gros consommateurs (>365 DDD/an) consomment 40% de forme à LI et 60% de forme à LP. Les très gros consommateurs (>730 DDD/an) consomment 54% de forme à LI et 46% de forme à LP. Le SECM constate une hausse de la proportion des formes à libération immédiate chez les très gros consommateurs.

Le rapport examine également le **shopping médical**. Ce dernier correspond à la multiplication, par un même patient, de visites chez des médecins/pharmaciens différents. Il peut indiquer un mésusage s'agissant d'une prescription d'opioïde. Il est rendu possible en Belgique car les médecins ne disposent pas du profil de médicaments délivrés à leur patient. De leur côté, les pharmaciens n'ont accès au dossier pharmaceutique partagé que sur accord du patient.

Selon le SECM, un individu est considéré comme faisant du shopping de médecin si le principal prescripteur a prescrit moins de 70% du nombre total de DDD pour l'opioïde, en une année civile. En 2017, 28% des assurés ayant consommé au moins 30 DDD sont décrits comme faisant du shopping de médecin pour un des cinq opioïdes étudiés¹⁰. Le tramadol est l'opioïde le plus touché par le phénomène de shopping médical !

4.6.2. Principaux prescripteurs de tramadol en Belgique

En Belgique, le tramadol est soumis à prescription. Selon les données Pharmanet¹¹ obtenues dans le cadre d'une convention avec l'INAMI (juin 2020, voir ANNEXE 2) :

Concernant le *tramadol* : les généralistes sont les principaux prescripteurs (82%), suivis par les spécialistes en orthopédie (3,6%), en chirurgie (1,5%), en anesthésiologie (1,4%) et médecine aiguë (1,4%) (voir ANNEXE 3, figure 1).

¹⁰ Avec un biais probable pour les pratiques de groupe puisque le SECM se base sur les numéros INAMI individuels.

¹¹ Pharmanet est une banque de données sur les prestations pharmaceutiques effectuées par les pharmacies publiques et remboursées par l'assurance soins de santé obligatoire (31).

Concernant *l'association tramadol/paracétamol* : les généralistes sont les principaux prescripteurs (87,6%), suivis par les spécialistes en orthopédie (2,9%), en rhumatologie (1,8%), en médecine physique (1,5%) et en anesthésiologie (1%) (voir ANNEXE 3, figure 2).

Ces données n'ont pas été pondérées en fonction du nombre de médecins par spécialisation.

4.6.3. Effets indésirables déclarés

Les effets indésirables suspectés d'être liés au tramadol sont disponibles en consultant la « *base de données européenne des rapports d'effets indésirables susceptibles d'être liés à l'utilisation de médicaments* »¹² de l'Agence européenne des médicaments (22). Dans le cadre de cette étude, je l'ai consultée sur les conseils de l'AFMPS contactée en octobre 2020.

En date du 27 mars 2021, la base de données EudraVigilance (créée en 2001) compte 28 473 cas individuels d'effets indésirables suspectés pour le tramadol. En moyenne 287 cas ont été reçus par mois au cours de l'année écoulée.

79,7% des cas ont été rapportés par des professionnels de la santé et 19,7% par des non professionnels (non spécifié pour 0,6%).

57,6% des cas sont issus de l'Espace économique européen (EEE) et 42,3% hors EEE. En Belgique, au total 600 cas individuels ont été identifiés (soit 3,7% du total des cas identifiés dans l'EEE). Comparativement, en France (en tête de peloton) 6278 cas ont été identifiés.

Les cas concernent 56,9% de femmes et 38,5% d'hommes (non spécifié pour 4,6%). 50,4% des cas touchent les 18-64 ans et 22,3% les 65-85 ans (non spécifié pour 17,8%).

Les effets concernent principalement des « *affections du système nerveux* » et des « *affections psychiatriques* ». Ensuite, ils concernent des « *troubles généraux et anomalies au site d'administration* », des « *affections gastro-intestinales* » et des « *lésions, intoxications et complications d'interventions* »

¹² De nombreuses précautions d'interprétation et d'utilisation de ces données sont disponibles sur le site d'EudraVigilance. Il est à noter, entre autres, que ces données concernent des suspicions d'associations entre le tramadol et des effets, basées sur les observations de déclarants. Elles ne reflètent aucune confirmation d'un lien potentiel entre le tramadol et les effets observés.

5. RESULTATS

Les résultats de cette étude qualitative sont organisés en six sections. La première section décrit les caractéristiques des médecins recrutés. La deuxième section explique l'utilité de la prescription de tramadol. La troisième section développe les difficultés rencontrées dans la prescription. Les difficultés spécifiques à la douleur chronique sont développées dans la quatrième section. La cinquième section décrit la prescription de tramadol en pratique. Pour finir, la sixième section aborde des facteurs complémentaires influençant la prescription de tramadol. Le lecteur désireux d'avoir une vue d'ensemble des résultats est invité à consulter l'ANNEXE 4.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins recrutés

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins recrutés

	Genre	Age (ans)	Expérience (ans)	Province	Milieu	Type de pratique	Maître de stage	Activités complémentaires
1	Masculin	72	47	Charleroi	Urbain	Maison médicale	Non	Enseignement universitaire, milieu associatif contre la précarité
2	Féminin	40	15	Luxembourg	Rural	Association	Oui	Accompagnement de la toxicomanie, milieu associatif contre la précarité
3	Féminin	63	38	Bruxelles	Urbain	Solo	Oui	Médecine du sport, médecine tropicale, nutrition
4	Féminin	62	37	Bruxelles	Urbain	Maison médicale	Oui	Planning familial, accompagnement de la toxicomanie, soins palliatifs, animation de formation médicale continue
5	Féminin	58	32	Charleroi	Urbain	Maison médicale	Oui	Santé publique, ONE
6	Masculin	60	32	Luxembourg	Rural	Solo et association	Oui	Médecine du sport, rédaction d'une revue médicale
7	Masculin	62	37	Liège	Rural	Association	Oui	/
8	Féminin	28	2	Namur	Urbain	Association	Non	ONE, planning familial, laboratoire
9	Masculin	30	4	Charleroi	Urbain	Maison médicale	Non	Accompagnement de la toxicomanie, TFE sur les opioïdes faibles au long cours
10	Féminin	28	3	Namur	Rural	Solo	Non	Accompagnement de la toxicomanie, planning familial, soins palliatifs

5.2. Utilité de la prescription

Les médecins interrogés décrivent le tramadol comme utile pour soulager une douleur importante, aiguë et parfois chronique. L'origine de cette douleur est multiple, principalement musculo-squelettique. Il est également prescrit dans le cadre de douleurs neuropathiques ou dans un contexte de soins palliatifs. Les céphalées et la fibromyalgie ne font pas l'unanimité. Le tramadol est utilisé par un médecin en off-label dans l'éjaculation précoce.

« Moi je pense que c'est un bon produit s'il est bien indiqué. » (MG2)

« Mais quand il est supporté (...) il sauve quand même pas mal de gens qui ont des douleurs abominables. » ; « Oui, en tout cas je trouve que c'est un très bon médicament. (...) » (MG3)

« (...) Je dirais, oui, 75% de douleur aiguë, 25% de douleur chronique. (...) » (MG6)

« (...) c'est souvent des douleurs...les traumatismes etc. (...) Tout ce qui est palliatif quand même, je trouve que ça marche quand même bien ! (...) J'ai une fois prescrit aussi pour un garçon qui avait des problèmes d'éjaculation précoce. (...) » ; (...) je pense quand même en aigu que c'est une bonne façon de traiter une douleur aiguë ! (...) » (MG 9)

5.3. Difficultés de la prescription

Bien que le tramadol soit considéré comme utile, les généralistes se confrontent simultanément à de nombreuses considérations compliquant sa prescription.

5.3.1. Effets indésirables avérés

Les médecins évoquent unanimement l'existence d'effets indésirables, de fréquence variable, principalement de nature digestive et neurologique. Ils décrivent sur le plan digestif : des nausées, des vomissements et de la constipation ; et sur le plan neurologique : des vertiges, de la somnolence et de la confusion. Sur le plan sexuel, un médecin souligne une diminution de la libido.

Les effets indésirables peuvent être immédiats et occasionnellement mener à l'arrêt du traitement. Ils peuvent également être tardifs, compliquant l'établissement du lien de causalité avec le tramadol. Ils sont mis en évidence par le patient et/ou par le médecin.

« Dernièrement il y a une patiente qui est venue me dire "Docteur ça ne va pas, je veux faire des tests pour ma mémoire parce que je me trompe en voiture". Et je me suis rendu compte qu'elle était sous...sous Contramal, que c'est arrivé après la prescription de tramadol. » (MG7)

Ces effets indésirables sont toutefois à relativiser. Ils sont parfois vus comme bénéfiques ou préférables à la douleur.

« Mais en leur disant que si on, je dois les mettre au repos pour un mal de dos, qu'ils somnoient un peu, c'est pas plus mal. » (MG6)

« Ou (...) il faut qu'il y ait une douleur telle qu'ils préfèrent vomir que d'avoir mal. » (MG9)

5.3.2. Troubles liés à l'utilisation du tramadol et mésusage

Les médecins sont conscients des risques d'abus, de dépendance et de mésusage liés à la prise de tramadol.

« (...) Et c'est vrai que le tramadol est une substance qu'on retrouve quand même de temps en temps chez les toxicomanes. (...) » (MG1)

« (...) je connais le danger du côté addictif et du fait qu'on peut vite basculer vers un...un côté où on en a besoin et où les patients ont du mal à s'en débarrasser. » (MG10)

5.3.3. Efficacité et tolérance variables et imprévisibles

L'effet du tramadol est variable d'un patient à l'autre et est imprévisible par le médecin qui l'initie. Il se situe sur un spectre de réponse allant d'une inefficacité antalgique jusqu'à des effets indésirables importants. Tous les médecins soulignent la variabilité d'efficacité et de tolérance du tramadol mais seuls certains médecins la relient à une variabilité de métabolisation hépatique.

« (...) il y a quand même des problèmes de métabolisme très différent d'une personne à l'autre. » (MG5)

« (...) Mais il y a aussi des patients non-répondants. Dans mon expérience il y a des patients chez qui cette molécule n'agit pas vraiment. (...) » ; « (...) dans mes dossiers il y a quand même (...) beaucoup d'intolérance à ce médicament-là ! (...) » (MG7)

« C'est qu'en fait, on ne sait pas ce qu'on prescrit ! (...) je ne dirais pas que c'est la loterie mais que si on le prescrit à dix personnes en effet il y en a une ou deux qui vont dire "qu'est-ce que c'est que cette merde ?" et d'autres qui vont dire "non ça ne m'a rien fait" ! » ; « (...) c'est ce qui fait la sensibilité individuelle c'est qu'on n'est pas tous égaux, devant ce fameux cytochrome P450 etc. » (MG9)

Conscient de cette variabilité, il arrive à un médecin de prescrire de faibles doses de morphine à la place du tramadol.

« Prescrire (...) ce qu'ils recommandent pour éviter justement le premier passage hépatique bah c'est de prescrire de la morphine à toute petite dose en fait. (...) » ; Après il faut l'assumer (...) les gens sont plus attachés à avoir des noms commerciaux, un peu funs comme le tramadol, Oxynorm. Ça ne leur dit pas "vous prenez des opioïdes forts, cousins de l'héroïne". » (MG9)

5.3.4. Place mal définie dans l'arsenal thérapeutique

Les médecins interrogés prescrivent suivant l'échelle analgésique de l'OMS. Le tramadol fait partie du palier 2, celui des morphiniques « faibles » / « peu puissants ».

Ils le prescrivent quand le palier 1 (paracétamol et AINS) est insuffisant, éventuellement en association avec ce dernier. Les médecins se disent fréquemment confrontés au palier 2 dans la mesure où le palier 1 est partiellement en vente libre et souvent pris par le patient de sa propre initiative. La prescription de tramadol semble intimement liée à celle des AINS. Bien que ceux-ci aient l'avantage de jouer sur la cause inflammatoire de la douleur, leurs contre-indications à court et à long termes en limitent la prescription au profit du tramadol. Même s'ils tentent de l'éviter, les médecins craignent moins la prescription chronique de tramadol que d'AINS.

Au sein du palier 2, le choix des médecins est limité. Le tramadol fait office de pis-aller, considéré comme moins addictif que la codéine ou que l'association tilidine/naloxone par certains médecins.

Par rapport au palier 3, le tramadol est dans un entre-deux. Sa prescription est favorisée car il apparaît comme moins dangereux et moins addictif que les morphiniques puissants du palier 3, jusqu'à en oublier sa nature opioïde. Cependant, vu ses effets indésirables et les cas de dépendance

rencontrés en pratique, l'appartenance du tramadol au palier 2 semble faussement rassurante et c'est l'utilité même du palier 2 qui est remise en question. La distinction entre morphinique « faible » et « puissant » doit être relativisée car elle dépend de la dose. Un morphinique faible comme le tramadol peut être à haute dose plus puissant que la morphine, d'où l'intérêt des tables d'équianalgésie.

« (...) le fait qu'il soit classé comme palier 2, on se dit "bah voilà, on est un peu entre deux, je ne prescris pas de la morphine mais je prescris quand même quelque chose d'un peu plus puissant que le paracétamol". Donc peut-être que dans notre esprit il est moins dangereux qu'un Oxycontin ou quelque chose comme ça quoi ! » (MG10)

« (...) Parce que j'oublie le fait que c'est un opioïde en fait ! Oui, oui, oui ! Je pense que je ne me rends pas toujours bien compte que c'est une drogue. (...) » (MG2)

« Le terme "faible" est mal choisi parce qu'en fait on devrait dire "opioïde fort ou faiblement dosé" si on voulait avoir... (hésitations) une dénomination correcte ! » ; « (...) C'est comme les gens qui disent quand on leur demande s'ils boivent de l'alcool ils disent "non je bois juste de la bière", beh c'est la même chose (rires) ! » (MG9)

L'association tramadol/paracétamol est vue par certains médecins comme un intermédiaire entre le paracétamol et le tramadol vu la faible dose de tramadol. Mais elle banalise la prise de tramadol par le patient qui ignore sa nature opioïde. Elle complique l'adaptation des doses de chacun de ses composants.

5.4. Difficultés spécifiques de la prescription chronique

5.4.1. Complexité de la prescription chronique

La prescription chronique de tramadol est une difficulté majeure relevée par les généralistes.

Tout d'abord parce qu'elle a trait à la complexité de la douleur chronique et à ses déterminants biopsychosociaux.

« Je trouve que les gens qui le prennent de manière chronique il y a jamais que de la douleur quoi. Parce que de toute façon la douleur après 6 mois c'est plus jamais que de la douleur, il y a un contexte psychosocial, (...) la douleur aiguë et la douleur chronique ce n'est pas la même chose (...) il y a toujours un truc derrière en fait ! » (MG9)

Ensuite parce qu'elle est intimement liée aux troubles liés à l'utilisation du tramadol en tant qu'opioïde, tels que la tolérance et le syndrome de sevrage, ainsi qu'au mésusage.

« (...) il y a une habitude du système nerveux, et une diminution du seuil de la douleur qui fait qu'on doit passer à un palier 3 (...) » (MG7)

« (...) elle était en manque en fait. (...) Et je lui ai fait, je ne savais pas quoi faire, mais je lui ai fait une morphine en sous-cutané. Donc en fait ça ne remplace quand même que 50 mg de tramadol, c'est pas énorme. Mais elle a 300 mg je crois par jour. (...) » (MG2)

« (...) des gens qui disaient “Oh mais moi j'ai mal que quand je vais travailler”, “J'en prends que quand je travaille de nuit”. Enfin, tu comprends qu'ils prennent ça...comme une drogue quoi. (...) » (MG9)

5.4.2. Causes de la prescription chronique

Bien que la prescription chronique de tramadol soit difficile à gérer, elle est rencontrée en pratique par tous les médecins interrogés. Au cours des entretiens, ces derniers ont évoqué cinq causes à la chronicisation du tramadol :

1- Chronicisation justifiée par le médecin

Dans certaines situations, les médecins justifient médicalement la prescription chronique de tramadol.

« (...) Oui, j'ai des patients qui en ont besoin de façon chronique mais qui ont des raisons on va dire, médicales, d'en avoir besoin. (...) je n'ai pas (...) trop de situations d'abus, des gens chez qui il fallait juste faire un traitement court et puis qui auraient continué dans mon dos. » (MG8)

Certains médecins acceptent la prise chronique de tramadol et la dépendance psychologique qu'elle crée au profit d'une meilleure qualité de vie pour le patient.

« (...) Maintenant je crois qu'on minimise quand même. En même temps, à un moment donné, avec l'âge, est-ce qu'on n'a pas le droit de devenir un peu dépendant à quelque chose qui nous fait du bien ? Si ça nous permet d'être plus ou moins mobiles, actifs et heureux ? » (MG2)

« Oui, c'est surtout la question de se sentir finalement bien dans la vie avec des moyens qui sont les moins toxiques possibles. Finalement, il n'y a pas que ça. Je veux dire il y a l'alcool, y'a la cigarette, il y a plein d'autres choses. Bon le tramadol, si c'est pour le prendre de façon assez correcte, pour se sentir bien et pouvoir continuer à fonctionner au mieux dans la vie, pourquoi pas ? » (MG3)

2- Choix de la facilité pour le médecin

Pour les médecins généralistes, prescrire du tramadol est moins chronophage et énergivore que l'exploration des différents aspects de la douleur chronique.

« Mais je pense que c'est juste...c'est toujours plus facile et ça prend moins de temps de prescrire un antidouleur que d'essayer de comprendre pourquoi on a mal ou d'essayer de dire “Ah ça va à la maison ? Et le travail ? Et la pression ? Et les enfants ?”. Enfin quand il faut commencer...la prise en charge de la douleur chronique c'est super compliqué quoi ! » (MG9)

« (...) C'est beaucoup plus facile évidemment et moins énergivore de prendre dix minutes pour renouveler une boîte de tramadol que de leur dire “vous savez il y a peut-être d'autres choses aussi ! Je ne suis pas contre represcrire votre médicament mais voilà il y a peut-être d'autres choses aussi à explorer pour vous aider quoi !”. » (MG10)

3- Résignation du médecin à défaut d'alternative

Dans certaines situations de douleur chronique, le médecin manque de traitement causal à la douleur et d'alternatives antalgiques au tramadol à proposer à son patient. Il se résout à prescrire.

« Moi je n'aime pas les antidouleurs puisque ce ne sont pas des médicaments qui agissent sur la cause. (...) Donc moi je n'aime pas les traitements chroniques (rires) avec les antidouleurs ! On est quand même forcé et contraint dans certaines pathologies... » (MG7)

« Voilà, c'est parce qu'on a déjà tout fait ou parce qu'on a un diagnostic de fibromyalgie ou une, une pathologie pour laquelle il y a peu de possibilités thérapeutiques. » (MG6)

« Dans les douleurs chroniques, chez les patients fibromyalgiques et les lombalgiques je me bats terriblement pour donner les plus petites doses, pour leur expliquer les limites des antidouleurs mais je le prescris quand même car on n'a pas toujours beaucoup d'autres solutions. » (MG4)

4- Refus d'alternative par le patient

Le médecin est désespéré quand le patient souffrant de douleur chronique met en échec toutes les propositions d'alternatives pour se « complaire » dans la prise chronique de tramadol. Arrêter une prescription chronique de tramadol s'apparente à une bataille !

« (...) C'est un peu le côté désespérant de la médecine générale parfois, ces patients chroniques mais (soufflement) ingérables. (...) On n'y arrive pas (hésitations) “Allez il faut bouger !” “Rho Docteur vous ne pouvez pas savoir, je suis fatiguée, je...Bouger ? Non, je ne saurais pas !” (...) » (MG6)

« (...) Donc ils ont une douleur chronique, ils ont plutôt envie de vivre avec leur douleur chronique et qu'on leur foute la paix. Et ils se sont installés dans la prise de Contramal en gouttes et ils n'ont envie que de ça quoi ! Et ils ne veulent pas faire des démarches pour sortir de cela ! » (MG6)

« J'essaie de dire “on va quand même essayer tout doucement de laisser ce médicament de côté.” “Mais non docteur, j'ai très mal, j'ai très mal, j'ai très mal !”. (...) C'est impossible d'arrêter les antidouleurs chez ce patient. Il a un patch de Fentanyl en plus. Je pense que c'est trop mais...voilà ! (...) ces gens-là, moi je ne sais pas arrêter. » (MG4)

5- Difficultés de refuser une prescription à un patient demandeur

Refuser de prescrire du tramadol à un patient demandeur est compliqué pour les médecins, quand bien même la demande leur semble inappropriée. Ils sont tiraillés entre le devoir d'éviter le mésusage médicamenteux, le devoir de soutenir leur patient et le désir d'être valorisés par ce dernier.

« Je sais qu'il y a des gens qui sont accros aux médicaments, ça je le sais ! Et c'est difficile de les faire arrêter et ce n'est pas toujours facile non plus de leur dire “là, j'arrête, je ne vous prescris plus votre médicament”. » (MG10)

« C'est la difficulté, particulièrement pour des jeunes médecins, c'est de dire non. Parce qu'on est là comme allié du patient pour répondre à sa demande et pour lui faire plaisir. Puis on a envie d'être reconnu, et on a besoin de ce réapprovisionnement narcissique du patient qui est content et qui vous dit “vous êtes un bon

docteur”. On viendra vous dire ça chaque fois : “vous êtes un bon docteur” et puis hop, la phrase suivante c'est “vous allez me prescrire mon ordonnance de tramadol”. Et donc ça peut être extrêmement difficile pour le soignant et frustrant pour le patient de refuser une prescription. (...) » (MG1)

Cependant, certains médecins ne semblent pas présenter cette difficulté.

« (...) En tout cas, je suis assez stricte. Et donc je pourrais dire maintenant non à quelqu'un qui me dit “oui j'ai perdu mes comprimés etc.”. (...) Quitte à ne pas toujours être bien vue hein ! (...) » (MG4)

5.5. La prescription en pratique

Sur base des entretiens, il semble que les médecins appliquent une démarche commune de prescription de tramadol : décider, initier avec précautions, réévaluer pour arrêter ou renouveler.

5.5.1. Décider

Avant de prescrire du tramadol, les médecins se livrent à une analyse bénéfices/risques basée sur : l'âge et les comorbidités du patient, une expérience antérieure au tramadol et un risque de troubles liés à son utilisation et de mésusage.

« C'est un médicament utile quand il y a des douleurs relativement importantes mais c'est vrai qu'il faut quand même réfléchir. (...) avant de le prescrire, au profil du patient, aux effets secondaires potentiels, au risque de dépendance, d'accoutumance. » (MG5)

1- Âge et comorbidités

Les patients âgés sont considérés plus à risque de souffrir des effets indésirables du tramadol par leur métabolisme, leurs comorbidités et leur polymédication. Pour les mêmes raisons, ils sont aussi considérés comme plus à risque face aux AINS.

Les patients jeunes, souvent exempts de comorbidités, sont préférentiellement dirigés vers des antalgiques du palier 1 car les médecins les considèrent comme plus réceptifs à ceux-ci (rare exposition antérieure), moins à risque d'effets indésirables sur AINS et plus à risque de développer une habitude au tramadol.

« (...) je crois qu'on n'en prescrit pas aux jeunes parce que (...) ils ont des douleurs passagères et n'ont pas des maladies chroniques. Donc je pense que ce sont toujours des gens d'âge mûr en tout cas. » ; « (...) je pense qu'après 60...à 70 ans, j'évite ces molécules-là. Il y a plus d'effets secondaires. (...) » (MG7)

« (...) chez les patients jeunes ça c'est vraiment en post-opératoire directement (...) ils ont déjà moins d'habitude aux antalgiques et donc souvent on arrive un peu plus à s'en sortir avec (hésitations) avec le palier 1 et surtout on a moins de contre-indications aux anti-inflammatoires (...). » (MG8)

Les éventuelles interactions entre le traitement du patient et le tramadol sont recherchées.

« (...) Je sais que le tramadol a un effet aussi sur la noradrénaline et la sérotonine donc associer à un antidépresseur le tramadol ce n'est pas non plus génial. (...) » (MG1)

2- Expérience antérieure au tramadol

La prescription est guidée par une éventuelle utilisation antérieure de tramadol. Un antécédent d'intolérance freine la prescription, une bonne tolérance la facilite.

« (...) on doit toujours poser la question (...) “ Vous avez déjà eu du tramadol ? ” (...) » (MG6)

3- Dépistage du risque de troubles liés à l'utilisation du tramadol et de mésusage

Les médecins évaluent "au feeling" le risque individuel de leur patient, ils ne disposent pas d'outil de dépistage. Ils se basent sur un antécédent d'addiction à une autre substance (drogue, alcool, benzodiazépine, autre antalgique...) et sur les antécédents psychiatriques.

Cette évaluation est facilitée par la connaissance qu'a le médecin de famille de son patient et est par conséquent plus ardue pour le jeune généraliste. Les médecins adaptent leur comportement de prescription au risque de mésusage de leur patientèle. Ceux travaillant avec un public précarisé/ usager de drogues sont plus attentifs au risque d'assuétude.

« Peut-être que je sous-estime aussi complètement l'accoutumance (...). Ce serait intéressant que tu voies par exemple un médecin qui voit beaucoup de personnes en accoutumance. (...) » (MG3)

« (...) on a un public assez bien usager de drogues, polytox et donc (hésitations)...quand ils ont déjà utilisé de l'héro etc. beh le tramadol c'est quand même un psychotrope un peu de la même famille et donc...il faut quand même faire attention quoi ! » (MG9)

Cela dit, les médecins constatent que l'utilisation inappropriée se développe parfois chez des patients qu'ils ne soupçonnaient pas comme étant à risque.

« (...) Alors y'a les vrais toxico jeunes, eux ça a été l'héroïne, ça a été la cocaïne (...). Puis alors il y a les autres, on ne dirait pas qu'ils sont toxico mais (rires) en fait ils le sont. Donc ça c'est ma dame de 40 ans. (...) elle consomme (...) du tramadol, du Lysanxia et de l'Oxynorm; pour des douleurs qui sont là mais qui sont aussi inventées, donc il y a aussi beaucoup de fabulations. Après il y en a d'autres, plus âgés aussi qui sont shootés au sirop de codéine, qui ont pris tous les Dafalgan codéine qu'ils pouvaient et puis à un moment donné vous disent : “ je ne vous ai pas tout dit, mais voilà où j'en suis ” (...) » (MG2)

« (...) dans des problèmes chroniques, il y a quelques-uns où il faut vraiment faire attention à éviter l'augmentation des doses et le recours un peu au médicament. (...) un profil du patient un peu global, où le médicament va tout résoudre, mais où il y a aussi les antidouleurs qui sont un peu surutilisés comme ça peut aussi être les benzos... (...) » (MG5)

In fine, l'objectif des médecins est double : éviter l'intolérance tout en évitant l'accoutumance.

« Voilà, avec le tramadol on a des excès. On a des gens qui le supportent super bien et qui ne jurent que par ça ; et puis t'en as d'autres à qui il ne faut plus le proposer. » (MG3)

Un risque d'effets indésirables ou de mésusage ne semble pas être une contre-indication stricte à défaut d'alternative mais invite à une prudence renforcée.

5.5.2. Initier avec précautions

Quand les médecins décident de prescrire du tramadol, ils l'initient prudemment en expliquant et anticipant ses effets indésirables. Ils en adaptent la forme, la posologie et la durée à la situation. Les médecins visent à baliser la prescription tout en laissant au patient la liberté d'adapter l'antalgie.

1- Expliquer et anticiper les effets indésirables

Les médecins interrogés expliquent à leur patient les effets secondaires éventuels et le risque de mésusage du tramadol afin de les limiter voire de les éviter.

« (...) Expliquer pourquoi c'est important de ne pas en abuser. (...) Parfois je pense que le mésusage peut venir justement d'un patient qui ne se rend pas compte des risques qu'il prend et s'il en était conscient, beh il ne le prendrait pas, il régulerait sa prise. (...) » (MG8)

Ils recommandent une première prise au coucher pour limiter l'impact des effets indésirables, des mesures hygiéno-diététiques voire des laxatifs contre la constipation ainsi qu'une éviction de la conduite. Ils proposent d'être recontactés par le patient en cas d'effet secondaire invalidant.

2- Adapter la forme, la posologie et la durée

La forme choisie dépend des circonstances et des habitudes du prescripteur.

Pour initier le traitement, plusieurs médecins trouvent la forme en gouttes maniable, permettant l'initiation d'une faible dose tout comme l'association tramadol/paracétamol, la forme orodispersible ou les comprimés de 50 mg (sécables).

En aigu, certains apprécient la forme orodispersible pour sa facilité d'utilisation et sa rapidité d'action. Cette dernière s'associe parfois à des effets secondaires plus marqués.

En chronique, certains choisissent la forme à libération prolongée permettant de soulager la douleur sur une plus grande partie de la journée et de limiter l'apparition d'une dépendance. Elle aurait moins d'effets secondaires.

Toutefois, un médecin préfère utiliser la forme à libération prolongée en aigu pour garantir une antalgie continue. Il utilise en cas de pics douloureux des interdoses de tramadol/paracétamol.

La forme injectable est utilisée occasionnellement par un médecin en consultation face à une douleur intense.

Concernant **la posologie**, la majorité des médecins initie une faible dose, titrée vers le haut afin d'atteindre la plus petite dose efficace pour le patient traité, avec pour limite une dose maximale

journalière (entre 150 mg et 300 mg). Un médecin admet une dose journalière supérieure (600 mg) chez un patient obèse.

Un médecin fait exception à ce schéma. Il se base sur une consommation antérieure de tramadol par le patient pour prescrire d'emblée une dose efficace et bien tolérée. En l'absence d'expérience antérieure du patient avec le tramadol, il privilégie une dose plus importante, titrée vers le bas.

« (...) Souvent, soit s'il en a déjà eu je fais très simplement et je reprends la dose qu'il a déjà eu et qui lui convenait bien en termes de soulagement des symptômes et pas d'effet secondaire. Sinon je dirais que je vais aller assez facilement vers du 100 mg quitte à réduire, à dire de réduire si vraiment il sent qu'il est bien soulagé. (...) » (MG8)

Concernant **la durée**, les médecins limitent dans le temps le tramadol face à une douleur aiguë afin d'éviter le développement d'une dépendance. Ils prescrivent d'emblée pour une durée maximale fixe (7, 10 ou 30 jours) ou dépendante de la pathologie ; avant de réévaluer le traitement avec le patient.

« Oui je pense que c'est un peu comme pour les...les somnifères, c'est mettre d'emblée une date de fin ! (...) Et donc peut-être de prendre plus l'habitude de noter la date de fin de traitement. Et qu'après le pharmacien écrive sur la boîte : "date de fin...". » (MG8)

« (...) pour les morphiniques faibles il faudrait agir comme pour les benzos et dire "uniquement en aigu (...) " et donner une date de fin en fait, de dire " (...) tant que vous avez mal vous le prenez pendant dix jours et puis après on va réévaluer quoi". » (MG9)

3- Laisser au patient une marge de liberté

Compte tenu de la subjectivité de la douleur, les médecins cherchent le juste équilibre entre baliser la prescription et attribuer au patient une certaine liberté dans l'adaptation de son antalgique en fonction de son efficacité et de sa tolérance.

« Je leur dis de bien respecter la prise, la dose maximale (...) et de diminuer s'ils ont un inconfort. Soit diminuer la prise ou espacer un peu plus le temps en fonction de leurs plaintes. » (MG8)

« Comme on n'a pas mal à la place du patient, on est obligé de lui donner une marge de manœuvre pour le traitement antidouleur (...). » (MG8)

Face à un risque suspecté d'utilisation inappropriée du tramadol, les généralistes modèrent cette liberté.

« (...) Parfois avec certains patients je compte les comprimés. (...) Je note (...) ce que je prescris ainsi que les quantités (...). J'ai suivi des patients toxicomanes (...). Et j'ai toujours été très sensibilisée par le mésusage et par l'addiction. » (MG4)

« (...) Je serais peut-être plus réticente à prescrire (aux patients au profil addictif) un antalgique un peu plus fort. (...) C'est sûr que je ne vais pas les laisser avoir mal non plus. Mais je serai peut-être plus

prudente en leur répétant bien que c'est un traitement plus aigu de quelques jours le temps de passer le cap et que c'est un traitement qui doit s'arrêter quoi ! » (MG10)

5.5.3. Réévaluer pour arrêter ou renouveler

Le temps de réévaluation est essentiel en vue de garder un contrôle sur la prescription en se basant sur le retour du patient. Ce temps a pour objectif de réévaluer ponctuellement l'indication, l'efficacité et la tolérance du traitement instauré ainsi que de prévoir la suite de la prise en charge.

La première réévaluation est un moment « charnière » (dixit MG 9) pour expliquer à nouveau les éventuels effets secondaires et insister sur le risque de dépendances physique et psychologique.

« (...) j'aime bien garder le contrôle sur ces prescriptions-là. (...) je donne mille précautions en disant “ une boîte, pas deux, on va se revoir à la fin de la boîte et on réévaluera ”. » ; « (...) quand les gens terminent leur première boîte ils disent “ oh ça marche quand même bien ” et c'est vraiment là que ça se joue et qu'il faut commencer à expliquer (...) » (MG9)

Les médecins évaluent, en concertation avec le patient, la nécessité d'un renouvellement de prescription. Dans certains cas, le patient arrête spontanément le tramadol. Dans d'autres, les médecins adaptent progressivement la dose en fonction de l'antalgie jusqu'à envisager un arrêt. Un traitement associé ou alternatif est envisagé en fonction de la situation.

- Cas particulier : renouveler une prescription initiée par un confrère

Les généralistes interrogés sont fréquemment confrontés à un patient sous tramadol dont ils n'ont pas initié la prescription. L'étape de réévaluation s'impose directement à eux lorsqu'un patient déjà sous tramadol les consulte. Si l'efficacité et la tolérance sont connues à ce stade, les médecins vérifient la pertinence de la prescription et d'un éventuel renouvellement suivant l'évolution clinique. Ils réévaluent le profil du patient à la recherche d'éventuelles contre-indications qui n'auraient pas été prises en compte par le prescripteur initial. Selon les médecins interrogés, la force du médecin de famille est sa connaissance du patient. Leur rôle est de coordonner la prise en charge médicale de leur patient consultant différents spécialistes. Cette fonction semble tributaire de la qualité de la communication avec leurs confrères.

La prescription de tramadol aux urgences est pointée du doigt. Si les urgentistes doivent gérer des douleurs aiguës souvent intenses, certains généralistes leur reprochent de recourir (trop) rapidement au tramadol dans un souci d'efficacité, en salle d'urgence ou dans leur prescription de sortie. Ils craignent que, dans l'urgence, le dépistage et l'explication des effets secondaires du tramadol soient négligés et que son utilisation soit banalisée.

« Je suis très prudente. Parce qu'en médecine d'urgence les patients reçoivent souvent du tramadol quand même ! C'est un bon antidouleur, et alors on retrouve ces patients le lundi matin : ils sont tombés, ont des

nausées, des vertiges et tout cela ne leur a pas été expliqué. Les urgentistes sont toujours dans une démarche d'efficacité totale. (...) » (MG4)

Il semble qu'en milieu rural, le généraliste soit davantage l'initiateur du tramadol car il est consulté plus souvent en première ligne dans le contexte d'une douleur aiguë et parce que les spécialistes lui confient la gestion de la douleur en général.

5.5.4. Spécificités de la prescription chronique

Les médecins adoptent préférentiellement certaines attitudes dans le contexte de la prescription chronique de tramadol :

1- Modérer plutôt qu'arrêter

En aigu, la réévaluation du tramadol avec le patient est fréquente et précède chaque éventuel renouvellement. L'objectif est un arrêt du tramadol à court terme.

En chronique, la réévaluation de la prescription reste importante. Plus que vérifier l'adéquation de l'indication de la prescription, elle permet de garder le médecin qui prescrit le tramadol et le patient qui le consomme sur la même longueur d'onde en termes de dose, de durée et de tolérance. C'est un temps d'éducation du patient aux risques du tramadol.

« (...) c'est quand même une préoccupation quand même régulière de dire enfin “ voilà, le tramadol quand on en redemande c'est justifié ou pas”, de revoir le patient, de discuter avec lui. D'être sûr de ne pas être dans une prescription chronique inadéquate quoi. » (MG5)

« (...) Mes conclusions c'était que (...) les patients et les médecins sous-estimaient ce qu'ils prenaient, les gens ne connaissaient pas les effets secondaires ni le produit en soi. (...) » (MG9)

En revanche, la fréquence de réévaluation dépend de la situation. En chronique, la réévaluation n'est plus systématique avant le renouvellement. L'arrêt reste un objectif mais n'est pas envisageable à court terme. Un objectif intermédiaire est défini : modérer la prescription chronique de tramadol tout en l'adaptant à l'évolution de la douleur en partenariat avec le patient. La modération se base également sur un suivi des prescriptions antérieures, entre autres via le dossier médical.

« (...) je pense que quelque part le patient a une expertise dans sa maladie et donc il faut essayer de créer ce partenariat. (...) » (MG1)

« (...) Ils l'ont au long cours. Et là c'est plutôt faire attention de ne pas être dans l'augmentation des doses et à certains moments de pouvoir dire aussi si vous êtes mieux on rediminue, ce qui n'est pas toujours évident quoi. » (MG5)

En pratique, cette vigilance n'est pas toujours d'application.

« (...) le vrai problème c'est qu'on ne fait pas assez attention au tramadol. Autant pour les benzos les gens qui disent par téléphone " il me faut du Temesta, de l'alprazolam " on va le faire, on va regarder " ah c'était quand la dernière boîte ? " (...) mais pour le tramadol on le fait un peu moins. (...) » (MG9)

Dans le cadre de la fibromyalgie, un médecin prescrit le tramadol sous forme magistrale pour suivre la consommation de son patient et l'inciter à le consulter afin d'obtenir sa prescription sur-mesure.

2- Remettre en question la prescription

Lorsque la prescription de tramadol se chronicise, les médecins remettent en question leur diagnostic ou leur prise en charge.

« (...) Si on est déjà à trois mois de lombalgie c'est qu'il y a quelque chose qu'il faut changer (...). Et que il faut essayer de trouver : " est-ce qu'on a loupé quelque chose ? ", " est-ce que c'est le bon diagnostic ? ", " est-ce que une phase de traitement aurait pu être mise en place et qu'on a pas su la mettre ? " (...) » (MG6)

Forts de la relation de confiance établie avec leur patient, les médecins éveillent une remise en question de celui-ci concernant la gestion personnelle de sa douleur et, le cas échéant, le développement d'une dépendance au tramadol. Il s'agit d'un travail de conscientisation bienveillant, respectant le rythme du patient.

« (...) on aborde la question de façon plus ou moins délicate on va dire, (hésitations) en essayant d'amener progressivement le patient à se rendre compte qu'il y a un usage problématique. Mais tous ne sont pas au même niveau. (...) c'est pas un problème de dire " bah je pense que vous avez une consommation excessive de ce médicament " mais y'a la façon de le dire quoi. Si le patient voit noté dans son dossier "abus d'opioïdes" ou "abus de tramadol" ou ce genre de choses, voilà, peut-être qu'il ne le prendra pas super bien ! » (MG10)

« (...) il y a aussi toute la confiance qu'on instaure avec le patient. (...) Pour moi ce qui est important aussi c'est d'essayer de ne pas culpabiliser, c'est essayer de trouver des solutions. (...) » (MG3)

Ce processus de conscientisation peut être amorcé par les médias et accroître la motivation à l'arrêt.

« (...) Après quand les gens sont vraiment motivés, quand il y a vraiment une prise de conscience de cela. (...) avec le scandale des opioïdes aux États-Unis il y a eu à un moment des reportages où on parlait de l'Oxynorm (...). Et j'ai eu comme ça un ou deux patients qui sont venus en me disant "maintenant je dois arrêter, je dois arrêter à tout prix !" Et où on a fait des sevrages super rapides. (...) » (MG9)

3- Trouver une alternative

Dans certaines situations, une prise en charge alternative met fin à une prescription chronique de tramadol.

« Maintenant ceux qui le prennent déjà depuis longtemps, ça c'est plus compliqué, oui ! Et parfois il y a aussi des patients qui (...) même s'ils l'ont déjà depuis un bout de temps, le stoppe hein ! Je pense à une dame qui a des problèmes de gonarthrose assez importante, et puis pendant tout un temps, c'était pas

suffisant pour envisager d'autres choses et puis là, elle avait un ortho qui a refait des infiltrations etc. et elle a quand même arrêté hein. » (MG5)

4- Opter pour l'interdisciplinarité

Face à la douleur chronique, les médecins se trouvent fréquemment dans une impasse. Les généralistes travaillent alors en réseau avec des infirmiers, des kinésithérapeutes, des psychologues, des médecins spécialistes... Occasionnellement, ils réfèrent vers une clinique de la douleur afin d'offrir à leur patient une prise en charge globale interdisciplinaire. Leur espoir est de soulager leur patient ou du moins de lui apprendre à gérer sa douleur au long cours. Cette démarche implique que le patient soit demandeur d'aborder sa douleur sous tous ses aspects. Les avis sont partagés. Les médecins apprécient de voir leur patient être pris en main. Ils réfèrent aussi pour des actes techniques. Mais tous les médecins ne rencontrent pas la plus-value attendue. Certains ont l'impression que le centre se limite à écouter le patient et à essayer un énième antalgique.

Il semble exister un manque de communication réciproque entre spécialistes et généralistes, compliquant la prévention du mésusage du tramadol.

« (...) on n'est pas toujours à l'initiative du traitement. Je ne dis pas que nous on ne fait jamais d'erreur mais on est aussi chez des patients qui ont vu des spécialistes, qui ont prescrit et alors c'est toujours plus difficile de freiner, de mettre des limites. (...) notamment s'ils sont suivis en algologie c'est l'absence de coordination avec le spécialiste, l'absence de retour (...) on ne peut pas toujours mettre la parole du patient en doute. (...) » (MG5)

« (...) Et en fait quand ce patient est allé chez le rhumatologue, bah le rhumatologue n'avait pas cette info, que le patient avait déjà été sous tramadol et qu'il avait tendance à en abuser. Et en fait il l'a remis sous tramadol (rires), donc peut-être une meilleure communication à ce niveau-là (...). Et c'est pas toujours facile non plus, de le faire passer au spécialiste quand on fait un mot par exemple, parce que le patient est susceptible de le voir. (...) Donc il faut réfléchir à la façon aussi dont l'information peut être transmise au spécialiste. » (MG10)

5.6. Influences complémentaires

Au cours des entretiens, les médecins ont évoqué des facteurs complémentaires influençant la prescription de tramadol. Ces influences concernent le médecin prescripteur, la relation thérapeutique avec le patient, la législation, le prix et le remboursement du tramadol ainsi que le niveau socio-économique du patient.

5.6.1. Médecin prescripteur

1- Formations et informations variées

Les médecins retirent de leur formation universitaire un enseignement élémentaire concernant la douleur mais insuffisant en pratique.

Les médecins plus âgés ne se souviennent pas avoir abordé le tramadol au cours de leur formation universitaire. Le tramadol leur a d'abord été présenté par les firmes.

Ils constatent que les firmes ont présenté initialement le tramadol comme un antalgique miracle et facile d'utilisation, taisant les contre-indications, les interactions et les effets secondaires éventuels.

Aujourd'hui les firmes semblent peu actives concernant le tramadol.

« Moi je me souviens avoir été influencé par un vendeur, un délégué, qui disait " oui euh, pourquoi pas, et pour ceci, et pour cela. " (Rires) Et à un moment donné j'avais la main légère ! » (MG2)

« (...) je reproche vraiment aux firmes que personne n'a mis en garde les médecins généralistes sur les effets secondaires, ou les intolérances, ou les interactions ! Qui sont plus importantes que, que ce qu'on nous a laissé entendre. » ; « Bah, on s'est formé sur le tas ! (Rires) On a découvert cette molécule par nous-même (...). » (MG7)

Les médecins plus jeunes ont brièvement abordé le tramadol dans leur cursus ainsi que le risque de mésusage des opioïdes. Ils regrettent le manque de formation au sevrage des morphiniques et à la prise en charge non médicamenteuse de la douleur. Ils soulignent avoir été sensibilisés à la surprescription médicamenteuse.

Les médecins évoquent une latence d'adaptation entre les problématiques sanitaires rencontrées dans la pratique et le contenu de leur formation universitaire.

« (...) il faut attendre que les crises arrivent ! C'est difficile à dire mais les années 80 c'était la crise des benzos (...). Et du coup je pense que les profs qu'on a eu nous, qui ont 50 ans maintenant ont grandi avec cette crise-là quoi. Et que les profs de médecine générale, de médecine interne, d'orthos etc. eux ils ont peut-être découvert le tramadol mais ils n'ont peut-être pas encore vraiment vécu la crise des opioïdes et le fait que les gens surconsomment ça. Et donc peut-être que dans 10 ou 15 ou 20 ans, quand les gens de notre génération deviendront profs, eh bien on en parlera comme d'un danger égal quoi ! (...) » (MG9)

Face aux lacunes de leur formation universitaire, les médecins insistent sur l'importance d'une formation médicale continue de qualité et neutre. Celle-ci met actuellement l'accent sur le risque de mésusage des opioïdes, dont le tramadol. Les médecins qui par le passé recevaient des visiteurs médicaux indépendants, regrettent leur disparition.

Les centres d'intérêt du médecin prescripteur et ses formations complémentaires impactent également la manière dont le médecin aborde la question de l'antalgie, du tramadol et des risques associés.

2- Expérience professionnelle

La démarche de prescription d'un médecin est individuelle. Rencontrer des effets indésirables du tramadol dans sa patientèle sensibilise le médecin à peser sa prescription et à dépister les effets indésirables ; l'inverse est vrai.

« (...) parce que j'ai eu quelques cas...d'effets secondaires graves que, j'ai mon attention attirée par ce problème-là. Et donc, c'est pas ma molécule de premier choix mais bon voilà on l'emploie (...) » (MG7)

« Moi, de mon expérience, j'ai pas eu trop de...de soucis avec. Donc je ne suis pas trop inquiète de l'utiliser. (...) » (MG8)

Les feedbacks individuels de prescription de l'INAMI permettent aux médecins d'avoir un aperçu de leur comportement prescripteur.

Les jeunes généralistes bénéficient fatalement de moins d'expérience professionnelle. Ce manque d'expérience peut compliquer l'évaluation des profils des patients et peut favoriser les stratégies de reproduction de la posologie d'un traitement antérieur efficace (voir le paragraphe « *Adapter la forme, la posologie et la durée* »).

« C'est vrai que je ne fais pas encore très attention aux profils de patients, s'il y en a qui sont plus sujets même à devenir accros ou quoi. Ça je n'ai pas encore assez d'expérience ! » (MG8)

De plus, les jeunes généralistes doivent faire leurs preuves envers leurs patients. Par conséquent, ils peuvent vouloir garantir l'antalgie de leur patient en prescrivant d'emblée des doses importantes (voir le paragraphe « *Adapter la forme, la posologie et la durée* »). Leur position peut compliquer le refus de prescription (voir le paragraphe « *Difficultés de refuser une prescription à un patient demandeur* ») et les rendre plus sujets à accéder aux demandes de leur patient.

« (...) on va peut-être parfois plus facilement se faire bernier par le patient en tant que jeune généraliste, sur une série de choses. Donc je pense que pour ça le...voilà le manque d'expérience (...). » (MG8)

3- Expérience personnelle

Les médecins qui ont eux-mêmes pris du tramadol et vécu ses effets secondaires sont précautionneux dans leur prescription s'ils ne l'étaient déjà.

« (...) j'insiste sur la nausée parce que personnellement je ne peux pas prendre du tramadol (...). J'ai essayé une fois et j'ai vomi en voiture (rires). (...) » (MG2)

« (...) J'en ai même moi-même pris (rires), pour une hernie discale. Et je me suis rendu compte que je n'étais pas tout à fait comme d'habitude (rires) (...). » « (...) que j'avais plus la même concentration, qu'il y avait quelque chose qui était changé en tout cas (rires) (...) » (MG7)

4- Partenaire d'un réseau de soignants

Dans le contexte de la prescription de tramadol, le travail en équipe semble être un atout pour les médecins interrogés. Il leur permet de mieux gérer les questions complexes telles que la douleur chronique. Il attise la stimulation intellectuelle et la remise en question des pratiques individuelles.

Il permet de déléguer chaque tâche au plus compétent et de libérer du temps précieux. Il garantit une certaine sécurité dans le contexte de prescription d'opioïdes.

Travailler efficacement en réseau au sens large, implique une communication de qualité et respectueuse du patient, entre autres via le dossier médical informatisé et les rapports médicaux. Pour certains médecins généralistes, le pharmacien se révèle être un acteur clé, le tramadol étant soumis à prescription. Le pharmacien participe à la conscientisation du patient au risque de mésusage. Il a connaissance des quantités de tramadol effectivement délivrées au patient. Il peut interpellé ce dernier sur sa consommation et l'inviter le cas échéant à consulter son médecin traitant. Il peut alerter le généraliste en cas de suspicion de falsification d'ordonnance ou de shopping médical. A l'ère de l'informatique, plusieurs médecins regrettent ne pas avoir accès aux informations relatives à la prescription par des confrères et à la délivrance effective de médicaments.

« (...) tout le projet de, allez de pharmacien de référence, ça c'est déjà super important. Comme dans les benzodiazépines, comme dans n'importe quel autre traitement un peu à risque je pense que c'est vrai que c'est (les pharmaciens) qui vont vraiment voir à quelle fréquence est-ce qu'on prescrit et combien de boîtes sont effectivement délivrées. (...) Mais je pense que là aussi il faut que ce soit à nous de remettre sur la prescription quelle posologie est-ce qu'on tolère chez un patient. (...) » (MG8)

En pratique, la collaboration avec les pharmaciens est variable d'un médecin à l'autre.

« Mais moi j'ai jamais été interpellée par un pharmacien parce qu'un patient...enfin qui se posait des questions sur les prescriptions. » (MG5)

5.6.2. Relation thérapeutique dans le contexte de la douleur

1- Subjectivité de la douleur

La douleur est inobjectivable. Le médecin est dépendant du patient pour la mettre en évidence, la caractériser, évaluer son intensité et son évolution sous antalgique.

« (...) ce que je trouve difficile dans la prescription de tramadol ou (...) autre antidouleur c'est qu'on a pas mal à la place du patient donc on essaie d'évaluer ce qu'il nous dit (...) » (MG8)

La douleur peut parfois servir de motif de consultation et en cacher un autre. Le médecin doit consacrer du temps et de l'énergie à écouter et à comprendre la plainte du patient.

« (...) le "methodisch werk". Pour faire simple, ça se résume à ceci : "pourquoi ce patient vient-il me voir aujourd'hui ? ". (...) ou il a mal à la poitrine et il y a deux trois semaines y a un de ses collègues au bureau qui est mort brutalement d'un infarctus. Et donc il est, il est inquiet (...) si vous ne mettez pas en évidence la vraie raison de consultation (...) je pense que vous allez vite passer à du tramadol ou à une autre prescription. Alors que, que finalement ne rien prescrire c'est aussi thérapeutique. (...) » (MG1)

2- Rôle du médecin face à la douleur

Les médecins s'attribuent des rôles divers face à la douleur de leur patient et par conséquent au tramadol.

Certains se donnent comme mission première le traitement causal de la douleur. Dans ce cas, le tramadol est vu comme non essentiel et des alternatives sont préférées afin d'éviter le développement d'une dépendance.

« (...) Mon job, moi, c'est de trouver la cause et d'essayer d'agir en amont. (...) » (MG7)

D'autres s'attribuent comme devoir le soulagement de la souffrance de leur patient. Cet objectif est sous-tendu par leur empathie, la transposition à leur propre intolérance à la douleur et le caractère inacceptable de la douleur véhiculé par la société actuelle (et par les firmes pharmaceutiques).

« (...) c'est horrible de souffrir. (...) Je me mets à leur place, j'imagine que c'est quand même fatigant d'avoir cette douleur, tous les jours, tous les matins, tous les soirs. Et donc j'ai quand même beaucoup d'empathie, j'ai envie qu'ils se sentent mieux. (...) » ; « (...) le délégué vantait les qualités de son médicament, comme toujours. (...) Et il ne fallait surtout pas laisser les gens avoir mal. Et je trouve aussi que c'est vrai. Moi je ne supporte pas d'avoir mal, je n'aime pas. (...) » (MG2)

« Je pense, je pense qu'on ne tolère plus la douleur. (...) On est dans un système où tout existe pour qu'on puisse se faire traiter. » (MG6)

Pour atteindre leur objectif, les médecins sont prêts à faire des concessions. Ils peuvent prescrire d'emblée le tramadol à posologie élevée afin de garantir l'antalgie (voir le paragraphe « Adapter la forme, la posologie et la durée »). Ils peuvent aussi accepter une prescription au long cours de tramadol et le développement d'une dépendance au profit d'une meilleure qualité de vie (voir le paragraphe « Chronicisation justifiée par le médecin »).

5.6.3. Législation

Le tramadol est soumis à prescription. Certains médecins estiment que cette contrainte légale est suffisante sur le plan économique et sanitaire.

« Moi je ne suis pas tellement favorable à des règles limitatives...sauf quand il y a des raisons économiques ou des raisons qui le justifient (...) Difficile de ne pas savoir que c'est quand même un médicament de palier 2, qui n'est pas un bonbon quoi ! (...) » (MG1)

D'autres évoquent une coercition légale majorée qui les obligerait à davantage (ré)évaluer leur prescription.

« Je ne suis pas contre que ça passe dans la famille des stupéfiants, pas du tout ! (...) Ça ferait peut-être plus réfléchir avant de le prescrire ! » (MG7)

5.6.4. Prix, remboursement et considérations socio-économiques

Les médecins ignorent le prix du tramadol mais supposent qu'il est bon marché, n'ayant jamais été interpellés par leurs patients.

« (...) J'ai l'impression que je n'ai jamais regardé au prix du tramadol. C'est que le prix ne me dérange pas je pense. (...) » (MG2)

« (...) j'ai jamais eu un patient qui m'a fait un retour négatif. Donc j'imagine qu'ils ne le paient pas trop cher (rires) ! Sinon ça se saurait ! (...) » (MG8)

Son accessibilité financière semble justifiée vu son utilité.

« (...) je trouve que c'est bien qu'il soit bon marché. Parce que dans certains cas il est utile (...) » (MG10)

Les médecins doutent qu'un prix plus élevé soit un frein à la dépendance ou au mésusage vu la puissance de l'addiction et le risque de la déplacer vers d'autres opioïdes bon marché. Faire payer n'est pas conscientiser !

« Je dirais que les gens qui sont addicts, ils sont prêts pour n'importe quel prix, même s'ils n'ont pas beaucoup d'argent ! L'addiction c'est puissant, oui c'est puissant ! (...) Mais la morphine ça ne coûte rien non plus hein ! » (MG4)

« (...) je ne sais pas si faire payer les gens c'est la meilleure façon de les faire conscientiser. (...) » (MG9)

La disparité de remboursement au sein des opioïdes n'est pas connue de tous les médecins.

« (...) Et de toute façon, oui le Dafalgan codéine n'est pas remboursé (...). » (MG7)

« (...) je ne sais pas du tout même au niveau des autres médicaments du palier 2 justement est-ce qu'il y aurait un intérêt à en prescrire un qui est moins cher qu'un autre. » (MG8)

Selon les médecins interrogés, la précarité limite l'accès aux thérapies alternatives à la douleur, souvent moins voire non remboursées. Les patients défavorisés se tournent alors vers le tramadol. Pour ce public, un (meilleur) remboursement des thérapies alternatives permettrait de limiter la prescription et la consommation de tramadol. Un médecin évoque également le lien entre précarité, niveau d'éducation et remise en question du tramadol.

« Les gens plus isolés avec des problèmes socio-économiques. Ils sont plus fragiles, ont moins de ressources, auront peut-être moins accès à d'autres thérapies et donc entreront plus vite dans cette escalade médicamenteuse. (...) » (MG4)

« (...) J'ai pas l'impression en tout cas qu'on doive augmenter le prix du tramadol. J'ai plus l'impression qu'on doit accorder des remboursements plus importants aux gens sur certaines autres thérapies alternatives. (...) l'exemple de la fibromyalgie (...) ça coûte moins cher de prescrire une boîte de tramadol que de rembourser 60 séances de kiné par an. (...) » (MG10)

« (...) j'ai l'impression que ces gens plus démunis avec moins de défenses et tout cela, vont pas beaucoup écouter la remise en question du tramadol. Quand vous dites ça à quelqu'un d'autre, il a plus de ressources dans sa tête, voilà. » (MG4)

6. DISCUSSION

Cette étude naît d'un constat : le tramadol est le chef de file des opioïdes délivrés en pharmacie et sa prescription est en constante augmentation. Toutefois, il expose à de nombreux effets indésirables et fait l'objet de mésusage. Ce chapitre entend discuter les résultats obtenus en questionnant l'expérience des médecins généralistes, les principaux prescripteurs de tramadol.

6.1. Décrypter l'expérience ambivalente des généralistes avec le tramadol

L'analyse des entretiens a mis en évidence une ambivalence des médecins généralistes face à la prescription de tramadol. Cette ambivalence était tantôt reconnue et explicitée par les médecins, tantôt masquée et extraite du processus d'analyse. En effet, si le tramadol s'avérait être un médicament utile et efficace dans de nombreuses situations, les médecins éprouvaient simultanément à son égard une certaine réticence à le prescrire. Celle-ci était liée aux risques d'effets indésirables et de mésusage du tramadol, à son efficacité et à sa tolérance variables et imprévisibles ainsi qu'à sa place mal définie dans leur arsenal thérapeutique. Leur réticence était exacerbée dans le cadre d'une prescription chronique.

Pour résoudre l'ambivalence, l'analyse a souligné l'importance d'une évaluation des alternatives ainsi que d'une balance bénéfices/risques par les médecins généralistes. Ces derniers optaient pour la prudence, tant lors de l'initiation d'une prescription que lors d'un éventuel renouvellement.

La démarche de prescription était influencée par des facteurs propres au médecin, au patient, à la relation thérapeutique et au système de soins.

6.1.1. Une complexité commune aux opioïdes

Ces considérations ne sont pas propres au tramadol mais s'appliquent également à la prescription des autres opioïdes. Bien que l'étude de leur prescription au sens large dépasse largement le cadre de ce travail, il paraît intéressant d'enrichir cette discussion de deux synthèses récentes. Ces dernières corroborent les résultats de la présente étude et confirment la complexité de la prescription d'opioïdes dans le cadre de la douleur chronique.

Une synthèse menée en 2017 par des chercheurs anglais, basée sur la littérature qualitative, explore l'expérience des professionnels de la santé dans la prescription d'opioïdes aux adultes atteints de douleur chronique non cancéreuse (DCNC) (23). La décision complexe et ambiguë de prescrire (ou non) un opioïde pour une DCNC est présentée comme une balance. L'objectif de soulager la douleur fait pencher la balance en faveur de la prescription. Inversement, la culture actuelle hostile aux opioïdes et le sentiment de responsabilité du médecin comme protecteur de la société face au

mésusage des opioïdes font pencher la balance en défaveur de la prescription. La décision est influencée par : la nécessité d'évaluer la véracité de la douleur, la nécessité d'équilibrer les avantages et les effets indésirables des opioïdes et les directives externes en vigueur (voir ANNEXE 5, figure 3).

Une métasynthèse menée en 2019 par des chercheurs anglais, basée sur la littérature qualitative, décrit les facteurs influençant la prescription d'opioïdes aux patients atteints de DCNC par les médecins généralistes (24). La décision de prescrire des opioïdes est décrite comme intégrant la suspicion de mésusage, le risque lié à la prescription et l'éventuel désaccord entre le patient et le médecin quant à l'issue de la consultation. Cette démarche est influencée par des facteurs systémiques liés au système de soins et aux exigences législatives. Dans le modèle décrit, « le suivi » du patient (« monitoring ») est un thème transversal. Il permet au médecin ayant initié l'opioïde d'évaluer le contrôle de la douleur, la tolérance et l'éventuel mésusage (voir ANNEXE 5, figures 4 et 5). La thématique du suivi du patient est également considérée comme importante dans le cadre de la prescription de tramadol. En effet, les médecins interrogés réévaluaient la prescription tant en aigu qu'en chronique.

Les deux synthèses évoquent également le jugement moral auquel les soignants doivent se livrer avant de prescrire un opioïde. Compte tenu du risque de mésusage, ils sont amenés à évaluer si le patient souffre d'une douleur « réelle », légitimant la prescription d'un opioïde, ou si au contraire, le patient cherche à se faire prescrire un opioïde pour l'utiliser de manière inappropriée. Pour mener à bien cette réflexion, les médecins s'appuient sur leur évaluation clinique objective ainsi que sur leur intuition. Ils sont davantage suspicieux face à une douleur sans étiologie médicale apparente, des symptômes vagues ou une discordance entre leurs observations et la douleur décrite par le patient. Dans le cadre de la prescription de tramadol, les médecins interrogés ont également souligné le défi que représentait le dépistage du mésusage de l'antalgique. Face à la subjectivité de la douleur, ils n'étaient pas à l'abri d'une erreur de jugement.

6.1.2. Tramadol : antalgique discutable et discuté

Par ailleurs, l'étude a révélé une difficulté des médecins à définir la place du tramadol dans leur arsenal thérapeutique. Tous les médecins de l'étude prescrivaient les antalgiques suivant l'échelle analgésique de l'OMS.

Ils prescrivaient initialement un antalgique du **palier 1** (tel que le paracétamol ou les AINS) avant d'envisager un antalgique du palier 2 (celui des opioïdes dits « faibles » tels que le tramadol, la codéine et la dihydrocodéine). Néanmoins, les médecins étaient rapidement confrontés au

deuxième palier. Tout d'abord, le premier palier étant partiellement en vente libre, les patients tentaient souvent de soulager leur douleur par un antalgique de cette classe, pris de leur propre initiative. Ils consultaient en cas de persistance de la douleur. Ensuite, les effets indésirables à court et long termes des AINS en limitaient la prescription au profit des antalgiques du palier 2.

La revue *Prescrire* compare l'efficacité antalgique du paracétamol/des AINS à celle des opioïdes « faibles ». Elle souligne que dans le cadre de douleurs aiguës postopératoires, « *en prise ponctuelle, un opioïde 'faible' éventuellement associé avec le paracétamol a un effet antalgique supérieur à celui du paracétamol seul, mais pas supérieur à celui d'un AINS seul*¹³ ». Dans le cadre des douleurs chroniques, « *les données disponibles ne suffisent pas pour établir qu'un opioïde 'faible' a une efficacité antalgique tangiblement supérieure à celle du paracétamol ou d'un AINS* » (20).

Au sein du **palier 2**, les médecins de l'étude privilégiaient le tramadol à la codéine, le tramadol étant considéré comme moins addictif et ayant l'avantage d'être remboursé. Par ailleurs, un désavantage majeur du tramadol semblait être son efficacité et sa tolérance variables et imprévisibles.

Concernant le choix entre la codéine et le tramadol, la littérature nous apprend que tous deux sont métabolisés par le cytochrome CYP2D6, sujet à une importante variabilité individuelle et à de nombreuses interactions (20). La revue *Prescrire* considère la codéine comme l'opioïde faible de référence, le tramadol ayant une balance bénéfices/risques moins favorable. En effet, en plus des effets indésirables opioïdes, il expose à des effets secondaires et des interactions qui lui sont propres (entre autres : hyponatrémie, hypoglycémie, risque convulsif, allongement de l'intervalle QT, augmentation de l'INR, effets noradrénergiques et sérotoninergiques) (25).

Concernant le risque d'usages problématiques, selon un rapport récent de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) française (26) les antalgiques opioïdes représentent 9,2% des notifications spontanées de cas d'usage problématique rapportées au réseau d'addictovigilance¹⁴ en 2015. Le sulfate de morphine représente 2,9%, suivi du tramadol (2,4%) en constante augmentation depuis 2008, de l'oxycodone (1,3%) et de l'association codéine/paracétamol (1,1%).

En Belgique, le remboursement des opioïdes « faibles » pose question. En effet, le tramadol est remboursé contrairement à l'association codéine/paracétamol. Celle-ci ne bénéficie d'une

¹³ Basé pour le tramadol sur 12 essais randomisés : 5 essais comparant une prise unique de tramadol/paracétamol 75mg/650mg à une prise unique de tramadol ou de paracétamol, ou d'ibuprofène 400mg. 1 essai comparant une prise unique de tramadol 75mg à une prise unique d'ibuprofène 400mg. 3 essais comparant une prise unique de tramadol (50 à 100mg) à une prise unique d'ibuprofène (400 à 800mg) ou de naproxène 550mg. 3 essais comparant du tramadol/paracétamol à du paracétamol à la même dose.

¹⁴ Notifications spontanées de cas d'abus, de dépendance, d'usage détourné et de mésusage rapportées par les professionnels de santé.

intervention spéciale de l'INAMI que pour certaines marques et pour certains patients atteints de douleurs chroniques persistantes¹⁵.

Dans l'étude, l'appartenance du tramadol aux opioïdes « faibles » favorisait son utilisation par rapport aux opioïdes « forts » du **palier 3**, dans une visée de réduction des risques liés aux opioïdes. En pratique, les médecins interrogés rencontraient également avec le tramadol des effets indésirables ainsi que des cas de dépendance et de mésusage.

Un article de la revue *Prescrire* étudie les opioïdes faibles dans le contexte de la douleur nociceptive (20). Elle conclut que « *les opioïdes faibles exposent aux mêmes effets indésirables dose-dépendants que la morphine* ». A ces derniers s'ajoutent, pour le tramadol en particulier, des effets indésirables et des interactions médicamenteuses. La revue *Prescrire* souligne qu'« *il n'est pas établi non plus que, à efficacité antalgique équivalente, une opioïde faible expose à un moindre risque de dépendance et d'addiction que la morphine à doses faibles* ».

La revue *Prescrire* conclut donc qu'« *en cas d'utilisation d'un opioïde faible, malgré de grandes différences de réputation et de réglementation, il est prudent d'être au moins aussi vigilant qu'avec la morphine* ». L'étude sur le tramadol aborde la possibilité de prescrire de la morphine lorsqu'un opioïde est envisagé dans un contexte de douleur nociceptive. Il semble que la difficulté réside dans l'acceptation de la prescription de morphine par le patient...et le médecin !

Pour finir, l'utilisation de **l'échelle de l'OMS** pour guider la prescription d'antalgiques est à nuancer. Les experts de la réunion de consensus INAMI sur « *L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique* » rappellent que son élaboration (en 1986) ne répond pas aux normes méthodologiques actuelles. Elle a été conçue pour les patients cancéreux. De plus « *la recommandation pour les opioïdes se base uniquement sur l'intensité de la douleur, à peine sur le mécanisme de la douleur et pas du tout sur la fonctionnalité* » (21). Dans la présente étude, les généralistes tiennent compte du type de douleur et envisagent le tramadol aussi pour son efficacité présumée sur les douleurs neuropathiques.

A côté de la (re)définition de son rôle comme antalgique, le rôle du tramadol comme antidépresseur est également à approfondir. En effet, il a la particularité d'associer un effet opioïde à un effet inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, similaire à l'effet antidépresseur de la venlafaxine. La coexistence de la douleur chronique et de la dépression ainsi que l'utilisation du tramadol comme antidépresseur font l'objet d'une étude récente publiée dans le journal

¹⁵ A titre indicatif en date du 25/04/21 (CBIP) (intervention régulière) : **Dafalgan®** 1g 32co revient à 9,08€ et **Ibuprofen Sandoz®** 400mg 30co a un ticket modérateur de 0,44€. **Contramal®** 50mg 30gél a un ticket modérateur de 0,93€ alors que **Dafalgan Codeine®** 500mg/30mg 30co revient à 7,5€.

Neuropsychiatry (27). Il pourrait être intéressant d'étudier dans un futur travail le lien entre douleur chronique, dépression et dépendance au tramadol.

6.2. Pistes de recommandations

Sur base de l'étude menée, plusieurs recommandations peuvent être formulées :

- **Étoffer la formation (continue) des médecins généralistes et spécialistes concernant la douleur et sa prise en charge.**

L'étude a révélé un manque de formation des généralistes concernant la douleur aiguë et chronique au sens large. Il semble essentiel de former davantage les généralistes à l'évaluation de la douleur, à sa prise en charge et particulièrement aux opioïdes et aux troubles liés à leur utilisation / leur mésusage (dépistage, aides au sevrage). Former les spécialistes est tout aussi important car les traitements qu'ils initient sont ensuite renouvelés par les généralistes.

Concernant le tramadol spécifiquement, une clarification de sa place comme antalgique serait souhaitable. Un guide d'information pourrait être envoyé aux généralistes.

- **Sensibiliser le grand public (et encore davantage les patients sous opioïdes) aux effets secondaires et aux risques de dépendance, d'abus et de mésusage des opioïdes.**

Les patients, acteurs de leur santé, pourraient être sensibilisés par les médias via des spots informatifs à la radio, à la télévision ou via les réseaux sociaux.

En aigu, une fiche d'information pourrait être remise au patient par le prescripteur ou jointe à la notice dans la boîte. En chronique, un formulaire de reconnaissance des risques pourrait être signé par le patient (comme il en existe par exemple pour le valproate).

- **Concevoir un emballage évocateur.**

L'emballage des opioïdes devrait être davantage évocateur de leurs dangers.

Concernant le tramadol, informer sur sa nature opioïde (seul ou en association) permettrait d'endiguer son éventuelle banalisation. Un travail sur l'emballage du tramadol pourrait être réalisé tel qu'un avertissement clair « *Attention : ce médicament est un morphinique* ».

- **Envisager la délivrance de plus petits conditionnements.**

Cette mesure permettrait d'éviter le stockage d'opioïdes chez les patients, afin d'éviter une utilisation ultérieure inappropriée. Pour les urgentistes, les conditionnements limités permettraient d'assurer l'antalgie jusqu'à réévaluation par les généralistes.

- **Considérer la douleur chronique comme une maladie à part entière, soutenir son accompagnement biopsychosocial interdisciplinaire.**

Plusieurs médecins interrogés aspiraient à un meilleur financement des thérapies non médicamenteuses dans le cadre de la douleur chronique. Il serait également intéressant de généraliser les formations destinées à l'« empowerment » des patients douloureux chroniques et à l'aide au sevrage des dépendances aux antalgiques.

- **Promouvoir la collaboration entre les dispensateurs de soins.**

Une meilleure communication entre les soignants pourrait être encouragée, par exemple au sujet de l'antalgie prescrite, de ses effets secondaires, de troubles liés à son utilisation et de son mésusage. Elle pourrait passer, entre autres, par des dossiers informatisés davantage tenus à jour et partagés entre les dispensateurs ou par des rapports écrits de qualité.

- **Permettre aux médecins prescripteurs et aux pharmaciens délivreurs d'obtenir un meilleur aperçu des opioïdes prescrits et délivrés.**

Cette mesure permettrait d'endiguer le shopping médical. En pratique, elle semble envisageable par le biais de l'informatique. La contrainte essentielle est le respect de la vie privée du patient. Face à un patient peu connu du prescripteur ou à risque de mésusage, un contrat d'utilisation appropriée (usage personnel, suivant la posologie prescrite, renouvellement par le même prescripteur) pourrait être signé. Ce type de contrat est à mettre en balance avec la qualité d'une relation thérapeutique basée sur la confiance.

- **Soutenir une réévaluation systématique ponctuelle d'une prescription d'opioïdes, a fortiori lorsqu'elle est chronique.**

Un système pourrait être développé afin de motiver les prescripteurs à spécifier une posologie et une durée maximale d'utilisation sur leur ordonnance électronique d'opioïdes. Leur logiciel informatique pourrait ainsi calculer la durée cumulée sous opioïdes. Une réévaluation de la prescription pourrait être encouragée par un rappel automatique généré ponctuellement par leur logiciel. De même, les pharmaciens pourraient encourager les patients auxquels ils délivrent des opioïdes à réévaluer régulièrement leur prescription chez leur médecin prescripteur.

L'objectif premier de la réévaluation serait de garantir au patient une gestion adaptée de sa douleur, l'objectif secondaire serait de limiter l'usage problématique d'antalgiques.

6.3. Limites et biais

Une recherche scientifique n'a de la valeur que si elle respecte des critères de qualité et de rigueur. Contrairement aux recherches quantitatives, les recherches qualitatives ne se basent pas sur des données numériques et leurs analyses statistiques. Elles se basent au contraire sur des informations non numériques, récoltées par un chercheur dans un certain contexte et ont pour vocation de mieux comprendre un phénomène. Des chercheurs en recherche qualitative proposent d'apprécier la validité scientifique d'une étude qualitative sur base de la « *générativité* » (28), c'est-à-dire de sa capacité à développer la compréhension d'un phénomène et à faire naître de nouvelles idées dans un certain contexte, par un chercheur en particulier.

J'estime que mon étude a permis d'offrir une meilleure compréhension de l'expérience des généralistes avec la prescription de tramadol.

Concernant le contexte, les médecins interrogés ont généreusement accepté de me consacrer de leur temps en période de crise sanitaire. Je suppose qu'ils désiraient transmettre leur expérience et/ou me soutenir dans mon travail de fin d'études. Un médecin est enseignant, six médecins sont maîtres de stage, un médecin est rédacteur d'une revue médicale, ils jouissent probablement d'une formation médicale continue particulièrement actualisée. Leur fonction pouvait favoriser une position professorale, d'autant plus qu'ils se savaient enregistrés. Cependant, aux cours des entretiens, ils n'ont pas hésité à critiquer leur pratique et à se remettre en question. Les médecins ayant accepté de participer étaient a priori intéressés par le sujet ce qui évidemment a influencé leur témoignage. Cet intérêt pourrait être lié à leur formation et/ou à leur activité dans le domaine de la précarité, de la toxicomanie, des soins palliatifs et de la médecine sportive.

L'échantillon recruté, bien que varié, s'est restreint à 10 entretiens. La saturation des données n'a pas été atteinte. Il est vraisemblable que des entretiens supplémentaires auraient permis de nuancer et/ou consolider la conceptualisation. Les médecins interrogés étaient exclusivement francophones. Interroger des médecins flamands pourrait soulever des différences culturelles de prescription et de consommation du tramadol.

Dans le cadre d'une étude qualitative, le chercheur s'engage personnellement dans l'analyse. Ce thème de recherche m'intéresse car il reflète des difficultés rencontrées dans ma pratique et une interrogation émergeant de l'actualité et de la littérature médicale actuelle que je consulte régulièrement. Je suis par ailleurs membre actif de la SSM-J. Pour toutes ces raisons, en débutant cette étude, j'avais consciemment un a priori mitigé concernant le tramadol dont j'ai tenté de me détacher au mieux.

7. CONCLUSION

Le tramadol est un antalgique utilisé dans le traitement des douleurs aiguës et chroniques, d'intensité modérée à sévère. Il se caractérise par un mode d'action multimodal : opioïde, sérotoninergique et noradrénergique. Sa métabolisation est sujette à une variabilité génétique individuelle non prédictible dans la pratique actuelle des généralistes. Classé comme opioïde « faible », sa prescription n'est pas sans danger. Il expose aux effets indésirables et au risque de mésusage des opioïdes ainsi qu'à des effets indésirables propres. Cet opioïde est largement consommé en Belgique et principalement prescrit par les médecins généralistes.

L'étude qualitative menée auprès de dix médecins généralistes belges francophones analyse leur expérience face à la prescription de tramadol. Elle conclut à une ambivalence, exacerbée dans un contexte de prescription chronique.

Ce travail amorce également une réflexion sur la place du tramadol dans la pratique des généralistes et formule des recommandations concrètes afin d'améliorer la qualité des soins.

Dans le futur, le tramadol devrait faire l'objet d'une étude rigoureuse des autorités sanitaires belges. Il semble nécessaire d'examiner la pertinence de sa prescription par les médecins généralistes et spécialistes ainsi que d'évaluer parmi les patients la fréquence réelle d'effets indésirables, de troubles liés à son utilisation et de mésusage. L'objectif serait l'adoption de mesures assurant une prescription et une consommation appropriées du tramadol tout en respectant l'autonomie du médecin et du patient.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Expert Committee on Drug Dependence (WHO). Critical Review Report: Tramadol. In Geneva; 2018.
2. Korsia-Meffre S. Restriction de la durée de prescription de tramadol : retour sur les raisons de cette décision [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/24206-restriction-de-la-duree-de-prescription-de-tramadol-retour-sur-les-raisons-de-cette-decision.html>
3. Prescrire Redaction. Tramadol : augmentation de la mortalité? Rev Prescrire. 2020;40(437):189-91.
4. de Rouffignac S. Les études qualitatives. 2020; UCLouvain.
5. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
6. Vanmeerbeek M, Lafontaine J-B, Felgueroso-Bueno F. Guide de rédaction du TFE en médecine générale: UCLouvain, ULB, ULg; 2018.
7. Eyssen M, Benahmed N, Desomer A. Thérapies de soutien en cas de cancer - partie 3 : Traitement de la douleur : pratiques les plus courantes. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2013. (KCE Reports). Report No.: 211.
8. Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, Kessels T, Mingels S, Vanhalewyn M. Guide de Pratique Clinique - Prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins. À la demande du groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne (EBMPracticeNet); 2017 févr.
9. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings Clinical guideline [CG173] [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence. 2020 [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>
10. Duodecim Medical Publications Ltd. Éjaculation précoce. ebpracticenet. 2019.
11. Expert Committee on Drug Dependence (WHO). Update Review Report: Tramadol. In Geneva; 2014.
12. Miotto K, Cho AK, Khalil MA, Blanco K, Sasaki JD, Rawson R. Trends in Tramadol: Pharmacology, Metabolism, and Misuse. Anesth Analg. janv 2017;124(1):44-51.
13. Collart L, Luthy C, Favario-Constantin C, Dayer P. [Duality of the analgesic effect of tramadol in humans]. Schweiz Med Wochenschr. 27 nov 1993;123(47):2241-3.
14. Mylan. Tradonal : résumé des caractéristiques du produit. [Internet]. 2020 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cbip.be/fr/chapters/9?frag=6619&trade_family=27201
15. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. Clin Pharmacokinet. 2004;43(13):879-923.
16. Centre belge d'information pharmacothérapeutique. Opioïdes [Internet]. 2020 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/chapters/9>
17. Contramal : résumé des caractéristiques du produit [Internet]. 2021 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cbip.be/fr/chapters/9?frag=6619&trade_family=6478
18. Centre belge d'information pharmacothérapeutique. Le syndrome sérotoninergique. Folia Pharmacotherapeutica. mai 2016.
19. Tramadol - Grossesse et allaitement [Internet]. 2019 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=tramadol>
20. Prescrire Redaction. Les antalgiques opioïdes dits faibles. Codéine, dihydrocodéine, tramadol : pas moins de risques qu'avec la morphine. Rev Prescrire. 2015;35(385):831-8.

21. Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique. Rapport du jury-Texte long. Réunion de consensus: Institut national d'assurance maladie-invalidité; 2018 déc.
22. European Medicines Agency. Tramadol [Internet]. EudraVigilance- European database of suspected adverse drug reaction reports. [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.adrreports.eu/fr/index.html>
23. Toye F, Seers K, Tierney S, Barker KL. A qualitative evidence synthesis to explore healthcare professionals' experience of prescribing opioids to adults with chronic non-malignant pain. BMC Family Practice. 25 nov 2017;18(1):94.
24. Kennedy M-C, Pallotti P, Dickinson R, Harley C. « If you can't see a dilemma in this situation you should probably regard it as a warning »: a metasynthesis and theoretical modelling of general practitioners' opioid prescription experiences in primary care. Br J Pain. août 2019;13(3):159-76.
25. Prescrire Redaction. Tramadol+paracétamol : à éviter, comme le tramadol non associé. Rev Prescrire. 2013;33(355):347.
26. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. Saint-Denis; 2019 févr.
27. Szkutnik-Fiedler D, Grześkowiak E. Coexistence of chronic pain and depression: a short review with a focus on the antidepressant effect of tramadol and buprenorphine. 2018;8(1):80-8.
28. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. Recherches qualitatives. 2019;38(1):53-70.
29. RESPADD. Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire. Edition Respadd. Berd'huis; 2018.
30. Defined Daily Dose (DDD) [Internet]. World Health Organization. 2021. Disponible sur: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd>
31. Statistiques sur les médicaments délivrés en pharmacies publiques (Pharmanet) [Internet]. Institut national d'assurance maladie-invalidité. 2021. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/statistiques-medicaments-pharmacies-pharmanet.aspx>

REMERCIEMENTS

Je remercie mes dix confrères médecins généralistes de m'avoir partagé avec passion leur expérience.

Je remercie mon promoteur, le Docteur Marc Bouniton, pour ses précieux conseils et ses relectures attentives.

Je remercie également mes maîtres de stage et mes collègues pour tout ce qu'ils m'ont enseigné avec bienveillance.

Je remercie mes amis Lise-Laure, Charline, Élise, Hélène, Thomas, Margaux et Zoé pour leurs relectures et leurs remarques pertinentes.

Je remercie mes parents, mes grands-parents, mes frères et ma sœur pour leur soutien indéfectible.

Je te dédie ce travail Olivier, en pensant à toutes les pages qu'il nous reste à écrire ensemble !

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

(Version finale)

Guide d'entretien :

L'expérience des médecins généralistes avec le tramadol

Analyse qualitative menée par le Dr Sophie Denoël

I. PRATIQUE DE GENERALISTE

- Pouvez-vous me parler de votre parcours de généraliste ?
Sexe, âge, lieu de pratique, type de pratique, formation/ centres d'intérêt spécifiques

II. OUVERTURE

- Racontez-moi la dernière situation dans laquelle vous avez prescrit du tramadol !

III. PRESCRIPTION DE TRAMADOL EN PRATIQUE

- Pouvez-vous m'expliquer dans quelles situations vous prescrivez du tramadol ? Pour quelles indications ?
- A qui prescrivez-vous du tramadol ?
Parmi ces patients, retrouvez-vous un profil particulier de patients en termes de sexe, d'âge, de niveau socio-économique... ?
- A qui au contraire, évitez-vous de prescrire du tramadol ?
- Pouvez-vous me décrire sous quelles formes vous prescrivez le tramadol ?
Administration, forme galénique, posologie, taille de conditionnement, en association avec d'autres antalgiques / conjugué avec le paracétamol ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant les éventuels effets indésirables du tramadol ?
*Quelles informations et précautions remettez-vous aux patients ?
Vos patients connaissent-ils certains effets indésirables du tramadol ?
Le tramadol vous semble-t-il être un médicament sûr ?*
- Pour quelle durée prescrivez-vous initialement du tramadol ?
*Avez-vous des patients qui utilisent du tramadol de manière chronique ? Racontez-moi !
Dans quelle proportion par rapport à l'ensemble de vos prescriptions ?
Quel contexte ?
Quel profil de patient ?
Faites-vous intervenir d'autres spécialistes ?*
- Comment organisez-vous le renouvellement d'une prescription de tramadol ?
*Dans quelle proportion êtes-vous l'initiateur de la prescription ?
Si vous n'êtes pas l'initiateur, quel confrère ?
Renouvelez-vous différemment une prescription si vous en êtes (ou non) l'initiateur ?*
- Comment organisez-vous l'arrêt d'une prescription de tramadol ?

IV. AUGMENTATION DE LA PRESCRIPTION DE TRAMADOL EN BELGIQUE

Depuis plusieurs années, la prescription de tramadol augmente en Belgique :

- Comment pensez-vous qu'on puisse expliquer cette augmentation ?

- Quelle est votre expérience personnelle face à cette tendance ?

A quelle fréquence prescrivez-vous du tramadol ?

Impact de votre formation médicale

Impact des firmes pharmaceutiques

Impact de sa classification comme « opioïde peu puissant »

Impact de « la diabolisation des AINS »

Impact du prix / remboursement

Impact du type de pratique

V. LE GENERALISTE, PRINCIPAL PRESCRIPTEUR DE TRAMADOL

De toutes les spécialités, ce sont les médecins généralistes qui prescrivent le plus de tramadol :

- Qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Quelle est pour vous la place du tramadol dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste ?

VI. LE MESUSAGE DU TRAMADOL

- Que pensez-vous du risque de mésusage du tramadol ?

- Avez-vous des patients qui l'utilise de manière inappropriée ?

Parmi vos patients, avez-vous des patients devenus dépendants au tramadol ? Dans quel contexte de consommation ? Est-ce inscrit dans le dossier ?

Des overdoses ? Des tentatives de suicides ? Des décès ?

Des falsifications d'ordonnances / Du trafic ?

VII. PISTES D'AMELIORATION POUR UNE PRESCRIPTION APPROPRIEE DE TRAMADOL

- Que pourrions-nous mettre en place pour assurer une prescription appropriée de tramadol et éviter son mésusage ?

Au niveau du médecin généraliste / des autres médecins spécialistes

Au niveau du pharmacien

Au niveau légal

Autre ?

VIII. CONCLUSION

- Avez-vous encore d'autres points à aborder ?

ANNEXE 2 : Convention entre le chercheur et l'INAMI

CONVENTION ENTRE LE CHERCHEUR ET L'INAMI

L'INAMI donne l'autorisation d'utiliser le(s) fichier(s) de données que vous avez demandé(s) dans le cadre du protocole scientifique.

1. Aux termes de cette licence, le chercheur est autorisé à :

- Utiliser les données à partir d'un seul ordinateur,
- Analyser les données à des fins strictement non commerciales,
- Publier les résultats de l'analyse, à condition d'avoir envoyé, avant publication, un exemplaire du manuscrit au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) pour qu'il en prenne connaissance, et de mentionner la source (Service des soins de santé INAMI)

2. Mesures à prendre pour le respect de la vie privée individuelle

En cas de communication ou de publication de résultats basés sur des données Pharmanet, la possibilité d'identifier les personnes grâce au contexte doit être inexistante. Concrètement, cela signifie notamment qu'une seule cellule ne peut pas contenir moins de trois individus (small cell handling).

3. Aucun droit n'est accordé au chercheur en dehors des droits mentionnés ci-avant. En particulier, il n'est pas permis au chercheur de télécharger les données sur un macro-ordinateur ou un serveur ou de les placer sur un système ou un réseau pouvant être consulté par des tiers.

4. Cette licence est strictement personnelle, elle ne peut pas être cédée, elle est non exclusive et révoquée. Le chercheur ne peut pas confier ou transmettre les données à des tiers.

5. Le chercheur reste tenu par les limitations et les obligations qui lui sont imposées par la présente convention, même après la fin ou la révocation de la licence.

6. Le chercheur est obligé de dédommager l'INAMI pour tout dommage ou tout coût qui serait la conséquence du non-respect de la présente convention (licence).

7. L'INAMI ne peut pas être tenu responsable d'un quelconque dommage ou coût, matériel ou immatériel, découlant directement ou indirectement de l'utilisation de ce document ou des données, il ne peut pas non plus être tenu responsable du mauvais fonctionnement du système.

En signant ce formulaire, les parties se déclarent liées par les termes de la convention.

Le chercheur

Nom : DENOËL Sophie

Agissant au nom de : DENOËL Sophie
Travail en étude
Médecine générale
(UCL)

Adresse :

Signature

L'INAMI

Nom : F. Arickx

Fonction : pharmacien-conseiller

Signature

ANNEXE 3 : Graphiques réalisés sur base des données Pharmanet

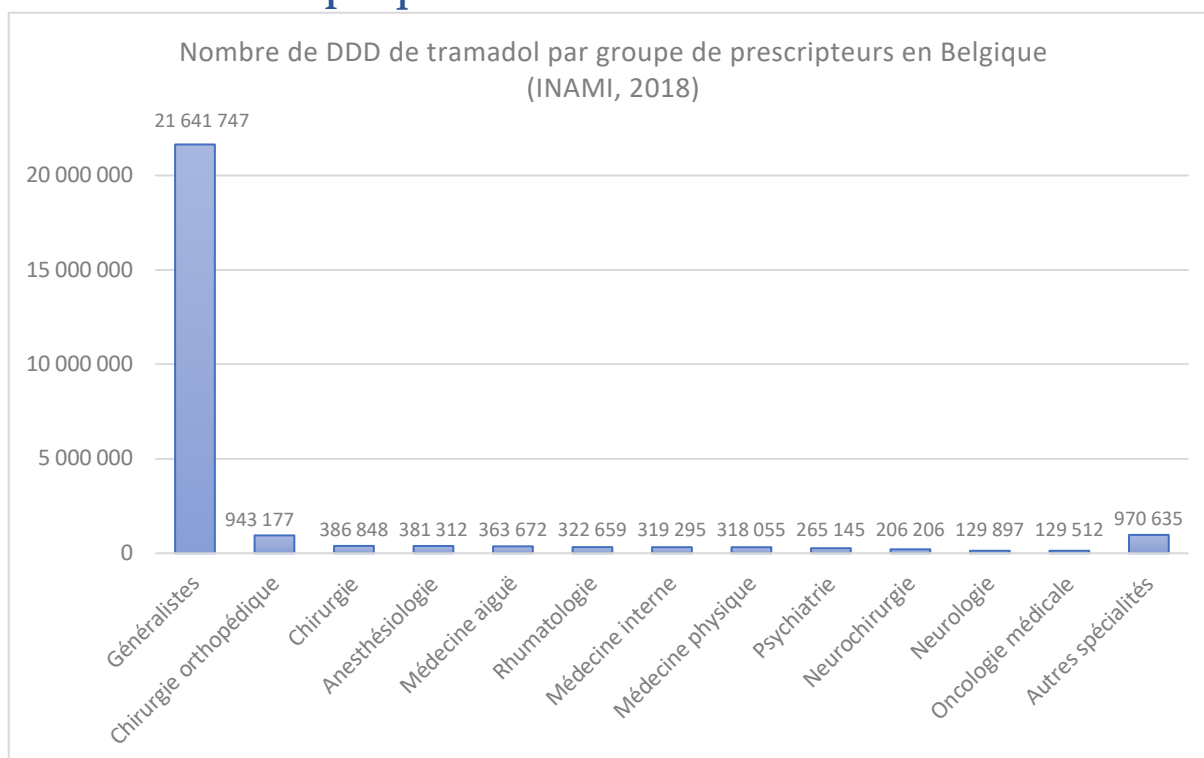


Figure 1: Nombre de DDD de tramadol par groupe de prescripteurs en Belgique (INAMI, 2018)

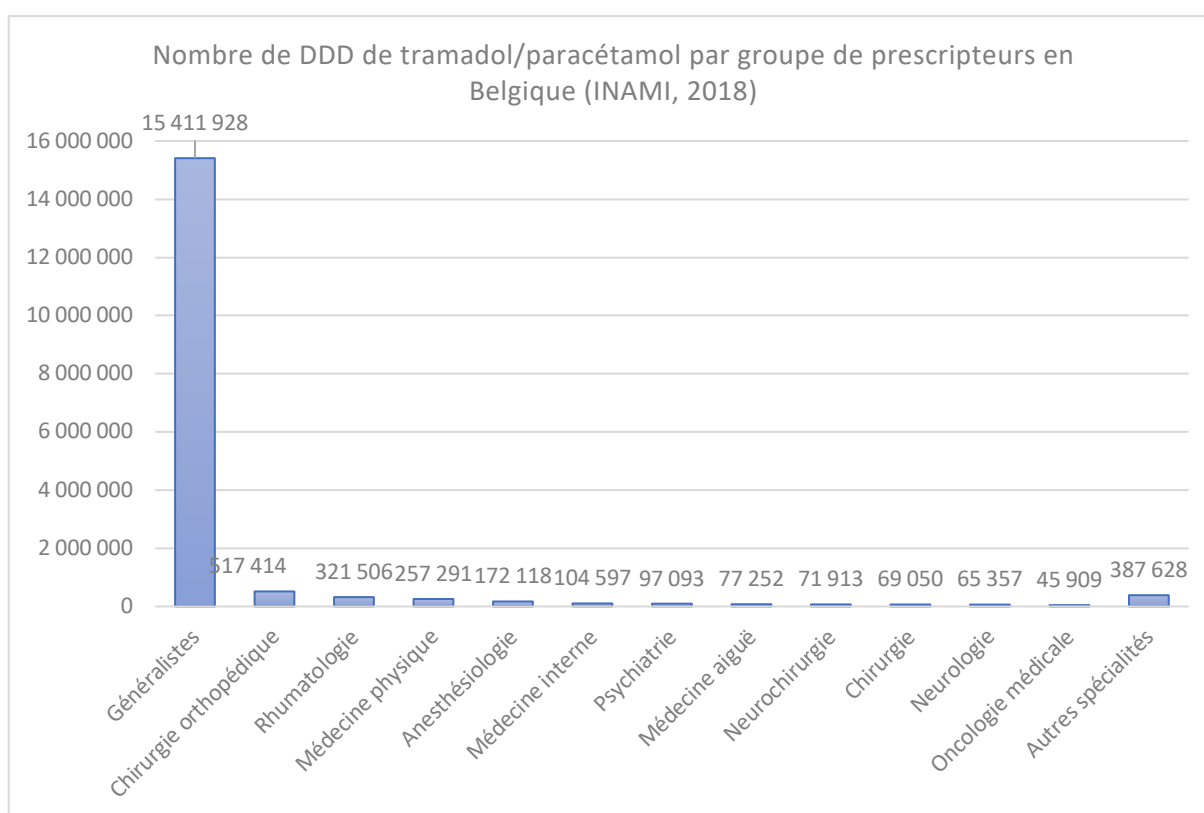


Figure 2 : Nombre de DDD de tramadol/paracétamol par groupe de prescripteurs en Belgique (INAMI, 2018)

ANNEXE 4 : Aperçu de l'expérience des médecins généralistes avec la prescription de tramadol

Tableau 3 : L'expérience des médecins généralistes avec la prescription de tramadol

Utilité de la prescription Difficultés de la prescription ▪ Effets indésirables avérés ▪ Troubles et mésusage ▪ Efficacité et tolérance variables et imprévisibles ▪ Place mal définie dans l'arsenal thérapeutique Difficultés spécifiques de la prescription chronique ▪ Complexité de la prescription chronique ▪ Causes de la prescription chronique - Chronicisation justifiée par le médecin - Choix de la facilité pour le médecin - Résignation du médecin à défaut d'alternative - Refus d'alternative par le patient - Difficultés de refuser une prescription à un patient demandeur
La prescription en pratique ▪ Décider - Age et comorbidités - Expérience antérieure au tramadol - Dépistage du risque de troubles et de mésusage ▪ Initier avec précautions - Expliquer et anticiper les effets indésirables - Adapter la forme, la posologie et la durée - Laisser au patient une marge de liberté ▪ Réévaluer pour arrêter ou renouveler - Renouveler une prescription initiée par un confrère ▪ Spécificités de la prescription chronique - Modérer plutôt qu'arrêter - Remettre en question la prescription - Trouver une alternative - Opter pour l'interdisciplinarité
Influences complémentaires ▪ Médecin prescripteur - Formations et informations variées - Expérience professionnelle - Expérience personnelle - Partenaire d'un réseau de soignants ▪ Relation thérapeutique dans le contexte de la douleur - Subjectivité de la douleur - Rôle du médecin face à la douleur ▪ Législation ▪ Prix, remboursement et considérations socio-économiques

ANNEXE 5 : Modélisations extraites de la littérature

“A qualitative evidence synthesis to explore healthcare professionals’ experience of prescribing opioids to adults with chronic non-malignant pain»

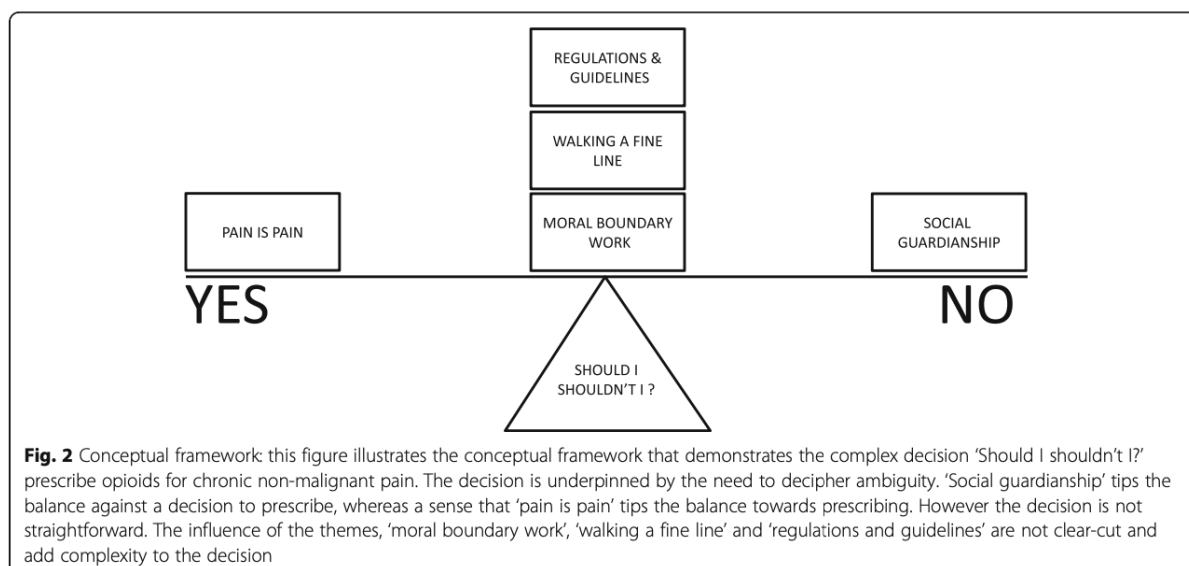


Figure 3 : Figure issue de l'article "A qualitative evidence synthesis to explore healthcare professionals' experience of prescribing opioids to adults with chronic non-malignant pain»

« 'If you can't see a dilemma in this situation you should probably regard it as a warning': a metasynthesis and theoretical modelling of general practitioners' opioid prescription experiences in primary care»

Suspicion Axis	• Trust and mistrust • Importance of aetiology • Monitoring
Risk Axis	• Physical and psychological harm • The morality of addiction • Monitoring
Disagreement Axis	• Consult variables
System Level Factors	• Inadequate pain management • Systems • Monitoring

Figure 2. Organising and global themes.

Figure 4: Figure issue de l'article « 'If you can't see a dilemma in this situation you should probably regard it as a warning': a metasynthesis and theoretical modelling of general practitioners' opioid prescription experiences in primary care»

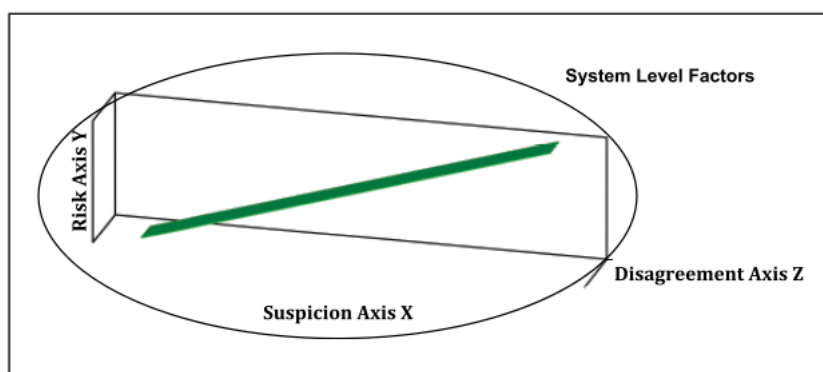


Figure 3. Theoretical framework: Risk, suspicion and disagreement axes interact to shape the opioid prescribing decisions. These are also influenced by system level factors which are seen to encompass these other variables.

Figure 5 : Figure issue de l'article « 'If you can't see a dilemma in this situation you should probably regard it as a warning': a metasynthesis and theoretical modelling of general practitioners' opioid prescription experiences in primary care»

COMPLEMENT : transcriptions anonymisées des entretiens

<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 1</i>	<i>2</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 2</i>	<i>14</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 3</i>	<i>25</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 4</i>	<i>32</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 5</i>	<i>42</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 6</i>	<i>53</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 7</i>	<i>68</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 8</i>	<i>79</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 9</i>	<i>90</i>
<i>ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 10</i>	<i>108</i>

Remarque : les passages **surlignés en jaune** sont cités dans les résultats de l'étude.

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 1

Chercheur : Pour commencer l'entretien, est-ce que vous pouvez me parler un petit peu de votre parcours, comme cela je vois aussi...j'apprends à vous connaître vous et à voir un petit peu...

Médecin généraliste 1 : (Rires) C'est long (rires)...

C : En résumé hein (rires) !

MG 1 : Moi je suis médecin généraliste depuis 1973, c'est vous dire, de nombreuses années. Je travaille encore un tout tout petit peu pour [ONG internationale de développement médical]. Je vois des patients au [projet visant l'accès aux soins des personnes vivant dans la précarité] de [ville de la province du Hainaut], structure qui reçoit essentiellement des patients SDF.

C : Ah oui !

MG 1 : Depuis le début de ma carrière, j'ai connu le début des maisons médicales et donc j'ai fondé une maison médicale dans la région de Charleroi. Qui fonctionne toujours très bien d'ailleurs. Et puis à un moment donné pour faire l'histoire courte, j'avais fait le tour de la médecine générale après 10-15 ans. Je suis parti [étudier la pédagogie médicale à l'étranger]. Puis je suis revenu, j'ai repris la médecine générale et à un moment donné j'ai [travaillé dans l'enseignement universitaire]. Je suis actuellement retraité. Et puis voilà. [Texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude].

C : Okay !

MG 1 : [Texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude]. Et c'est vrai que le tramadol est une substance qu'on retrouve quand même de temps en temps chez les toxicomanes. Mais j'imagine que ça, ça va concerner les questions que vous allez me poser.

C : Est-ce que je peux, c'est pour mes statistiques, sans indiscrétions vous demander votre âge, ou c'est déplacé ?

MG 1 : 72 ans, (rires), un vieux pensionné. Je...je...j'essaie de m'occuper, j'ai plein d'occupations... malgré mon âge (rires) !

C : (Rires) Est-ce que vous pourriez me raconter la dernière situation ou une des dernières où vous avez prescrit du tramadol ?

MG 1 : Oufi !

C : Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous vient à l'esprit ?

MG 1 : Je pense que si j'ai prescrit du tramadol dans les derniers mois ce sera à un patient (hésitations) avec des problèmes de douleurs musculo-squelettique. Qui répond mal à un traitement classique anti-inflammatoire et paracétamol. Je dirais que les analgésiques du palier 2 pour moi gardent l'indication dans ce type de douleur pour autant qu'on vérifie le statut toxicomane du patient et qu'on s'assure qu'il n'est pas par ailleurs toxicomane à l'héroïne ou à un morphinique.

C : Oui c'est ça ! Donc pour vous finalement les situations pour lesquelles un médecin généraliste est amené à prescrire du tramadol. C'est d'une part musculo-squelettique. D'autres indications pour vous ?

MG 1 : On a une panoplie de médicaments, on a quand même pas mal d'analgésiques disponibles. Et donc pour moi le tramadol est un palier 2, un agoniste de la morphine. Un médicament que je trouve efficace mais avec lequel je trouve quand même qu'on a beaucoup d'effets secondaires. Je trouve qu'indépendamment de la constipation qui peut se traiter, ce n'est pas rare qu'on ait des nausées, ça c'est assez fréquent mais aussi des vertiges. Des gens qui ont une intolérance au tramadol ce n'est pas si rare que cela. Dans mon expérience j'avais l'impression que c'était même un peu plus fréquent qu'avec des produits comme le Valtran, qui est la tilidine associée à la naloxone qui est un analgésique que j'aime bien parce qu'on peut l'utiliser en gouttes et puis que voilà, il y a tout de même la naloxone quand on dépasse les doses tolérées. Donc voilà, je pense que dans les paliers 2 il y a aussi la codéine. Évidemment les nombreuses associations paracetamol-codéine qui existent et que moi je trouve sont aussi des produits efficaces. (Hésitations) donc je dirais que je tente le palier 1 puis je pense qu'au palier 2 pour moi c'est Valtran, codéine ou tramadol. Avant d'utiliser un médicament du palier 3.

C : Je trouve que c'est intéressant que vous disiez : "d'abord vérifier qu'il n'y ait pas de toxicomanie". Finalement, quels sont...est-ce qu'il y a des critères pour vous de patients vers lesquels vous iriez plus vite -ou au contraire moins vite- vers le tramadol. A qui est-ce que vous décidez de prescrire du tramadol ?

MG 1 : (Hésitations) Je ne pense pas que je prescris ce médicament à un toxicomane. Parce que d'abord je ne sais pas si cela ne va pas faire effet cumulatif avec d'autres substances, le danger d'avoir une toxicomanie secondaire avec le tramadol. Ça je pense qu'avec un toxicomane c'est exclu que je prescrive ça. Donc pour moi c'est une contre-indication clairement. Et puis, je me demande si le médicament ne va pas être revendu aussi...Et votre question c'était ?

C : C'était : "finalement, comment décidez-vous à qui vous prescrivez ou non ?"

MG 1 : Je pense, je crois vraiment que c'est comme antalgique dans des situations assez douloureuses. Donc ça peut être...Je dirais que dans la colique néphrétique moi je vais plutôt utiliser un anti-inflammatoire donc, je ne suis pas sûr, d'autant plus qu'on est déjà nauséux...Des céphalées, faut déjà qu'elles soient sévères. Des céphalées de tension à mon avis c'est pas une indication. Les migraines ce n'est pas une indication non plus. Donc les céphalées pour moi c'est pas vraiment une indication non plus. Peut-être une douleur abdominale, une douleur de type pancréatite. Mais le danger si on a affaire à une pancréatite chronique c'est d'avoir une accoutumance. Le but est quand même de prescrire ce médicament un maximum d'une semaine/ dix jours. Mais essayer de ne pas enclencher un processus de dépendance, me semble-t-il. Je ne suis pas un expert de ces questions-là mais c'est comme cela que je le considère dans ma pratique.

C : Et est-ce que parfois c'était une demande du patient ? De spécifiquement de recevoir du tramadol ?

MG 1 : (Réflexion) Il peut y avoir des demandes du patient, oui effectivement, des demandes de tramadol. Mais à ce moment-là cela se négocie. Ça se négocie au coup par coup. Ici au *[projet visant l'accès aux soins des personnes vivant dans la précarité]* on évite d'initier des traitements, notamment benzo par exemple cela on n'initie jamais. On refuse. C'est difficile. Parce que

vraiment c'est quelque chose qu'on doit discuter avec les patients mais c'est rare qu'on initie une prescription de tramadol chez des patients SDF qui vont peut-être les revendre dans la rue, peut-être faire des cocktails. Donc dans ce contexte spécifique de consultation ce n'est pas une prescription fréquente. Je dirais.

C : C'est ça. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment, sous quelle forme vous prescrivez le tramadol du coup ?

MG 1 : Disons que, soit en gouttes, qui est assez maniable, soit le Tradonal Odis qui est assez facile puisqu'il est en sublingual. Moi c'est la forme que j'utilise, les formes que j'utilise les plus régulièrement. Relativement peu les formes retard, avec des doses de 50 mg à 200 mg maximum j'ai envie de dire. Je sais qu'on peut aller à 300 mg mais il faut tout de même aussi faire attention, je ne vois pas beaucoup de personnes âgées au *[projet visant l'accès aux soins des personnes vivant dans la précarité]* forcément où les gens ont rarement, malheureusement, au-delà de 60 ans. Mais chez les personnes âgées, c'est quand même une métabolisation hépatique, c'est un médicament qui a pas mal d'interactions aussi par ailleurs. Donc ce n'est pas une prescription spontanée, c'est une prescription qui est réfléchie et qui est contextualisée et qui est discutée avec le patient me semble-t-il. Moi je suis un grand défenseur, je ne vais pas dire du raisonnement clinique, pour moi l'application du raisonnement clinique tient compte -je ne vais pas vous faire des théories là-dessus- tient compte quand même du contexte du patient, c'est un élément important. Donc si c'est une situation complexe, je vais essayer de voir, formuler des hypothèses. Voir un peu en fonction des hypothèses, essayer de vérifier mes hypothèses, puis essayer d'expliquer au patient le pour et le contre. Voir un petit peu comment je peux créer un lien thérapeutique avec lui. Et puis en fonction de cela, je dirais la prescription de tramadol c'est finalement le bout de la ligne et c'est assez secondaire dans une rencontre médecin patient, pour moi. Parce que, d'autre part, je ne suis pas partisan...donc je prescris du tramadol...mais je ne suis pas partisan de manipuler beaucoup beaucoup de molécules. Je n'ai pas besoin d'en avoir 25. J'ai besoin d'un palier 1, d'un palier 2, d'un palier 3, de connaître ce que je prescris. Mais je ne vais pas...j'utilise peu le Temgesic par exemple. Je ne sais pas pourquoi, parce que voilà. (Hésitations) Comme les antidépresseurs. Je sais que le tramadol a un effet aussi sur la noradrénaline et la sérotonine donc associer à un antidépresseur le tramadol ce n'est pas non plus génial. Donc voilà, il y a toute une série de considérations. Je dirais qu'au-delà de la prescription de tramadol, moi je trouve que c'est vraiment le lien thérapeutique qu'on a créé avec le patient, la manière dont on va gérer ce raisonnement clinique. Et un des écueils pour vous -moi j'ai du temps je suis pensionné – c'est que vous n'avez pas beaucoup de temps parce que vous êtes jeunes et très sollicités. Un des écueils c'est le temps disponible pour la rencontre médecin-patient. Je trouve qu'on est, vous et vous êtes tellement pris maintenant dans ces histoires de covid, de papiers, de gestion de cabinet etc, que tous ces éléments-là contextuels qui à mon avis jouent un rôle important dans la rencontre et en corollaire dans la prescription. Parfois c'est plus facile de clôturer une consultation pour un lombalgique en prescrivant du tramadol, que de passer du temps à expliquer que voilà, dans le mois qui suit 80% des douleurs vont disparaître, qu'il n'y a pas de « red flag ». Et qu'en conséquence la prescription est limitée aussi bien en anti-inflammatoire qu'en tramadol. Vous voyez ce que je veux dire ? Donc c'est vraiment insister pour qu'on applique un raisonnement clinique adéquat. On avait une réunion au *[projet visant l'accès aux soins des personnes vivant dans la précarité]* la semaine passée, à un moment donné on discutait de certaines réunions pour discuter des projets de *[ONG internationale de développement médical]*. Et puis en écoutant une enquête qu'ils avaient faite auprès des patients qui consultent, je leur ai expliqué que : "vous savez les flamands il y a des années d'ici, ils enseignaient une méthode de consultation qui s'appelait le "methodisch werk". Pour faire simple, ça se résume à ceci : "pourquoi ce patient vient-il me voir aujourd'hui ?". Pourquoi ce patient vient me voir, et ce n'est pas son conjoint ; il vient me parler d'un problème et puis finalement il m'explique...enfin bon vous connaissez ça ! Je pense que

parfois le patient consulte alors que la personne malade est parfois autre, quelqu'un d'autre, donc il faut recontextualiser cette personne. Pourquoi ce patient vient me voir moi qui suis généraliste et qui suis à la consultation ce jour-là, pourquoi est-ce qu'il ne va pas chez son médecin traitant ? Pourquoi est-ce qu'il vient vous voir vous comme assistante alors qu'il ne voit pas votre superviseur, alors que votre superviseur a une plage de consultation libre aujourd'hui ? Pourquoi est-ce qu'il vient vous voir vous ? Et pourquoi il vient vous voir aujourd'hui ? Aujourd'hui parce qu'il y a trois semaines qu'il a mal, il a été chez la voisine, il a pris du tramadol que sa copine lui a donné et puis il vient chez vous disant "est-ce que je pourrais avoir une ordonnance de tramadol ?". Et c'est en fait la voisine qui le lui a donné. Et donc si vous ne mettez pas en évidence tout ça... ! Ou bien il vient vous voir parce qu'il a mal à la tête mais (hésitations) ou il a mal à la poitrine et il y a deux trois semaines y a un de ses collègues au bureau qui est mort brutalement d'un infarctus. Et donc il est, il est inquiet bien sûr...Mais si vous ne mettez pas en évidence la vraie raison de consultation, le « reason for contact » comme on dit, je pense que vous allez vite passer à du tramadol ou à une autre prescription. Alors que, que finalement ne rien prescrire c'est aussi thérapeutique. Donc je vous sors du cadre strict du tramadol pour élargir un peu le questionnement vers...Moi je crois que le privilège de la carrière académique, c'est d'être fort en contact avec tous les travaux sur le raisonnement clinique, avec nos collègues flamands sur le methodisch werk mais aussi avec d'autres, ça ça a été vraiment, avec l'enseignement, la partie la plus intéressante de mes 10 années universitaires, parce que j'avais l'impression que j'apprenais énormément de choses. Y'a eu les travaux de Moira Stewart sur la relation, y'a eu plein de trucs, y'a eu tous les travaux sur la communication de nos collègues québécois, Marie-Thérèse Lussier notamment qui a publié un beau bouquin là-dessus. Et je trouve que ça ça m'a beaucoup aidé dans mon approche de la rencontre médecin-patient. Et je trouve, je ne sais pas, c'est pour faire votre TFE que vous faites cette enquête ?

C : Oui

MG 1 : Et vous centrez votre questionnement sur quel genre d'aspect de la prescription de tramadol ?

C : Alors moi d'abord, c'est essayer de mieux comprendre les déterminants de la prescription. Et la finalité, ce serait de voir comment prescrire de manière appropriée et tout en évitant le mésusage. Et donc sur base de la dizaine d'entretiens que j'espère pouvoir mener, mon idée c'est d'essayer de d'abord mieux comprendre finalement l'expérience et le vécu des généralistes face à l'utilisation de tramadol. Et c'est pour cela que j'essaie un petit peu de voir votre vécu à vous.

MG 1 : (Exclamation) Oui, mon vécu, il est large ! (Rires) Je sors un peu du cadre du tramadol et en même temps vous parlez de déterminants de la prescription je pense que parler des déterminants de la prescription ce serait dommage de ne pas parler des déterminants de la santé. Parce que ce qui fait qu'un patient va faire une demande d'antalgique -palier 1, 2 ou 3- c'est précisément et aussi les déterminants de santé sur son état. Je crois que ça c'est vraiment le contexte principal d'une prescription d'analgésique et donc (hésitations), mon vécu de cette prescription c'est que c'est un médicament pas si souvent prescrit que cela en médecine générale.

C : C'est ça... !

MG 1 : Pas si souvent. Mais quand il est prescrit il doit l'être en étant extrêmement attentif à l'ensemble de la démarche clinique qui conduit à ça. Prescrire du tramadol à un lombalgique sans l'avoir examiné, pour moi ça c'est grave !

C : Je me demandais, dans quelle mesure est-ce que, quand vous renouvelez une prescription de tramadol, vous êtes l'initiateur de la prescription ou pas ?

MG 1 : Pas toujours. Ça honnêtement pas toujours parce qu'il y a des gens qui en prennent et qui viennent à la consultation en disant voilà "mon médecin...". Parce qu'en plus moi je vois des patients pour le moment, mais même quand je travaillais en médecine générale, je vois des patients qui viennent, qui sont à la rue, qui sont parfois des migrants, des gens qui...Et donc je suis étonné parfois de la légèreté de la prescription de tramadol. Et donc j'ai des gens plus souvent qui viennent redemander des ordonnances que moi-même initier j'ai l'impression.

C : Et dans ce cas-là, vous, quand vous renouvelez, vous procédez de manière différente que quand vous êtes l'initiateur ? Ou... ? Qu'est-ce qu'il se passe quand quelqu'un vient demander un renouvellement ?

MG 1 : Je pense que c'est...si c'est quelqu'un que je ne connais pas ça va, ça va être créer le lien avec ce patient. Et l'interroger. Pourquoi est-ce qu'il vient me voir aujourd'hui, moi ? Pourquoi est-ce qu'il ne va pas chercher son ordonnance chez son médecin traitant habituel par exemple ? Cette histoire de methodisch werk ce n'est pas con du tout ! C'est tellement simple mais en même temps c'est parfois des bonnes questions à se poser je trouve. Pourquoi est-ce qu'il vient me demander une prescription de tramadol. Pourquoi est-ce qu'il n'en a plus ? Enfin, là on rejoint un petit peu toutes les interrogations qu'on a parfois avec les toxicomanes qui viennent demander de la méthadone. "J'ai plus de gélules, on m'a piqué mes gélules etc". Donc tout ça c'est... Le maître mot de ce renouvellement pour moi c'est vraiment la négociation premièrement. Deuxièmement, l'éducation du patient, lui expliquer. Troisièmement créer un partenariat avec lui, un lien thérapeutique. Je pense par exemple pour le moment, ça c'est aussi une chose que j'ai découverte depuis deux trois ans. Au Québec ils ont ce qu'on appelle « les patients partenaires ». Ils ont développé ce concept. Et vous avez par exemple à Montréal un patient partenaire qui a une unité de recherche, un bureau, qui participe à l'enseignement. Cette notion de patient partenaire est intéressante parce que je pense que quelque part le patient a une expertise dans sa maladie et donc il faut essayer de créer ce partenariat. Donc je parle d'éducation, je parle de partenariat, et puis de négociations quant à la prescription oui/non. Et si, on a prescrit je pense que c'est avec en arrière-pensée l'idée d'essayer à mon avis de diminuer la dose. C'est très difficile, je mentirais en disant que c'est simple. Je crois que ce n'est pas simple du tout parce que ça peut être des consultations qui prennent du temps, parce que c'est pas facile de dire non. Ça c'est une autre chose qui faudra faire apparaître dans votre travail. C'est la difficulté, particulièrement pour des jeunes médecins, c'est de dire non. Parce qu'on est là comme allié du patient pour répondre à sa demande et pour lui faire plaisir. Puis on a envie d'être reconnu, et on a besoin de ce réapprovisionnement narcissique du patient qui est content et qui vous dit "vous êtes un bon docteur". On viendra vous dire ça chaque fois : "vous êtes un bon docteur" et puis hop, la phrase suivante c'est "vous allez me prescrire mon ordonnance de tramadol". Et donc ça peut être extrêmement difficile pour le soignant et frustrant pour le patient de refuser une prescription. Donc c'est très très difficile, c'est très très difficile. Et je pense que si on veut diminuer la dose il faut le faire très progressivement, 10% par semaine, peu importe. Enfin il faut, il faut...ce n'est pas simple. C'est comme un sevrage de benzodiazépines c'est très difficile aussi hein. Et donc nous, quand on a des gens au relais santé auxquels on dit qu'on ne prescrira pas le benzo parce qu'on n'en prescrit pas. Y'en a qui se fâchent tout rouge, qui claquent la porte, qui foute le bordel dans le secrétariat donc c'est vraiment parfois difficile. Mais bon, on reste calme. On dit "beh écoutez, nous on a pris la décision qu'on ne prescrivait pas de benzo", c'est pas le cas pour le tramadol.

C : Et dans quelle mesure pensez-vous que le type de pratique puisse influencer parfois, la represcription, le renouvellement. Est-ce que vous pensez qu'il y ait certaines pratiques qui soient plus faciles...

MG 1 : Bah écoutez, moi (hésitations), quand j'étais enseignant, j'ai toujours dit que la pratique solo n'était pas adaptée à la pratique d'aujourd'hui, pas parce que je défends les maisons médicales... Et moi-même j'ai fait toute ma carrière dans une maison médicale d'ailleurs ce qui m'a rendu possible mon activité académique. Parce que quand je suis parti *[à l'étranger]* j'ai été remplacé par l'équipe et puis quand j'ai postulé, j'ai demandé à mes collègues "Écoutez voilà, si je postule, je serai moins disponible y compris pour la gestion de la maison". Ils ont dit "Okay, on accepte" et donc j'ai été moins disponible. Le travail en équipe pour moi c'est...aujourd'hui ce n'est plus possible de faire autrement ! Je ne sais pas quelle est votre intention quand vous allez vous installer. Mais il y a vraiment beaucoup beaucoup de raisons. Ici je vois bien par exemple j'ai demandé à l'infirmière de la maison médicale de me faire un article hier *[texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude]* sur son expérience covid en maison médicale. C'est très clair que le partenariat avec l'informaticien, l'assistante sociale, avec les bénévoles, pour la gestion des masques pour la gestion des prescriptions pour les frottis...Maintenant en maison médicale ils ont un médecin qui vient rien que pour les papiers et les frottis donc ils ont sorti ça de leur activité. Donc je pense que la structure, l'informaticien a pu aider pour toute une série de tâches administratives, je pense que la structure répond beaucoup mieux à des questions complexes comme cela. Deuxièmement, je pense que quand vous êtes dans une structure de groupe, vous pouvez mieux déléguer les tâches. Chez nous les tâches de vaccination sont déléguées aux infirmières mais on est présent. Moi quand je travaillais je ne sortais jamais un dossier d'une armoire parce que les dossiers étaient prêts. Je pense qu'on peut faire beaucoup plus facilement de la délégation quand on est dans une structure d'équipe. Et (hésitations) je crois que par exemple si vous êtes femme seule et que vous êtes dans un cabinet seule chez vous. Le risque d'une agression est plus important que si vous êtes dans une équipe. Je me souviens d'une étudiante qui m'avait dit "écoutez, moi je ne ferai pas la médecine générale parce que j'ai beaucoup trop peur des gardes. Des gardes de nuit". Imaginez à Charleroi moi j'avais des collègues qui faisaient parfois des gardes à Jumet dans des conditions où ils disaient "écoute moi je n'étais pas très à l'aise". Aujourd'hui ce problème est réglé parce que maintenant ici à Charleroi et ailleurs, les gardes de nuit sont faites avec un chauffeur, un taxi et elles sont complètement sécurisées. Mais c'était il y a une dizaine d'années. Donc je pense que la sécurité d'un cabinet où on est seule, femme, avec des patients qui sont malheureusement de plus en plus bizarres parfois, ou tordus, ça peut être dangereux. Donc je crois que, et particulièrement les populations de patients à qui vous allez refuser l'ordonnance de tramadol, ou méthadone, ou une morphine. Et qui peut devenir agressif. Les agressions ne sont pas fréquentes mais je pense, moi je me suis toujours senti en sécurité, et les assistantes qu'on a eu qui sont devenues des collègues à la maison médicale se sont toujours senties en sécurité parce que au moindre problème la porte est là et les collègues disponibles. Je veux dire, et même beaucoup de cabinets aujourd'hui sont conçus pour que le médecin n'ait pas...que la porte soit proche du médecin. Si le patient est de l'autre côté de votre bureau et qu'il vous coince, vous êtes paumés. Mais si vous êtes de ce côté-ci du bureau et que vous avez la porte à votre droite... Vous parlez de tramadol, c'est quand même un agoniste de la morphine, même s'il est plus léger, c'est un palier 2, moi je trouve que ça pourrait un jour, c'est rare, ça pourrait un jour arriver. Donc voilà, il me semble qu'il y a beaucoup de raisons...Et puis d'autre part vous pouvez plus facilement référer vers une psychologue ou une assistante sociale. On voit bien que dans l'enquête qu'ils ont présentée la semaine passée, on voit bien que ce qui est essentiel pour les patients finalement c'est qu'ils se sentent entendus et reconnus comme personne à part entière. Est-ce que vous voyez de tels patients dans votre pratique ?

C : Oui, oui !

MG 1 : Des patients précarisés ?

C : Oui, oui, Fedasil beaucoup !

MG 1 : Eh bien oui, c'est gens-là qu'est-ce que vous voulez ? D'abord, les médecins, quand on veut les leur envoyer ils n'ont pas de temps. Et chez nous, forcément on a un peu de temps, moi je consulte avec une infirmière, donc on est deux, on parle avec eux etc. Ce que les patients ont besoin, c'est qu'on ne les stigmatise pas comme prostituée, comme SDF, comme alcoolique...Mais qu'on les reconnaisse comme personne, c'est pas toujours facile d'ailleurs. Parce que parfois on a des transferts, des contre-transferts négatifs. Mais (hésitations)mais donc voilà, je trouve que le fait de travailler dans une équipe où on peut aborder les cas, ou on peut les transférer éventuellement à un collègue. Ça c'est quand même intéressant ! Donc quelqu'un qui prend du tramadol et qui est toxicomane, écoutez, et qui n'a pas de logement. On lui dit d'abord : "tiens, allez d'abord voir l'assistante sociale voir un peu avec elle ce que vous pouvez régler". Tout ça sont des outils qu'on peut utiliser dans le cadre d'une équipe. Moi je dis souvent à *[ville de la province du Hainaut]* que l'infirmière qui est dans le bureau d'à côté, elle est infiniment plus efficace que moi, parce qu'elle a le contact régulier avec les patients, elle les connaît mieux que moi. Et elle a aussi un certain lien de continuité avec eux pour régler les démarches psycho-sociales j'ai envie de dire. Et donc, pour moi ça n'aurait aucun sens de faire ce travail, de voir ce type de patients dans mon bureau tout seul, ce serait un non-sens complet. Et ça nous renvoie à la prescription de tramadol, parce que le tramadol est un produit qui est quand même utilisé dans ce contexte-là aussi. Je ne sais pas ce que vous en pensez, parce que moi je baratine là...

C : Non non, tout à fait ! J'aurais aussi voulu avoir votre avis sur le fait que depuis plusieurs années quand même, la prescription de tramadol augmente en Belgique, quelle est votre expérience vous, face à cette tendance, personnellement ?

MG 1 : Oui, je sais qu'elle augmente. Je sais que des gens ont une accoutumance, tout ça je le sais. Mais moi, je n'ai plus une patientèle suffisamment large que pour avoir une expérience significative sur les deux trois dernières années puisque maintenant je travaille comme bénévole donc je trouve que mon regard est biaisé par la population que je soigne et par le fait que je ne vois pas énormément de patients étant donné mon activité de bénévole pour. Donc j'ai difficile à vous répondre. J'ai toujours été, je pense, assez mesuré dans mes prescriptions. J'ai tellement lu ces trucs, ces articles qu'on discutait au cours sur la surprescription ou la sousprescription, ça s'appelle « start and stop ». Et donc j'ai été tellement sensibilisé à ces questions-là et puis aussi *[Prescrire]*, je n'ai pas l'impression d'avoir été soumis à des demandes très fortes de ce genre de produits. Maintenant méfiez-vous, on nous disait mais je pense que ce n'est pas faux, un médecin qui a la prescription facile et qui ne dit jamais non, ou qui ne refuse jamais ni un certificat ni une prescription de tramadol, il a souvent une salle d'attente bien remplie. Parce que les gens se parlent, ils le savent. Donc s'ils savent qu'en venant chez vous, pas de problème ils vont avoir leur prescription de tramadol. Je dis pas qu'on va faire la file, et ce n'est certainement pas ce que vous faites, mais je pense que ça risque d'augmenter le nombre de demandes de prescriptions. Mais oui, oui effectivement on dit qu'il y a plus de prescriptions de tramadol. Mais moi dans mon expérience je n'y ai pas été confronté.

C : Si je vous dis que parmi toutes les spécialités, c'est les généralistes qui prescrivent le plus. Qu'est-ce que cela vous évoque, vous ?

MG 1 : Que les généralistes sont les prescripteurs de 80% des médicaments. Que ça c'est normal. Que donc ça fait partie de leur formation. Ce n'est pas pour rien qu'on fait des cours de prescription. Et si possible avec les pharmaciens, est-ce que cela existe encore ?

C : Non !

MG 1 : Bon, à l'époque on faisait ça avec les pharmaciens. C'était assez amusant parce que les pharmaciens venaient à nos séminaires et on avait toujours un pharmacien qui était présent et un médecin, au séminaire. Cette formule d'enseignement nous plaisait bien. C'est comme le cours de logistique qu'on faisait avec *[nom de médecin]*, c'était un cours où on discutait de la pratique...Mais le cours de prescription est important.

C : Qu'est-ce que cela vous évoque quand on dit que ce sont les généralistes qui prescrivent le plus le tramadol ?

MG 1 : Oui, cela m'évoque que les généralistes doivent être formés à la prescription rationnelle et efficace, parce qu'ils prescrivent beaucoup effectivement. Les patients viennent pour renouveler les médicaments. Et par exemple cela impose qu'un généraliste quand il fait un renouvellement, quand vous avez un chronique qui vient renouveler ses médicaments, vous n'avez pas beaucoup de temps, mais il y a une question essentielle : "Quoi de neuf ?". Est-ce qu'il y a du changement depuis la dernière fois ? Avant de renouveler un médicament. Et si vous avez une prescription de tramadol à renouveler : "Comment ça va ? Quels sont les effets secondaires ? Est-ce que l'indication est encore posée ?". Mais disons, est-ce qu'il y a quelque chose de neuf ? Moi je trouve que pour le médecin généraliste c'est important qu'il soit bien formé et qu'il continue à se former. Je pense que Prescire est une revue que moi je trouve un peu intégriste dans la mesure où avec Prescire on ne prescrirait plus rien. Vous connaissez la revue Prescire ?

C : Oui oui, j'y suis abonnée.

MG 1 : C'est parfois un peu lourd. Et alors il y a aussi un deuxième défaut *[texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude]*. Le deuxième défaut à mon avis c'est que c'est un peu franco-français et que c'est souvent des articles très longs, et que moi ça m'embête des articles en français. Et donc je suis abonné à UpToDate. Vous connaissez UpToDate ?

C : Oui oui, bien sûr !

MG 1 : Moi je trouve qu'UpToDate..., d'abord je sais bien la querelle des experts d'evidence based medicine, c'est vrai que dans UpToDate il y a aussi des avis d'experts mais c'est quand même tenu à jour. C'est une banque de données, avec la SSMG, qui coûte 360 euros mais je trouve que c'est très convivial et d'accès très rapide. Quand j'ai une question pointue sur une maladie que je ne connais pas bien. Je n'ai pas peur d'aller directement sur UpToDate, je vais chercher et j'essaie de trouver une réponse. Y'a les summaries, y'a vraiment des résumés. Et je trouve que c'est une source pour les cliniciens, moi je l'ai sur mon smartphone et je trouve que c'est rapidement accessible finalement, plus que Prescire. Parce que Prescire c'est parfois. Non mais c'est des gens qui vérifient tout, mais qui sont parfois aussi...Mais bon c'est leur job, ils sont là pour ça, ils ont eu l'élégance de ne jamais jamais, et ça c'est évidemment un principe qui leur permet de garder leur intégrité, de ne jamais avoir de lien avec un quelconque sponsoring et donc ils vivent de leurs abonnements. Et donc ça c'est évidemment très chouette. Mais donc le généraliste doit à mon avis avoir des sources d'information fiables et doit avoir un regard critique sur ces sources d'information. Parce que même les enseignements continus, vous avez souvent une firme qui sponsorise et puis des orateurs qui font une petite fleur aux délégués enfin bon...Je

pense que l'intégrité n'existe pas toujours, il faut tout de même pas se leurrer. Donc voilà, ça c'est des choses auxquelles je trouve qu'il faut rester sensible, bien choisir ses sources d'information.

C : C'est ça, donc vous parliez de formation, de sources d'information. Qu'est-ce qu'il existe encore pour permettre une prescription appropriée de tramadol à l'heure actuelle, d'après vous ? Est-ce qu'il y a autre chose ?

MG 1 : La plus accessible c'est le CBIP, les folia. Celui-là est aussi sur les smartphones. Quand je cherche un nom de spécialités pour la Belgique et un prix etc, un remboursement. Ça je vais là-dessus. J'ai l'impression que j'ai à peu près dit l'essentiel mais, moi j'ai vécu, évidemment c'est de la vieille histoire, j'ai l'impression de parler comme un vieux crocodile. Mais j'ai vécu les débuts de l'evidence based medicine. Et j'ai eu la chance de vivre le début de la lecture critique d'articles médicaux, ça commençait en 85, le premier livre, le premier article de...concernant l'EBM a été publié dans le JAMA dans les années 80 sur l'hépatite. Et c'était un article fascinant parce que cet article expliquait qu'il y avait 15 000 références sur l'hépatite. Que donc c'était impossible de maîtriser les données de la littérature sur un sujet. Et donc c'est comme cela qu'à un moment a émergé dans les années 85 l'idée de la lecture critique des articles médicaux et donc aussi de déterminer quels étaient les articles valides et fiables puisque c'était les deux caractéristiques. Et donc c'est à partir de ce moment-là qu'alors dans les années 92-93 Sackett et ses collègues ont publié les premiers papiers sur l'evidence based medicine. Et ils ont toujours dit que ce n'était pas des cookbooks, ils ont toujours dit que ce n'était pas des livres de recettes. Donc UpToDate n'est pas un livre de recettes, ils ont toujours dit ça. Sackett a toujours écrit ça. Mais vous connaissez, on a baigné nos oreilles avec ça : les préférences du patient, l'expérience du médecin et les données de littérature. Donc ce fameux triangle. Ils ont toujours dit ça, et moi j'ai toujours défendu ce point de vue parce que je vous donne un exemple : vous avez un enfant qui vient vendredi soir à une consultation il a une otite, vous savez très bien que l'EBM vous dit que l'otite au-delà de 2 ans elle va guérir dans 80% des cas sans antibiotiques et que le number needed to treat pour l'améliorer n'est pas très bon et que le number needed to harm il est pas bon non plus parce que vous allez en traiter 20 et vous aurez de la diarrhée surtout si vous mettez de l'Augmentin. Bref je fais l'histoire courte ! Et vous savez que la prescription n'est pas nécessaire mais vous connaissez le milieu, la maman est inquiète, vous savez que le lendemain elle va probablement se retrouver à la salle d'urgence parce que l'enfant va passer une mauvaise nuit et qu'elle va quand même aller se prescrire de l'Augmentin. Eh bien moi ce jour-là, le vendredi à 18h il va m'arriver de prescrire un Clamoxyl, parce que je pense que l'amoxicilline reste un premier choix dans une otite moyenne aiguë non compliquée de l'enfant. Alors que ce n'est pas evidence based, vous voyez ce que je veux dire ? Donc je crois qu'il faut connaître le mieux possible les recommandations mais ces recommandations -et on boucle la boucle en disant cela- doivent tenir compte de tout ce raisonnement clinique que j'ai expliqué tout à l'heure c'est à dire que vous formuler une hypothèse (cet enfant a une otite), vous allez examiner, vous allez confirmer, et puis à l'analyse (SOAP : subjectif, objectif, analyse, plan) vous allez vous dire moi je pense que dans ce contexte-là, la maman n'est pas tellement fiable, elle est désarçonnée, elle n'est pas rassurée, elle a demandé l'antibiotique, vous allez quand même prescrire l'antibiotique. C'est ça la beauté de la médecine générale, c'est que je ne suis jamais lassé de cela, je ne suis jamais lassé parce que vous avez un travail d'expert et ce travail vous le faites quasi à chaque consultation si vous allez chercher le questionnement du patient qui est derrière vous allez vous amuser à chaque consultation. Moi, sur 42 ans de médecine générale au cabinet, j'ai continué pendant que je travaillais à l'université, j'ai toujours trouvé ça fascinant. Et encore aujourd'hui parce que justement vous faites un travail intellectuel comprenant à la fois une anamnèse, un examen clinique. Et bon, le radiologue il ne fait plus d'examen clinique, le radiologue il passe sa journée derrière un ordinateur. Je me souviendrai toujours d'un livre de Didier Sicard, qui était président du comité national de bioéthique en France, qui s'appelait, son livre était magnifique : "la

médecine sans le corps". C'est un livre qu'il a écrit dans les années 90- 2000, peu importe ! C'était intéressant parce que ça montrait que de plus en plus, on n'examine pas les patients. On fait de la médecine sans le corps, on fait de la médecine sur une radio, sur un scanner et puis on se trompe. Parce que le patient c'est pas ça qu'il a ou ce n'est pas ça qu'il veut...etc. Donc ça crée beaucoup de misunderstanding avec les patients. Et je trouvais que "la médecine sans le corps" était intéressant. Nous, en médecine générale, on a gardé cette priorité sur l'examen clinique et sur l'intégration à la fois des données du dossier, l'examen clinique et alors l'analyse. Et donc moi je trouve qu'il faut avoir de bonnes connaissances solides, il faut connaître les red flags mais il faut pouvoir prendre une décision professionnelle de quelqu'un qui a réfléchi au contexte et qui conditionne. Vous comprenez ce que je veux dire ?

C : Oui, oui. Et alors moi, ma dernière question c'était : "est-ce que vous pensez qu'il y ait des choses à mettre en place à différents niveaux, pour faire en sorte que justement on prescrive mieux le tramadol et qu'on évite son mésusage. Est-ce que...si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez ?

MG 1 : J'ai l'impression que l'enseignement continu traditionnel, magistral, n'est pas la meilleure façon. Je pense qu'il faut faire de l'intervision. Quand on a des situations complexes il faut les discuter avec ses collègues. Donc le faire dans le cadre d'un travail en équipe, parce qu'évidemment c'est plus facile. Et donc pour éviter ce mésusage, une bonne formation au raisonnement clinique et à la manière de travailler. Mais je pense que quand on a des situations concrètes de prescription, il faut les discuter à l'intérieur d'une équipe, avec des gens avec lesquels on peut voir quelles sont les alternatives. Une chose aussi que je trouve très intéressante quand on avait fait les portfolios, ils existent encore les portfolios ?

C : Oui, oui !

MG 1 : Quand on a commencé les portfolios, une chose que je trouvais très intéressante c'est qu'il y avait des incidents critiques. Et je pense que l'incident est vraiment un énorme outil d'apprentissage. Si vous avez un patient agressif, et que vous avez de la difficulté pour prescrire son tramadol, et que vous en faites un incident critique, et que vous le décrivez tel qu'il s'est passé, et que vous cherchez des références sur cette question, inévitablement vous allez apprendre énormément et vous allez améliorer vos prescriptions. Par contre si vous allez dans un auditoire vous asseoir et que vous avez un pharmacologue qui vient vous dire que le cytochrome P450 est influencé par le tramadol et que c'est métabolisé par le foie et qu'il faut faire attention parce que il y a des interactions. Rentré chez vous, vous ne changerez rien ! Je pense. Mais si vous avez un cas qui vous a préoccupé, vous vous êtes dit "oula, je ne savais pas trop comment m'en sortir", pour moi ça peut devenir un incident critique. Un incident critique c'est pas uniquement un incident dramatique, une fin de vie, une réanimation ou quoi, c'est ce genre de situations complexes où on sort pas content de sa relation avec le patient on se dit "je ne savais pas trop quoi faire", d'ailleurs c'est ceux-là à mon avis que vous devez amener en supervision chez vos maîtres de stage et superviseurs. Ce n'est pas évident. On se rend compte que le généraliste est le gestionnaire de la complexité, chère à Edgard Morin bien sûr. Et je trouve que cette complexité est vraiment le cœur de notre travail et à la fois aussi son intérêt parce que quand on est amené à gérer la complexité on est amené à regarder les problèmes sous des angles différents. Et si vous amenez une prescription de tramadol dans un lieu où vous pouvez réfléchir aux alternatives vous allez avoir des idées qui vont émerger de vos collègues et vous allez être remis en question et réfléchir !

C : Et d'un point vue légal ? Je ne sais pas si vous avez entendu, mais par exemple la France eux sont passés à maximum 3 mois de prescription de tramadol...Qu'est-ce que

vous en pensez, vous ? Y-a-t-il des choses à améliorer ? A mettre en place ? Quelle est votre position ?

MG 1 : Moi je ne suis pas tellement favorable à des règles limitatives...sauf quand il y a des raisons économiques ou des raisons qui le justifient... Bon par exemple aux États-Unis ils ont compris que la morphine, ils avaient un paquet de morts invraisemblable aux États-Unis, ils ont publié dans le New England etc. Du coup, ils ont compris, eux ils ont pratiqué la médecine sans le corps et ont prescrit des tonnes de morphiniques. Et maintenant ils sont obligés de faire marche arrière. Donc là ils ont un vrai problème. Je n'ai pas l'impression qu'on en est rendu là en Belgique. Parce que je pense que nos médecins sont bien formés, sont sensibilisés. On a un bon système de santé. Et donc je pense qu'on n'est pas confronté à de telles difficultés. Donc, je ne suis pas tellement pour une coercition légale. Je me rends bien compte que des médicaments prescrits pour le cancer doivent être soumis à l'approbation du médecin conseil quand on en voit les coûts. Évidemment, mais il n'y a pas de raison économique et je pense...je ne suis pas sûr que de nouveau mettre ce médicament sous Bf en disant les généralistes doivent demander une autorisation. Moi ça, ce n'est pas comme cela que j'envisage la pratique médicale. Il me semble que vous êtes bien formés. J'ai l'impression qu'en médecine générale on a fait depuis 20-30 ans énormément d'efforts pour faire des formations spécifiques en médecine générale. Ce genre de questions on les a abordées dans les séminaires de médecine générale, dans les ateliers de prescriptions, on vous en parle. Difficile de ne pas savoir que c'est quand même un médicament de palier 2, qui n'est pas un bonbon quoi ! Si vous ne le savez pas, moi je vais vous buzzer. Donc, je ne sais pas, rajouter des contraintes. Ce qui guette le plus, le danger pour le généraliste je pense, c'est quand il a beaucoup de travail et qu'il répond rapidement, trop rapidement aux questions. Je pense que c'est le pire écueil parce qu'il y a beaucoup de demandes. Et moi ma thèse par rapport à cela -et puis je ne vais pas vous retenir trop longtemps- mais c'est que si le généraliste s'organise bien, qu'il délègue les covid aux infirmières...Vous savez en Angleterre les frottis de col sont faits par les infirmières (pour dépister le cancer du col). Quand j'ai dit à ma collègue [étrangère] que c'étaient les généralistes ou les pédiatres qui faisaient les vaccins dans les crèches, elle a ri de moi. Elle m'a dit "bah non, chez nous ce sont les infirmières". Chez nous à la maison médicale ce sont les infirmières qui font les vaccins pour la grippe. Si le généraliste a le bon sens de déléguer toutes ces tâches, l'informatique, les papiers, la prise du téléphone... Moi ce que j'entendais souvent chez les assistants et les étudiants ils se plaignaient "moi, mon maître de stage il est dérangé dix fois par le téléphone pendant une consultation, c'est insupportable !". Qu'il arrête de prendre le téléphone, moi cela ne m'arrivait jamais. Donc c'est un mode d'organisation du travail je suis désolé. Si les généralistes voulaient pratiquer la délégation, s'ils voulaient vraiment jouer leur rôle d'expert de la complexité et à ce moment-là ils libèrent du temps. Alors évidemment ils risquent de gagner un peu moins d'argent s'ils passent plus de temps avec leurs patients et qu'ils font réellement le métier pour lequel ils ont été formés ils vont peut-être gagner un peu moins de sous ! Pas dans les maisons médicales au forfait. Et donc ça c'est vraiment l'avenir de la médecine générale. Si on veut garder une passion pour ce métier. Et qu'on cède à la prescription facile, à la consultation "entrez, bonjour, ah vous avez-ça, prenez-ça et on verra la semaine prochaine si ça ne va pas rappelez-moi". On perd le goût de son métier, ça je crois ! Et donc il faut travailler en équipe, déléguer des tâches et alors à ce moment-là on évitera des contraintes légales et on fera une meilleure médecine dans laquelle on se sent à l'aise. Je dis ça moi, comme je le sens, avec mon cœur j'ai envie de dire, parce que c'est comme cela que j'ai vécu mon métier et que voilà, j'ai difficile à m'en détacher toujours aujourd'hui à 72 ans, c'est un peu con mais pourtant je fais plus d'autres choses j'en fais encore un petit peu quoi. Parfois je me dis que ça n'a pas beaucoup de sens... En même temps il faut de l'humilité et de la modestie dans ce métier. C'est une des qualités fondamentales. Un beau jour, on donnait cours ensemble avec un collègue pédopsychiatre [nom de médecin], vous connaissez?

C : Oui mais juste de nom, il ne donnait plus cours...

MG 1 : *[texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude]*. Il avait à un moment donné expliqué "mais vous savez, quand on est face à une situation difficile, une façon d'aider les patients c'est de leur dire "écoutez je ne suis pas sûr que je vais vous aider mais je vais faire mon possible"". C'est prendre une position basse. Forcément si vous dites à chaque consultation que vous ne savez pas, c'est embêtant. Mais parfois vous êtes dans des situations où vous pouvez dire "écoutez oui, je comprends bien vos difficultés mais je ne sais pas trop si je vais pouvoir vous aider parce que...mais je vais essayer, je vais faire mon possible". Et cette humilité... Oui alors j'en viens à ce que je voulais dire pour terminer, dans les consultations à *[ville de la province du Hainaut]*., les SDF se chronicisent souvent, comme les toxicomanes, mais sur les dix quinze qu'on voit sur la matinée, y'en a parfois un ou deux on s'arrête et on se dit "tiens, quelque chose s'est passé", le patient est sorti rassuré ou on a l'impression qu'on a quand même fait quelque chose, qu'on a créé un lien. Vous comprenez ce que je veux dire. Pas grand-chose, on n'a pas fait de révolution, mais on a aidé une personne à un moment donné, dans son environnement, sur ses déterminants de santé. Et ça finalement, ça donne un sens à votre travail !

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 2

Chercheur : Ma première question est, est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours ? C'est important pour moi, pour comprendre un petit peu votre pratique !

Médecin généraliste 2 : Alors je suis sortie en 2005 de l'UCL, j'ai fait deux ans d'assistanat sur *[ville de la province de Luxembourg]* donc là où j'habite. Je me suis installée à mon compte en 2007 et tout en collaborant avec une autre médecin qui était ma maître de stage l'année avant. En 2010 j'ai eu ma collègue qui est venue me rejoindre et qui a travaillé dans le même bâtiment que moi. Et là c'était mon congé de maternité de mon troisième enfant, donc c'était bien d'avoir quelqu'un avec moi et c'était mon souhait aussi. Et puis j'ai travaillé 6 années avec elle. Et elle s'est mariée au final et est partie sur Bruxelles. Et j'ai retrouvé quelqu'un d'autre. Donc on est deux, dans le même bâtiment. Et maintenant on a un assistant chaque année, soit à mi-temps avec une autre médecin ou soit, cette année-ci, à temps plein. Et c'est très bien.

C : Eh bien oui, je comprends ! Et du coup, je me demandais, est-ce que vous avez des centres d'intérêts particuliers, ou des formations particulières. Qu'est-ce que vous faites en pratique, un peu de tout ?

MG2 : Oui, je fais de tout, du plus jeune au plus vieux. Je ne suis spécialiste en rien on va dire ça comme ça, j'ai pas vraiment un diplôme costaud à faire valoir sur ma carte de médecin. Mais voilà. Dernièrement j'ai quand même fait la formation ALTO. Donc ça c'est pour accompagner des patients qui ont un problème avec l'héroïne surtout. On a tous les problèmes d'assuétudes mais c'est plus l'héroïne. Et ça maintenant je commence à avoir une certaine expérience. (Hésitations) J'aime bien la petite chirurgie, donc j'aime bien enlever les kystes sébacés, enlever des échardes, enlever tout ce qui est petites tumeurs superficielles, ça j'aime bien ! Qu'est-ce que j'aime bien...Ah oui, je travaille dans un centre de la Croix-Rouge à *[ville de la province de Luxembourg]*. Ça aussi c'est quand même la porte ouverte sur d'autres pathologies, les constats de coups, surtout les mutilations génitales chez la femme, surtout tout le bassin nord-africain mais pas que. Ça j'avais fait une petite formation. Mais c'est des formations de 4h donc je ne vais pas faire valoir ça sur mon diplôme. Enfin voilà, c'est une certaine expertise et ça ça fait depuis deux ans que je suis là ! Tous les mardis matin. Et je travaille aussi sur *[nom d'institution]*, c'est un centre d'enfants placés par le juge. Ce sont des situations soit de handicap soit des situations socialement difficiles. Et voilà, je suis leur médecin de référence. Et je travaille aussi, et ça c'est pas vraiment inscrit quelque part mais juste en face de chez moi, dans le cabinet, il y a un centre aussi pour SDF, patients toxicomanes qui ne sont plus vraiment intégrés dans la société, qui dorment dehors et qui consomment généralement. Eux sont là de passage, pour une durée, ça va de 1 mois à 9 mois. Et là je suis aussi le médecin de référence on va dire.

C : Ça fait quand même pas mal ! (Rires)

MG2 : (Rires) Oui c'est riche ! Et on a gardé aussi un noyau de médecins avec qui on discute généralement le mardi de 13 à 14h pour un peu parler des cas, pour parler de ce qu'on a vécu et aussi pour se remplacer. Je fais partie d'un GLEM et puis je fais mes gardes dans un poste de garde.

C : C'est chouette votre formation ALTO, je pense que c'est vraiment un atout aussi pour ce thème-là !

MG2 : (Exclamation) Oui c'est vrai ! J'étais en train de me dire, tiens de quoi on doit parler !

C : Du tramadol. Et justement, c'était aussi un peu ma première question, est-ce que vous pouvez me raconter une des dernières consultations où vous avez prescrit du tramadol ?

MG2 : Pas plus tard qu'hier (rires), et la dame a dit : "je n'en ai pris qu'un, parce que ça m'a donné une hémorroïde, j'étais super constipée". Je lui ai dit "écoutez je ne pense pas que cela soit le tramadol sur une prise qui a créé l'hémorroïde mais en effet ça constipe. Donc si vous voulez en prendre un parce que vous avez trop mal au genou - parce qu'elle venait hier pour une infiltration du genou- j'ai dit dans ce cas vous prendrez un sachet de Movicol ce jour-là." Donc je trouve que c'est quand même une bonne alternative au Dafalgan et pour ne pas prendre d'anti-inflammatoire. Mais évidemment il y a des effets secondaires. Et puis si on ne le prend pas excessivement : Why not ! Je suis plutôt ouverte à cela. Mais je me rends compte que j'en mettais de trop avant !

C : C'est vrai ?

MG2 : Oui, c'est une assistante qui m'a fait ouvrir les yeux. J'avais un patient qui avait je crois 200 mg retard et 100 mg retard, donc il avait 300 mg sur la journée. Et elle a essayé de le sevrer, et il ne se portait pas plus mal ! (Rires) Il se portait mieux en fait ! Puis il s'est fait opéré de la hanche et puis, il n'en a plus eu.

C : Ça m'intéresse vraiment ! Est-ce que cela ne vous dérange pas si on commence par le basique à savoir, dans quelles situations vous prescrivez du tramadol ? Vous parlez de l'ostéo-articulaire, est-ce qu'il y a d'autres situations, d'autres indications pour vous ?

MG2 : Oui, j'avais dernièrement un patient en soins palliatifs. C'était des gens qui détestaient les médicaments et donc (hésitations), beaucoup d'homéopathie mais à un moment donné, avec des escarres aux fesses c'était léger. Donc on avait du Dafalgan, on avait un demi Durogesic de...enfin 12,5 quoi. Et on a mis un tramadol qui fondait sur la langue si besoin. Donc dans le cas d'une fin de vie oui ! Et sinon...(Hésitations) non. La douleur ou...la douleur quoi.

C : Et parmi tous les patients auxquels vous prescrivez, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a un type de profil particulier qui ressort ? Est-ce qu'il y a des personnes vers lesquelles vous allez plus vite prescrire du tramadol, en termes de profil de patients ?

MG2 : Âgés et (hésitations) oui, arthrosiques. Et chez qui on ne peut pas mettre d'anti-inflammatoires. Donc tous les gens qui ont des pathologies cardiaques, rénales, gastriques. En fait très vite j'essaie de, en fait j'essaie de ne jamais mettre des anti-inflammatoire sur du long terme. Je mets plutôt des cures de 7 jours. Et par contre si le Dafalgan ne suffit pas je vais passer à un Zaldiar et du Zaldiar au tramadol 50.

C : C'est ça ! Et au contraire, est-ce qu'il y a vraiment des gens pour lesquels vous évitez tout à fait le tramadol. Est-ce qu'il y a des profils où vous vous dites...

MG2 : Les jeunes. Les jeunes en dessous de 50 ans je trouve...S'il n'y a pas de pathologie qui le nécessite vraiment. Je ne voudrais pas que les gens trop jeunes prennent déjà du tramadol. (Hésitations) Oui, il y a une habitude qui va se faire. Donc voilà. Non sinon...

C : Est-ce que vous utilisez des outils de screening pour voir à qui vous ne prescrivez pas ou c'est plutôt de l'ordre du feeling ?

MG2 : Feeling ! Total ! Et d'ailleurs peut-être que j'ai pas toutes les bonnes informations peut-être ! Moi je me souviens avoir été influencé par un vendeur, un délégué, qui disait "oui euh, pourquoi pas, et pour ceci, et pour cela. " (Rires) Et à un moment donné j'avais la main légère ! Pour l'arthrose. Mais en fait je trouve que souffrir aussi... c'est horrible de souffrir. Donc je n'aime pas que les gens aient tout le temps mal. Je me mets à leur place, j'imagine que c'est quand même fatigant d'avoir cette douleur, tous les jours, tous les matins, tous les soirs. Et donc j'ai quand même beaucoup d'empathie, j'ai envie qu'ils se sentent mieux. Mais tout en passant par le premier palier, donc par le Dafalgan. Et les inviter à bouger bouger bouger. Mais si malgré le fait qu'ils bougent, malgré qu'ils prennent du Dafalgan, malgré que je mette de la kiné régulièrement pour qu'ils restent en mouvement, s'il faut aller vers le tramadol j'ai envie quand même.

C : Et alors pouvez-vous me décrire sous quelle forme vous prescrivez ce tramadol ?

MG2 : 50 mg, comprimés ou forme retard. Alors forme retard je crois qu'on est déjà dans du 100 mg, je ne sais plus s'il existe en 50. Donc essentiellement en comprimés, essentiellement du tramadol et pas du Contramal. Mais il faut dire aussi que les urgences hein, ils ont assez vite mis le tramadol Odis. Et donc, ça rentre. Et pour les gens aussi finalement. Ils ont eu du tramadol Odis pour (hésitations) une douleur après s'être...parfois pour des choses mineures. Et donc je pense qu'on est habitué avec le tramadol maintenant.

C : C'est ça ! Parce que vous parliez de traitement initié aux urgences, quand vous renouvelez des traitements, est-ce que c'est vous la principale initiatrice ? Ou est-ce que vous avez l'impression justement que ce sont des confrères qui prescrivent et que vous êtes amenée à renouveler ? Comment ça se passe ?

MG2 : J'ai envie de dire moitié-moitié. Si l'indication me semble correcte, moi ça ne me dérange pas de mettre du tramadol et de chercher la plus petite dose efficace. Mais quand on a le palier 1, et qu'il faut encore monter et qu'on ne peut pas mettre d'anti-inflammatoire, je n'ai pas de gêne à mettre du tramadol. Et renouveler. Chaque fois que je renouvelle, assez souvent, il y a des fois où je vais très vite parce qu'il n'y a pas beaucoup de temps et qu'on n'a pas envie de reprendre toute la liste des médicaments. Mais je n'aime pas les médicaments en soi, je n'aime pas. Et j'aime bien dire "Vous avez vraiment besoin de cela ?" Et toujours à me reposer la question pour la statine : "bon, ils ont quel âge, on est dans une prévention primaire ? On est dans du secondaire ?" Voilà, chaque chose. Les antihypertenseurs est-ce qu'il le faut vraiment ? Bien reprendre la tension debout, voir s'ils sont pas trop bas. Voilà, tous les médicaments. Et donc à fortiori les antidouleurs. Parce que si on peut...Alors y'a les benzos. Et là maintenant, les benzos, c'est pas votre sujet, mais les benzos c'est une catastrophe. Et donc on est amené à renouveler, renouveler, renouveler. Parce que l'on récupère des gens qui sont habitués depuis des années. Mais moi, initier cela de ma propre plume pour une longue durée, non jamais, je n'aime pas. Je leur explique bien, que c'est sur une courte durée, qu'on va essayer autre chose. Mais quand il faut renouveler et essayer de déconstruire un schéma qui est là depuis 5 ans, je m'y mets quand j'ai le temps mais ou sinon ça demande..., c'est vraiment du travail ! Donc de manière générale tous les médicaments j'aime bien les revoir et revoir leur indication.

C : Vous parliez de l'arrêt. Comment est-ce que vous organisez l'arrêt du tramadol ?

MG2 : Oui, on va diminuer progressivement. On va éviter de passer de 300 à 0. (Rires) Sinon ça va pas aller, on va couper en deux, on va...de 50 en 50 on va diminuer.

C : Est-ce que vous avez des patients qui l'utilisent de manière chronique, le tramadol ?

MG2 : Oui !

C : Et c'est dans quel contexte ? C'est quel type de patient ?

MG2 : De nouveau c'est souvent l'arthrose je pense. Le cas vraiment que j'ai en tête, c'est un monsieur chez qui j'ai dû mettre 300 mg de tramadol et je pense que c'était vraiment trop. Mais je pense que c'est parce qu'il avait sa hanche complètement arthrosique, mais bon après il s'est fait opérer et maintenant il n'en a plus. Est-ce que j'en ai beaucoup ? Mais tous les gens qui ont de l'arthrose dans les genoux, dans le dos, dans le cou. Oui s'ils en ont besoin, ce sera chronique oui.

C : Et vous parliez de la constipation, quelle est votre expérience par rapport aux effets secondaires du tramadol ?

MG2 : (Hésitations) Dans les effets secondaires pour moi il y a déjà les vomissements. Ça donne envie de vomir. Il y en a certains qui disent "le Zaldiar ça va pas je me sens nauséuse". Dans le Zaldiar il y a 37,5 de tramadol ? Y'a la nausée, y'a le fait qu'ils se sentent dans le cirage. Ils flottent, ils n'aiment pas ça. Et puis, la constipation (hésitations)...j'ai envie de dire que ce n'est pas cela qui va vraiment me gêner parce qu'alors à ce moment-là je leur demanderai de bien boire, de manger des pruneaux, de bouger plus, de prendre du Movicol une fois sur deux. Je vais dire s'ils ont une qualité de vie bien meilleure avec du tramadol les effets secondaires on va essayer de passer outre.

C : Il y a d'autres précautions que ces mesures hygiéno-diététiques que vous donnez aux patients ? Quand vous commencez, qu'est-ce que vous leur dites en termes de précautions d'utilisation ?

MG2 : Ça peut donner la nausée au début, j'insiste sur la nausée parce que personnellement je ne peux pas prendre du tramadol ou sinon je vais vomir dans la journée. J'ai essayé une fois et j'ai vomi en voiture (rires). Oui voilà, y'a quand même un petit peu moins de, on est un peu dans le cirage donc on est un petit moins réveillé, moins alerte. Et puis alors cette constipation, moi je les préviens, on met des choses en place pour que cela n'arrive pas ! Moi je pense que c'est un bon produit s'il est bien indiqué.

C : Et alors, moi ce qui m'a beaucoup intéressé c'est quand vous disiez "eh bien voilà, il y a un moment où j'en ai prescrit trop". Vous parliez des firmes. Comment ça a commencé cette prescription et comment après est-ce que vous vous êtes rendue compte que du coup c'était peut-être de trop ?

MG2 : Oui. En fait, le délégué vantait les qualités de son médicament, comme toujours. Et les indications étaient multiples. (Rires) C'était toutes les douleurs, les soins palliatifs évidemment mais aussi (hésitations) un jeune qui a un problème passager, quelqu'un qui aurait une bonne entorse du genou et qui aurait mal. Voilà c'était génial. Et il ne fallait surtout pas laisser les gens avoir mal. Et je trouve aussi que c'est vrai. Moi je ne supporte pas d'avoir mal, je n'aime pas. Et (hésitations), mais après il faut trouver la bonne dose, il ne faut pas avoir peur de rediminuer. Je vais encore vous raconter une histoire, mais ça paraît bête. Mon chien s'est fait mal dans le bas du dos, il avait peut-être trop couru. Enfin il avait quelque chose qui n'était plus très droit dans le bas de la colonne. Il était très très douloureux, il ne buvait plus et ne mangeait plus. Je me dis "mais c'est terrible quoi !". Et chaque jour qui passait je me disais "ouf, il est en train de...". C'était pendant le confinement, donc j'ai téléphoné à la vétérinaire. Il n'y avait pas beaucoup de place pour elle/pour moi de se voir. Et puis on a essayé de se voir, elle lui a fait une injection antidouleur. Le fait de calmer la douleur, il a commencé à boire, et à un petit peu manger. Et je

me suis dit "okay, ça va aller". Sinon il allait crever le chien (rires). Je veux dire, la douleur c'est horrible quoi. Et (hésitations) je trouve qu'il faut prendre ça en charge, c'est important ! Voilà, sinon sa qualité de vie elle est vraiment diminuée.

C : C'est ça, et l'impact du prix ? Donc le tramadol c'est un médicament qui est remboursé en grande partie. Est-ce que c'est quelque chose qui a de l'importance quand vous prescrivez ?

MG2 : Oui toujours. J'ai l'impression que je n'ai jamais regardé au prix du tramadol. C'est que le prix ne me dérange pas je pense. Mais autant je sais qu'un Fucicort peut coûter 18 euros le tube. Ça je trouve ça quand même fort, c'est cher alors qu'il y en a vraiment besoin parfois. Et donc là le tramadol je ne sais pas combien ça coûte. Donc j'imagine que ça ne me choque pas. Je ne sais pas combien ça coûte. Combien ça coûte une boîte de comprimés 60 comprimés (rires) : 7 euros ?

C : Même moins je pense.

MG2 : C'est pas choquant hein, non. Oui c'est sûr que c'est très important. Si c'était 35 euros la boîte...Parfois j'essaie de mettre du Flexofytol, du curcuma. J'ai un peu laissé tomber. Parce que je ne suis pas convaincue, ça ne marche pas très bien. Mais c'est super cher ! Faut déjà les convaincre de payer la boîte et pour deux trois mois pour tirer une conclusion. Et là ça me gêne de faire payer autant alors que je ne suis même pas sûre que ça va les aider.

C : Et l'impact du fait qu'on dise que le tramadol c'est un opioïde mais « peu puissant » ? Est-ce que ça joue sur votre prescription ?

MG2 : Oui je crois. Parce que j'oublie le fait que c'est un opioïde en fait ! Oui, oui, oui ! Je pense que je ne me rends pas toujours bien compte que c'est une drogue. Et pourtant la drogue maintenant j'en ai beaucoup. J'ai une dame qui est vraiment dépendante, mais qui est aussi...enfin j'ai un très mauvais contact avec elle mais enfin. Mais donc cette dame elle est sous Oxynorm, c'est du 20 mg quatre par jour, elle est sous Lysanxia en gouttes, elle est sous, attends de voir, un autre dérivé eh bien oui, c'est du tramadol en gouttes ! Bin voilà, alors toutes les semaines...On a fait une délivrance hebdomadaire et ça va plus ou moins. Et toutes les semaines elle m'appelle pour me dire qu'elle a de l'endométriose et qu'elle a très très mal, puis après elle a très très mal à cause de crises de migraine et y'a toujours un truc pour essayer de ravoïr une prescription. Donc je me rends bien compte que sous toutes ses formes, les opioïdes sont réclamés quand il y a une accoutumance. Et pourtant, ça ne me tracasse pas trop, j'avoue.

C : Et par rapport à votre formation médicale, dans la prescription du tramadol, est-ce que ça a joué ? Est-ce que vous trouvez que vous êtes bien formée ? La formation continue vous a apporté des éléments pour mieux prescrire le tramadol ? Ou votre formation ALTO ?

MG2 : (Longue hésitation) Oui j'ai envie de dire que oui. Je dirais 8/10 la formation globale par rapport à cette molécule. Mais je ne serais pas capable de dire si ça joue sur les récepteurs muh comme pour l'héroïne. Je ne sais pas sur quels récepteurs ?

C : Muh aussi.

MG2 : C'est les mêmes récepteurs ! Donc c'est le cycle de la dopamine et le cycle de la récompense, ça rentre dans le même !

C : Aussi en partie !

MG2 : Oui. (Hésitations) Maintenant je crois qu'on minimise quand même. En même temps, à un moment donné, avec l'âge, est-ce qu'on n'a pas le droit de devenir un peu dépendant à quelque chose qui nous fait du bien ? Si ça nous permet d'être plus ou moins mobiles, actifs et heureux ?

C : Quand je vous dis que dans toutes les spécialités, c'est le médecin généraliste qui prescrit le plus. Ça vous évoque quoi ça ?

MG2 : (Hésitations) C'est normal j'ai envie de dire ! C'est normal parce que nous on les voit tout le temps, on renouvelle tout le temps les ordonnances. On est là pour toutes les pathologies qui peuvent exister. (Hésitations) Peut-être les oncologues, ils doivent en prescrire quand même des tonnes aussi, non ?

C : Ils en prescrivent aussi ! Les orthopédistes aussi.

MG2 : Les orthopédistes aussi hein. Mais nous on est au-dessus des oncologues par exemple ? Oui parce que c'est nous qui renouvelons aussi ! Ça ne me dérange pas. Je trouve que c'est normal !

C : Et alors, si on finit ici par, dans votre patientèle...vous avez des patients toxicos, je suppose que vous avez comme vous le disiez pas mal de patients quand même qui utilisent le tramadol ? Ou pas spécialement ?

MG2 : Alors, pas tant que ça ! Alors y'a les vrais toxico jeunes, eux ça a été l'héroïne, ça a été la cocaïne, ça l'est toujours hein même quand ils ont...ils se font des shoots de temps en temps de cocaïne. L'héroïne aussi de temps en temps mais ça des fois j'ai encore du mal à comprendre comment ça peut agir si les récepteurs sont assez bien bloqués, je pense qu'ils ne doivent rien ressentir comme bienfaits. (Hésitations) Bref, ce type de public là c'est généralement des gens de 25/35/45 ans, des assez jeunes qui veulent arriver à se remettre sur un chemin qui leur convient, ils ont parfois des enfants, ils essaient d'avoir un petit job ou bien d'avoir des papiers en ordre, la mutuelle payée, s'ils ont le droit d'avoir une allocation de personnes handicapées parce qu'ils sont déjà bien abîmés malgré tout, même s'ils sont jeunes. Donc il y a ce public-là. Puis alors il y a les autres, on ne dirait pas qu'ils sont toxico mais (rires) en fait ils le sont. Donc ça c'est ma dame de 40 ans mais...elle ne fera pas des vieux os non plus parce qu'elle est, elle a un autre problème psychiatrique je ne sais pas lequel. Mais en tout cas...Et elle consomme tout ce que j'ai dit, du tramadol, du Lysanxia et de l'Oxynorm; pour des douleurs qui sont là mais qui sont aussi inventées, donc il y a aussi beaucoup de fabulations. Après il y en a d'autres, plus âgés aussi qui sont shootés au sirop de codéine, qui ont pris tous les Dafalgan codéine qu'ils pouvaient et puis à un moment donné vous disent : 'je ne vous ai pas tout dit, mais voilà où j'en suis'. Et puis après Okay, pour cette dame-là j'avais prescrit de la codéine. J'avais fait un sevrage un petit peu, y'avait plus la possibilité de prescrire la codéine en magistrale comme je le faisais. On est passé par le tramadol mais ça n'a pas fait des effets...c'était pas vraiment équivalent. Et elle était venue dans un état complètement ébrié et il y avait comme une atteinte du cervelet à ce moment-là. Elle ne tenait plus. Et je suis repassée sur un Subutex, c'est la seule qui prend du Subutex -de la Suboxone plutôt- mais j'ai demandé à un confrère de m'aider un peu, de voir un peu comment je devais faire. Et là je crois qu'elle prend deux, je ne sais plus exactement, mais c'est une affaire qui roule quoi, ça ça va ! J'ai pas beaucoup l'habitude, je ne suis pas très experte avec le Subutex ou la Suboxone, je ne suis pas bien habituée, y'en a qu'une qui a ça. Voilà donc les différents profils. Et c'est un peu ceux entre les deux-là, ils ne sont pas vraiment drogués mais en fait ils le sont (rires)

et alors oui c'est vrai, maintenant que vous le dites. Ma collègue avec qui je travaille, elle a eu son bébé et donc elle m'avait fait un peu des recommandations pour l'un ou l'autre et elle m'a dit "voilà, là la prescription est cadencée, tu ne dois pas y toucher pendant que je ne suis pas là parce que j'ai mis ça, ça, ça et elle doit tenir pendant tout le congé", donc elle en avait peut-être deux trois comme cela qui tiraient dans le tramadol.

C : Et quand c'est comme cela, dans le dossier vous avez un élément de santé qui dit "dépendance au tramadol" ou pas spécialement, c'est quelque chose que vous savez ?

MG2 : Non c'est bien clair, c'est bien clair, oui, oui. Soit ça apparaît quand on ouvre le dossier, il y a une petite note administrative mais finalement c'est là qu'on met les choses qu'on ne doit jamais rater, parce que cela saute aux yeux. Ce n'est pas un bon endroit mais tout le monde le voit : "pouf". Sinon ça apparaît dans les affections en cours et puis on s'en est déjà parlé, parce qu'on n'en a quand même pas plus que vingt des gens comme cela dans notre patientèle. Voilà !

C : Et quand vous dites que vous avez demandé de l'aide à un confrère, c'était quel confrère, quel spécialiste ?

MG2 : C'était une consœur plutôt. Elle était responsable chez ALTO, elle faisait des formations elle était si vous voulez professeur à ce moment-là, elle travaillait pour ALTO. Et finalement elle, m'avait envoyé chez un autre encore. Donc ici la consœur c'était [nom de médecin] mais maintenant elle travaille un peu moins, elle va vers 70 ans. Et l'autre confrère à qui on a demandé...je crois que c'est moi qui ai téléphoné ou bien c'est elle qui a téléphoné pour moi et c'était..., sur Namur, [prénom de médecin]...mais son nom...(réflexion)

C : Mais c'est des spécialistes ou des généralistes ou... ?

MG2 : Généralistes, qui travaillent chez ALTO ! En tout cas, [nom de médecin] ça c'est une dame qui habite à côté de chez moi elle a toujours fait ça, elle a toujours été pour donner des formations, pour réunir le samedi une fois par mois. Ça aussi c'était super, ça s'appelle (hésitations) des interventions chez ALTO. Moi j'ai fait ça un petit temps avec la consœur qui habite dans ma région. Et puis je n'y suis plus allée car entre-temps j'ai eu un peu peur avec des gens qui étaient héroïnomanes. Parce que j'étais toute seule à ce moment-là, j'avais des petits enfants, je me suis dit j'arrête avec cette population-là parce que quand ils débarquent devant le cabinet à trois avec tout le look, les bagnoles et tout ça, et leur dire non cela me faisait peur. Donc j'ai un petit peu arrêté, j'étais plus très sûre de moi. Et puis j'ai recommencé avec ma collègue qui avait aussi envie de faire ça, quand elle est arrivée j'ai repris un peu confiance en moi et j'ai recommencé. Et là j'avais envie aussi de retourner aux interventions, et j'y suis retournée une seule fois. Et puis, maintenant avec le confinement je pense que c'est un petit peu mis de côté. Mais franchement maintenant, en plus on avait un médecin plus âgé qui prend sa pension maintenant, qui lui avait énormément de patients héroïnomanes. Mais malheureusement ils n'étaient pas très bien pris en charge en fait. C'était pas hyper...sa pratique n'était pas bien cadrée voilà. Et donc il avait un petit peu la réputation de délivrer facilement. Et maintenant que nous on en reprend quelques-uns. On ressert un peu la visse, on remet un peu un cadre, et on en discute avec la collègue. Et j'ai retrouvé ça, c'est très bien, ça s'appelle Evalumet de chez ALTO. Et ça maintenant j'utilise pour chaque personne qui arrive, je remplis ça. Et y'en a un qui m'a dit, c'est magnifique que vous faites cela, c'est la première fois qu'on me fait ça, qu'on me pose autant de questions. Et voilà. Donc il y a le to care et to cure. Ou tu prends vraiment en charge la patiente dans son entièreté ou tu délivres...Voilà

C : Et parmi cette population vous avez déjà eu des cas par exemple de falsification d'ordonnances ?

MG2 : Oui, oh oui ! Oui, oui, ça oui ! Justement là, oui oui. En fait l'asbl, [nom d'asbl], c'est une asbl qui accueille dix hommes que je vais dire, pour résumer, SDF quoi. Plus rien en ordre dans la vie. Et puis quand ils ressortent de là, une petite partie va continuer à venir chez moi, parce qu'ils se réinsèrent dans la région. Donc j'accumule quand même des cas (rires). Ça ne me dérange pas si cela se passe bien, si il y a du respect et (hésitations) dernièrement y'en a qui, enfin la pharmacienne m'a appelée pour me dire à son nom et à mon nom une ordonnance de je ne sais plus quoi, tramadol ou quelque chose de morphinique. Et je me suis dit "c'est bizarre, parce qu'il ne m'a jamais parlé de cela" et en fait grâce à une autre assistante sociale qui est volante et qui travaille pour une autre asbl qui s'appelle (hésitations) [nom d'asbl] chez nous, c'est vraiment pour traiter des assuétudes, et cette dame accompagne ce patient-là. Ce patient-là, il picole énormément et il prend du Valium. Et je suis la prescriptrice de Valium. Et (hésitations) il ne prend pas de morphinique. Et donc finalement c'est un autre mauvais copain, qui se sert d'une ordonnance à lui, qu'il trafique et il met ce qu'il veut dessus. Mais je pense que lui-même se fait flouer. On a compris qu'il était utilisé lui aussi. Donc moi je suis utilisée, et lui aussi. Mais donc on a ça pour tout ce qui est morphine, on a ça évidemment pour tout ce qui est benzos. On a ça. Et euh, pour différents types de populations. J'ai une autre dame qui n'allait vraiment pas bien et qui était en phase de divorce et qui s'était auto prescrit du Xanax. Donc ça le pharmacien est généralement attentif, il donne un coup de fil. On travaille bien avec les pharmaciens. On fait circuler des messages entre nous pour dire attention. Voilà.

C : Et concernant le tramadol, des cas d'overdoses ou même de décès ?

MG2 : Non,non jamais, par contre j'ai acheté la Naloxone, aujourd'hui là. Je suis en train d'en acheter parce que je n'en avais pas. Et parce que sur le CBIP j'ai vu cette année-ci, ils ont fait une petite info par rapport à la Naloxone en disant que votre Naloxone même périmée vous la garder toute votre vie. Et vous pouvez l'administrer même si elle est bien périmée. Et au cas où vous êtes face à une overdose de morphinique quoi. Donc ça j'ai décidé d'acheter cela, on en parlait avec l'assistant et aujourd'hui il doit aller à la pharmacie acheter tout cela. Mais j'ai jamais eu le cas. Mais je suis vigilante aussi à leur fréquence respiratoire. Et (hésitations) oui je regarde à cela, j'essaie de bien être vigilante. Parce qu'en fait jusque tout un temps j'ai renouvelé des ordonnances de méthadone. Donc c'était des gens qui étaient déjà en cours et qui venaient, mais je n'en avais pas énormément, c'était un de temps en temps que j'ai suivi un petit bout de temps. Et je n'initiais pas. Mais récemment j'ai dû initier. Et malgré que je sois allée à la formation j'ai initié trop haut. Parce que je n'ai pas été relire tout de suite, parce que j'ai demandé combien il pensait qu'il fallait avoir. Enfin c'est quand même compliqué ! Il faut commencer à 30mg de chlorhydrate de méthadone. Et j'ai quand même commencé à 40. On ne fait pas toujours ce qui est marqué dans les livres. Mais on devrait ! (Hésitations) Mais alors c'est toujours de savoir si c'est bien, si vous pensez que c'est assez, c'est ni trop ni trop peu. Et ça je suis un petit peu à l'aise mais pas encore complètement à l'aise.

C : Et vous parliez donc ici d'une collaboration médecin généraliste/pharmacien, ça c'est important pour vous pour éviter un mésusage du tramadol ?

MG2 : Oui très ! Mais surtout pour le chlorhydrate de méthadone. Parce que là..., c'est vrai que d'emblée je suis consciente que c'est une drogue. Donc dès que j'initie je parle avec le pharmacien en disant "voilà j'ai commencé avec ça, et il va aller chez vous. Est-ce que vous êtes Okay ?" Et puis on est parti ! Et puis dès que... (hésitations), en plus depuis le confinement on s'envoie beaucoup d'emails. Puisqu'on imprime des ordonnances qui vont passer directement vers la

pharmacie. Donc eux très vite ils nous recontactent. Et pour les gens chez qui c'est cadencé, toutes les semaines par exemple. Eh bien, toutes les semaines je dois renvoyer un mail avec les ordonnances même si je ne vois pas le patient. Voilà.

C : Et est-ce que vous avez d'autres idées qu'on pourrait mettre en œuvre pour éviter le mésusage de tramadol en particulier?

MG2 : (Hésitations) Oui, oui, sûrement ! Peut-être rappeler un petit peu comment ça fonctionne et qu'on s'y accoutume. Et peut-être la physiologie. Comment ça fonctionne, je veux dire comme cela interagit. Peut-être refaire un petit red-flag en disant attention. Et puis ce qui est toujours important c'est de pouvoir voir les dosages en fonction des différents types de molécules. Donc qu'est ce qui correspond à quoi, un peu pour se rendre compte ! Hein, la codéine, le tramadol, c'est pas pareil. Mais ça on avait des petites réglottes distribuées par des délégués. Est-ce que cela te dit quelque chose ?

C : Non

MG2 : Attends je vais juste te montrer ça. Je crois que cela est là, normalement. Voilà. Tu vois ça c'est la pub du Transtec (rires). Tu vois, ça fait déjà peut-être huit ans, mais j'ai toujours gardé ça parce qu'il y a une petite réglotte avec le tramadol aussi qui est noté là. (Hésitations) Attends, comment est-ce que ça marche ça. Est-ce qu'elle est bien juste ? Je ne crois pas qu'elle est bien mise, attends. Pour savoir un petit peu à quoi ça correspond !

C : C'est ça, les conversions

MG2 : Oui les conversions, c'est ça ! 50mg de tramadol c'est 10mg de morphine en sous-cutané. Ça aussi il faut savoir que, et ça on se pose souvent la question quand on démarre. Si quelqu'un est en manque il ne va pas décéder de cela. Le manque de morphiniques ne tue pas. C'est inconfortable, tu as mal, tu as mal au dos, tu as mal au ventre, tu as comme un état grippal, tu transpires, tu as une mydriase, mais tu ne meurs pas ! Et ça parfois quand on démarre et qu'on nous téléphone en nous disant "voilà, moi je suis un patient qui a besoin de ça, mais mon médecin n'est pas là, est-ce que vous pouvez prescrire ?". Et bien c'est pas, si tu ne prescribes pas il ne va pas décéder déjà. Donc c'est pas une urgence vitale. Et si tu dois mettre quelque chose en tout cas par rapport au chlorhydrate de méthadone, si tu lui mets 30 mg, là tu sais que tu ne vas pas le tuer quoi. C'est la dose maximale à délivrer en fonction de ce qu'il va te dire, mais tu ne peux pas aller plus haut. Oui voilà, mais c'est quand même moche de voir quelqu'un qui souffre parce qu'il est en manque ! Dernièrement pour la dame avec qui j'ai un très mauvais contact parce qu'elle est menteuse, manipulatrice, elle est vraiment méchante, il y a quelque chose en elle... Elle me dit des phrases incroyables (rires), ça dépasse l'entendement. Je la garde simplement parce que personne n'en veut et qu'une assistante a dit "moi je veux plus la suivre" pendant le confinement, "elle a dépassé les limites de ce que je peux faire" et on en savait pas trop bien qui allait s'en occuper. Et j'ai accepté parce que c'était un peu un échange de bons services elle m'avait aidé dans un autre cas. Et je me suis dit, "finalement y'a pas d'enfant dans cette famille donc c'est quand même finalement encore léger". Quand tu es dans une famille qui va mal, avec des enfants qui grandissent, là tu as encore plus de soucis en tant que médecin. Donc je me dis finalement elle se fait du tort à elle-même mais finalement ça va. Mais (hésitations) c'est pas du tout une relation correcte, normale. Et la dernière fois que j'y suis allée, déjà ça sent très mauvais, c'est une horreur (rires). Y'a des chiens qui font pipi partout, il fait tout noir, elle ne sait plus quitter son lit, elle est énorme. De la médecine très difficile à faire. Et alors elle était en manque en fait. J'ai vu quelqu'un en manque comme ça. Et je lui ai fait, je ne savais pas quoi faire, mais je lui ai fait une morphine en sous-cutané. Donc en fait ça ne remplace quand même que 50 mg de tramadol, c'est

pas énorme. Mais elle a 300 mg je crois par jour. (Rires) C'était plus à titre de faire quelque chose, parce que je n'aimais pas non plus de la voir dans cet état-là. Mais, mais, mais. Ce que je veux dire c'est moche de voir quelqu'un qui est en manque mais il ne va pas décéder. J'aurais pu ne rien faire, de tout façon je n'ai pas fait grand-chose.

C : Et est-ce que vous pensez que d'un point de vue légal on doit changer les conditions de prescription du tramadol ?

MG2 : Pouvoir le prescrire moins facilement alors ?

C : Par exemple en France, ils sont passés à trois mois de prescription de tramadol sur une ordonnance.

MG2 : Ah. Oui. Chez nous avec nos boîtes on ne risque pas d'arriver à trois mois ! Et si tu veux qu'il soit remboursé tu dois à chaque fois faire une ordonnance.

C : Est-ce que vous pensez qu'on doit sévir ? Qu'est-ce que vous en pensez-vous ?

MG2 : Peut-être informer. Peut-être informer et faire des petits spots à la radio par exemple. Ça je trouve que ça marche bien. Je trouve que c'est interpellant pour celui qui veut bien l'entendre. Maintenant, (hésitations) il faut que chaque médecin soit vigilant de ce qu'il prescrit, les pharmaciens font aussi très bien leur job et ils nous appellent, ils nous interpellent. Ça marche assez bien. Mais peut-être le redire au tout-venant et le tout-venant ça peut être aussi le médecin qui entend ça à la radio et qui se dit "oui c'est vrai que moi j'en mets beaucoup" (rires). J'aime bien moi les petits spots comme cela. J'y suis très sensible. Que ça passe à la télé ou à la radio. Je me suis dit "Ah ouais, mais c'est vrai tiens, non, je ne regarde pas assez...". Ils en ont fait sur les MST tout un temps c'était très rigolo la pub, c'était bien hein, et très intelligent ! Et tu te dis "oui je devrais quand même faire plus souvent les dépistages moi, je ne les propose pas assez aux jeunes, Tu vois ?". C'est génial, c'est très vulgarisé donc tout le monde comprend ou à peu près tout le monde. Et tout le monde, là où il en est peut se dire "tiens, est-ce que je n'en prends pas un peu de trop ?" ou les médecins "tiens, est-ce que je ne fais pas un peu trop facilement la prescription ?" Hier, c'était pas le confinement mais on est dans une relation où on ne peut pas toujours voir les gens donc on travaille par téléphone, les gens qui téléphonent parce qu'ils n'ont plus leur médecin. On a beaucoup de médecins qui sont en train de prendre leur pension tout doucement. Et je pense que ceux qui se posaient des questions avec le confinement et l'année qu'on a ils sont en train de se dire "il est temps que je tire ma révérence, j'en ai marre", parce que ce n'est vraiment pas marrant les e-forms (rires). Et donc hier il a voulu faire son test car il avait des symptômes. Et puis il me dit "j'ai très mal au dos et puis je suis sous Valium, Valtran et tout". Je lui ai dit "teu teu teu, Dafalgan quoi". Je lui ai dit voilà quoi. (Rires) Je lui ai dit non "je ne prescrirai rien comme ça", bon maintenant s'il retéléphone, parce que vraiment il ne sait vraiment plus avoir son médecin traitant et que j'ai un peu plus le temps de faire une vraie consultation par téléphone ou bien d'essayer de la contacter et de le voir vraiment...mais généralement on est quand même vigilants. Et toi qui étudies le sujet, par rapport aux personnes âgées, le tramadol au niveau cognitif, ça les endort un peu, le risque de chute évidemment ?

C : Ce qu'ils disent surtout c'est que comme il est métabolisé au niveau hépatique et puis alors excrété au niveau rénal, on doit faire attention avec tout ce qui est insuffisance hépatique et rénale. Et fatalement, dans cette population-là, c'est plus fréquent aussi. Et donc de se dire de commencer peut-être avec des doses plus faibles ou en tout cas laisser un intervalle suffisant entre deux doses. Parce que du coup, ça pourrait exacerber les effets secondaires d'une dose qui peut sembler anodine.

MG2 : Et au niveau mémoire, cognition ? C'est quand même pas les mêmes effets que les benzos ?

C : J'ai pas lu de comparaison entre les deux. C'est vrai qu'ils établissent que ça peut donner, comme vous le disiez, vertiges ou somnolence, mais entre les deux, donc benzos et morphiniques dont le tramadol, ça je n'ai pas lu de comparaison. Parce que vous pensez que c'est différent ? Pourquoi cet intérêt ?

MG2 : Oui, moi maintenant, c'est mon nouveau cheval de bataille, c'est comme ça qu'on dit ? (Rires) J'ai envie que les gens arrêtent de prendre du lormetazepam enfin des benzos le soir. J'en ai marre de tous ces trucs qui ne servent plus à rien au final puisqu'ils sont habitués. Donc je leur dis "écoutez, on va essayer de vous déshabituer tout doucement et puis le jour où vous aurez vraiment une grosse insomnie et que vous aurez besoin d'un petit quelque chose. Ce jour-là ça va vous aider. Donc j'essaie de faire tout le travail mais à l'inverse. Ça prend cinq minutes déjà sur la consultation ce qui est déjà énorme. Et (hésitations) mais je me bats contre ça parce que je, peut-être je me rends plus compte encore maintenant des troubles cognitifs quoi. Et des chutes en fait, oui. Et puis je vois bien aussi que les gériatres, ils ont bien raison, quand ils sont hospitalisés dix jours ils tirent aussi la sonnette d'alarme. On doit aller dans ce sens-là. Mais est-ce qu'on doit se battre à ce point-là pour les troubles cognitifs vis-à-vis du tramadol ou pas ?

C : Je ne sais pas vous dire précisément cela. En tout cas un grand merci pour votre temps. Vous avez vraiment abordé beaucoup de sujets très intéressants !

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 3

Chercheur : Je ne sais pas si avant de commencer, je peux vous demander de me raconter un peu votre parcours de généraliste ? Pour un peu mieux comprendre votre point de vue.

Médecin généraliste 3 : (Exclamations) On va faire bref, d'abord j'ai travaillé plus en médecine du sport, juste après l'unif. Et j'ai eu l'opportunité de partir à l'étranger, donc je suis partie travailler cinq ans en Afrique, en Côte D'Ivoire. Et puis je suis rentrée ici avec quatre petits bouts. Et je me suis installée à *[commune bruxelloise]* en période de pléthore médicale. Ce qui n'était pas plus mal avec quatre petits. Et je suis installée en solo depuis 1991. Et avec une patientèle qui a, voilà, qui s'est gonflée avec les années et (hésitations) et progressivement, et puis j'ai pris des assistants depuis trois ans. Voilà.

C : Très bien ! Et donc à part votre formation vraiment en médecine du sport, vous avez aussi d'autres intérêts ?

MG 3 : J'ai fait la tropicale, la médecine tropicale. Et j'ai fait la nutrition.

C : C'est déjà pas mal ! Et, c'est un peu indiscret, votre âge, plus ou moins ?

MG 3 : 63.

C : 63, d'accord. Alors pour nous lancer dans l'entretien je me demandais si vous saviez me raconter la dernière situation dans laquelle vous avez prescrit du tramadol ? Ou une des dernières ?

MG 3 : (Hésitations) La dernière situation, j'essaie de me rappeler la dernière mais j'espère que c'est la dernière. C'est un problème de lombalgies, de sciatique très douloureuse qui résistait au paracétamol. (Hésitations) Et voilà, donc je trouve que c'est un bon complément !

C : C'est ça, les lombalgies et il y a d'autres indications pour vous dans la prescription du tramadol ?

MG 3 : Pour moi c'est toutes les douleurs qui sont très fortes et qui résistent au premier palier.

C : Oui d'accord. Et est-ce que parmi tous les patients auxquels vous prescrivez du tramadol, vous avez l'impression qu'il y a un profil particulier en termes d'âge, de sexe, de niveau socio-économique...Ou pas spécialement ?

MG 3 : Non !

C : D'accord. Et est-ce qu'il y a des patients auxquels au contraire vous évitez de prescrire du tramadol ?

MG 3 : C'est des gens qui ont des accoutumances je ne vais pas prescrire. (Hésitations) Ou je vais prescrire en notant bien, en disant il ne faut pas qu'ils reviennent régulièrement. Mais finalement ce n'est pas quand même le gros de ma patientèle. Donc finalement, je l'ai en tête mais ça ne s'est jamais vraiment présenté en tout cas ici. Et (hésitations) voilà.

C : Oui c'est ça, donc surtout l'accoutumance. Et...

MG 3 : L'accoutumance et enfin, ceux qui reviennent en disant surtout plus jamais de tramadol parce qu'ils ont eu des effets secondaires, par contre. Il y a cela aussi. Donc des gens qui l'ont déjà eu une fois et qui étaient vraiment très mal, très moches. Voilà, avec le tramadol on a des excès. On a des gens qui le supportent super bien et qui ne jurent que par ça ; et puis t'en as d'autres à qui il ne faut plus le proposer.

C : C'est ça ! Et en termes d'effets secondaires justement quelle est votre expérience personnelle ?

MG 3 : L'expérience...Enfin moi je n'en ai jamais pris, donc je ne peux pas vraiment dire que c'est tout à fait personnel !

C : Oui c'est vrai !

MG 3 : (Hésitations) Principalement c'est vraiment des nausées, des problèmes digestifs semble-t-il très désagréables. Et aussi des problèmes d'équilibre, de vertiges, de transpiration, de mal-être intense.

(Interruption de l'entretien pendant 2 minutes)

C : Dans le cadre des effets indésirables, quelles sont les informations que vous transmettez au patient avant...

MG 3 : Avant de le donner ? D'abord pour moi, personnellement je ne le mets pas comme cela en première intention. Donc je donne, je dis "voilà, vous mettez d'abord le paracétamol. Et puis si ça va pas vous le rajouter." Et je demande d'abord de le prendre à 50 mg, trois fois par jour. Et puis si c'est pas suffisant et qu'ils l'ont bien supporté je leur dis qu'ils peuvent doubler la dose chaque fois. Et je les préviens en leur disant "prenez-le bien en mangeant et ça peut vous donner un peu de nausées et si c'est le cas vous m'appellez. Si vous ne le supportez pas vous me téléphoner. "

C : Et vous considérez que c'est un médicament globalement qui est sûr ?

MG 3 : Oui, moi je n'ai pas, j'ai pas de...Finalement les gens qui ne le supportent pas. Il y a les extrêmes. Mais quand il est supporté il est bien supporté. Il sauve quand même pas mal de gens qui ont des douleurs abominables.

C : Tout à fait. Et c'est plutôt sous quelle forme que vous prescrivez ?

MG 3 : (Hésitations) Je ne prescris plus trop en gouttes, C'est plutôt en forme de comprimés et en gélules. Et si éventuellement ça devient plus chronique, je mets des formes retard.

(Interruption de l'entretien pendant 2 minutes)

C : Et donc vous parlez d'utilisation chronique. Pour quelle durée vous prescrivez d'habitude ?

MG 3 : Il y a des gens, j'ai l'impression que chaque fois qu'ils viennent ils en redemandent. Probablement pas beaucoup mais...

C : Et dans ce contexte, c'est pour quelle raison qu'ils sont comme ça ?

MG 3 : Il y a des problèmes de...attends, que j'ai en tête. A qui je pense ? C'est quand même beaucoup problèmes de dos, de canal étroit. Qui ne sont pas opérables. Des douleurs éventuellement qui sont plutôt digestives, mais floues comme ça, donc à la fois ça peut donner des nausées mais en fait ça les soulage. Des problèmes de fin de vie. Où il n'y a pas besoin de morphine, y'a des douleurs qui sont déjà jugulées avec du tramadol. (Hésitations) Les douleurs..., non en fibromyalgie je ne mets pas. Ça ne marche pas. Je ne sais pas à quoi on penserait d'autre. Des problèmes de maux de tête récalcitrants. (Hésitations) Ou bien ils prennent du Dafalgan codéiné ou bien parfois Dafalgan plus tramadol. Mais ça c'est pas chronique, ça c'était plus tôt aigu. Vous demandiez plutôt en chronique ?

C : Oui, mais je suppose que vous voulez dire que les céphalées ont tendance à...

MG 3 : Elles peuvent revenir et que ça marche bien quand ils ont mal à la tête. Des poussées aiguës, mais je suis à nouveau dans l'aigu et pas le chronique mais c'est quand même que ça revient, des poussées d'arthrose. Voilà.

C : Et quand vous renouveler une prescription. Comment vous vous y prenez pour renouveler la prescription de tramadol ? Et est-ce que vous le faites de manière différente quand c'est vous quand c'est vous qui l'avez initiée que quand c'est quelqu'un d'autre ?

MG 3 : Si c'est initié par un spécialiste ou par un autre médecin ? Oui, mais non. Je pense que si je vois que la personne dans ses paramètres et dans ses prises de sang, et dans sa manière d'être est cohérente dans sa demande je vais renouveler. L'avantage avec l'informatique c'est qu'on voit quand on renouvelle. Et que maintenant avec les pharmacies ils voient si les gens vont chez plusieurs médecins. Donc c'est assez facile.

C : Vous comptez beaucoup sur la collaboration médecins/pharmaciens ?

MG 3 : J'ai jamais eu de problème avec le tramadol, mais plutôt avec les benzos ou bien des somnifères ou avec le Stilnoct.

C : Parmi vos patients, est-ce qu'il y a des gens qui utilisent de manière inappropriée la tramadol ?

MG 3 : Non !

C : C'est ça, vous n'avez jamais eu le cas soit de dépendance, soit d'overdose, soit...

MG 3 : Non ! Y'en a beaucoup ?

C : C'est un peu le but de mon travail. Voir aussi un peu ceux qu'on traite pour des douleurs chroniques puis qui en redemande alors qu'il n'y a peut-être plus vraiment de raison ! Moi c'est surtout pour comprendre l'expérience des confrères...

MG 3 : Oui, c'est surtout la question de se sentir finalement bien dans la vie avec des moyens qui sont les moins toxiques possibles. Finalement, il n'y a pas que ça. Je veux dire il y a l'alcool, y'a la cigarette, il y a plein d'autres choses. Bon le tramadol, si c'est pour le prendre de façon assez correcte, pour se sentir bien et pouvoir continuer à fonctionner au mieux dans la vie, pourquoi pas ?

C : Et l'arrêt justement, comment est-ce que vous organisez un arrêt de prescription de tramadol ?

MG 3 : C'est pas compliqué, quand ces douleurs qui sont, qui n'ont...Souvent ils arrêtent le tramadol et ils retestent avec le paracétamol. Je n'arrête pas tout d'un coup. Et donc s'ils voient qu'avec le paracétamol c'est suffisant, voilà c'est bon. Et alors l'arrêt, j'arrête pas non plus les trois pilules d'un coup. Je supprime celle du midi ou du soir. Et puis...et on le fait progressivement. Et donc (hésitations) généralement je n'ai pas de problème comme ça. Parfois il faut le remettre. Le principe que j'applique c'est toujours essayer de prendre le minimum possible. Pour tous les traitements...

C : Et justement, quand vous me demandiez ce qui avait attiré mon attention sur ce sujet, c'est que la prescription de tramadol augmente en Belgique. Et je me demandais vous, quelle était votre expérience justement ?

MG 3 : Moi j'ai pas d'augmentation.

C : C'est ça, vous n'avez pas l'impression de prescrire plus, ou moins ?

MG 3 : Non, non.

C : Et quelle pourrait être selon vous l'explication de cette tendance ?

MG 3 : De l'augmenter ? (Réflexion). Est-ce que l'augmentation c'est dans l'année qui vient de se passer ou bien c'est vraiment dans les 5 dernières années ?

C : Dans les dix.

MG 3 : Et le tramadol, tu as une idée depuis quand en Belgique c'est prescrit ?

C : Alors c'est prescrit...

MG 3 : Alors moi je dirais que je ne l'avais pas dans le début de mes études. C'est depuis quand ? 20 ans ?

C : Mais c'est à dire que c'est vrai que l'entrée en Belgique, je ne sais pas vous dire quand. Parce qu'initialement ça a d'abord été développé en Allemagne puis c'est rentré sur le marché belge. Précisément je ne sais pas vous dire.

MG 3 : Et en Allemagne c'était quand ?

C : Dans les années 60/70.

MG 3 : Ah oui ?

C : Oui c'est déjà un vieux.

MG 3 : Ce serait intéressant que tu voies quand c'est arrivé en Belgique.

C : Oui c'est vrai que c'est une bonne idée ! Vous avez l'impression que c'est arrivé comment dans votre arsenal thérapeutique ?

MG 3 : Moi c'est arrivé, et bien je suis incapable...J'ai certainement eu la délégation...Et puis dès qu'on avait des séminaires douleur on avait ce principe-là de rajouter...

(Interruption de l'entretien pendant 3 secondes)

C : Ici je vois que c'est bien dans les années 70 que ça a été créé par la firme allemande. En Belgique...

MG 3 : J'ai l'impression que quand je travaillais en Afrique il n'y avait pas de tramadol. Voilà, quand j'ai commencé. On donnait plus facilement du Dafalgan codéiné. Et puis y'a eu, y'avait le Valtran, le Dafalgan codéiné et on avait...et puis est apparu le tramadol. Et pour moi c'est plus si je dois donner une date, c'est plus dans les années 90 en Belgique...qu'avant !

C : Et justement, l'impact des firmes dans votre prescription ?

MG 3 : Je vais dire pour l'instant, actuellement très très faible.

C : Et pour le tramadol ? Parce que vous me disiez que c'est comme cela que vous l'avez découvert en fait ?

MG 3 : A l'époque on avait une délégation qui était plus active et qui fournissait pas mal de renseignements scientifiques. Et puis, on a toutes nos réunions, les colloques et autres. C'est quand même surtout par cela, je vais dire, ce n'est pas que par la délégation mais souvent on a la délégation qui défend le produit, et puis on a, c'est confirmé par les réunions.

C : Et quand on vous dit "c'est un opioïde peu puissant", ça joue dans la manière dont vous prescrivez plus ou moins le tramadol ?

MG 3 : Je vais avoir plus facile de mettre cela que de la morphine quoi ! (Rires) ça c'est sûr !

C : Et par rapport aux anti-inflammatoires, le fait que...

MG 3 : Je pense que ce n'est pas la même chose bien sûr. Je pense que dans des douleurs où il y a de l'inflammation, d'accord l'anti-inflammatoire va agir. Mais s'il n'y a pas d'inflammation...Donc il y a la part des choses. Je ne vais jamais mettre un anti-inflammatoire plus que 7 jours. Tandis que le tramadol je vais avoir moins de craintes de le laisser plus longtemps !

C : Et est-ce que le prix a un impact dans votre prescription de tramadol ? Le fait que ça soit un remboursement en grande partie contrairement justement à la codéine dont vous parliez ?

MG 3 : Le prix ne me pose pas de problème.

(Interruption de l'entretien pendant 3 minutes)

C : Je me demandais, vous avez quand même une carrière très riche, plusieurs formations, dans quelle mesure est-ce que ça pourrait influencer sur votre prescription ?

MG 3 : Les autres formations ?

C : Oui c'est ça, votre expérience dans la médecine du sport, en Afrique ?

MG 3 : En médecine du sport, oui, les entorses. C'est vrai que je n'ai pas donné toutes les indications. Tout ce qui est ostéo-articulaire, les fractures.

C : Et cela pourrait faire que vous prescrivez avec plus d'aisance ?

MG 3 : Là en fait, c'est des choses très aiguës. Donc souvent ils sortent de la clinique, ils ont leur prescription. Et puis éventuellement on prolonge pendant une semaine, dix jours. Et puis voilà. Oui ça c'est, souvent quand ils arrivent ici ils ont déjà le traitement. C'est pas initier, on prolonge pendant la durée qu'il faut quoi. Et les fractures de côtes.

C : Le type de pratique, vous pensez que cela peut influencer ?

MG 3 : Le type de pratique peut influencer ? Je ne pense pas. Je ne vois pas trop comment...C'est certain que si tu es en traumatologie tu dois en mettre plus (rires).

C : Et si je vous dis que parmi toutes les spécialités ce sont les généralistes qui prescrivent le plus de tramadol, qu'est-ce que cela vous évoque ?

MG 3 : Oui, on est les plus nombreux (rires).

C : Je suis d'accord avec vous (rires). Et ma dernière question est "qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait mettre en place pour assurer que la prescription de tramadol soit appropriée et pour éviter son mésusage" ?

MG 3 : Et tu penses à quoi ?

C : Justement, c'est pour cela que je vous pose la question ! C'est vrai que vous vous avez probablement une pratique qui fait qu'il y a comme vous le disiez, que vous n'avez pas de cas de mésusage. Mais dans l'optique où ça pourrait arriver...

MG 3 : Moi je pense que justement à l'heure actuelle, je n'aurais pas dit la même chose il y a dix ans, mais à l'heure actuelle avec les ordonnances électroniques je trouve qu'on a une excellente collaboration avec les pharmaciens. Et que si (hésitations) le pharmacien tout d'un coup voit que les prescriptions sortent de différents endroits, on se téléphone, on en parle et on parle avec le patient. Moi je trouve qu'à l'heure actuelle c'est assez facile.

C : C'est ça. Donc pour vous ce serait déjà fait via ce système...

MG 3 : Via ce système-là et il y a aussi toute la confiance qu'on instaure avec le patient. Et c'est aussi...Pour moi ce qui est important aussi c'est d'essayer de ne pas culpabiliser, c'est essayer de trouver des solutions. Donc allez, pourquoi est-ce que tu as besoin d'en prendre autant ? Enfin c'est une assuétude, une accoutumance. Qu'est-ce qu'on va essayer de trouver pour aider à ce niveau-là ?

C : Et au niveau légal, vous pensez qu'on devrait changer...

MG 3 : Je ne pense pas. Je n'y ai pas réfléchi. Peut-être que je sous-estime aussi complètement l'accoutumance qu'on peut...c'est certain. Ce serait intéressant que tu voies par exemple un médecin qui voit beaucoup de personnes en accoutumance. Je pense à [nom de médecin].

C : Très bien, je vais essayer de le rencontrer. C'est un généraliste aussi ?

MG 3 : Oui.

C : Et il travaille dans quelle commune ?

MG 3 : Il travaille sur, tout près de *[place bruxelloise]*. Et lui c'est intéressant car il a vraiment tout une patientèle en accoutumance.

C : Maintenant ce qui m'intéresse aussi c'est de voir tout le tableau des généralistes. Parce que tous les généralistes, par exemple comme vous, ne travaillent pas avec spécialement des patients qui sont dans l'accoutumance. C'est un peu ça mon idée c'est de voir "est-ce que l'on doit s'inquiéter ou pas ?" Et un peu sonder les spécialistes en médecine générale eux-mêmes. Souvent on trouve des articles soit de spécialistes en algologie, soit l'INAMI. Mais personne ne demande l'avis de ceux qui prescrivent le plus. C'est ça qui m'intéresse surtout.

MG 3 : **Oui, en tout cas je trouve que c'est un très bon médicament.** Qui est prescrit à bon escient. Et voilà, je ne ressens pas ce problème-là.

C : C'est très bien aussi. Super, un tout grand merci !

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 4

Chercheur : Pour commencer je me demandais si vous pouviez juste me parler de votre parcours ?

Médecin généraliste 4 : Je suis médecin généraliste depuis 37 ans...c'est juste ? J'ai toujours travaillé en équipe puis en maison médicale, j'ai participé à l'ouverture et à la formation de deux maisons médicales. Toujours à l'acte. J'ai travaillé en planning. On a fait un DODECA, qui marche toujours depuis plus de 20 ans. Ça c'était très gai aussi d'être animatrice de DODECA. Et puis j'ai été animatrice de séminaire avec *[nom de médecin]*, c'était très très gai mais j'ai arrêté pour des raisons de santé de quelqu'un dans ma famille. Et puis j'ai été dans la commission d'agrément, pendant un certain temps, ça c'était un peu moins drôle mais néanmoins intéressant de voir les problématiques des assistants, des maîtres de stage. C'était instructif. Je trouve que c'est bien d'avoir des activités un peu en dehors de la pratique stricte parce que ça ouvre les horizons, ça permet de réfléchir à beaucoup de choses. Et alors dans ma pratique on a toujours eu soit des supervisions ou interventions : par exemple actuellement avec des psychiatres et des psychologues de centres de santé mentale ici, de la région de *[communes bruxelloises]*. Donc j'ai eu souvent des moments dans mon parcours où il y avait une réflexion sur des cas cliniques, que ce soit le Balint, que ce soit ce genre de supervisions. A un moment donné je suivais plus de toxicomanes et je participais à la supervision du Réseau d'Aide aux Toxicomanes.

C : Et parmi tout cela, est-ce que vous avez fait des formations particulières ou c'est chaque fois des expériences professionnelles qui vous ont formée sur le terrain ?

MG 4 : Oui, et j'avais suivi le projet RAMPE à la SSMG il y a très longtemps, soins palliatifs. Avec le RAT j'avais suivi une formation d'accompagnement des toxicos. Voilà, mais je ne suis pas très technique. Par exemple, la spirométrie ou l'échographie, c'est pas mon truc. Donc je n'ai pas suivi ce genre de formation. Je participe très souvent aux grandes journées de la SSMG ainsi qu'à la semaine à l'étranger.

C : Alors, sans indiscretion, est-ce que je peux vous demander votre âge ? Pour mes statistiques (rires) !

MG 4 : J'ai 62 ans.

C : Pour entrer dans le vif du sujet, est-ce que vous pourriez me raconter une des dernières consultations où vous avez prescrit du tramadol ?

MG 4 : Ah moi je freine terriblement pour le tramadol ! Mais parfois on n'a pas le choix ; mais ça m'embête très très fort, c'était une dame qui avait mal aux genoux, une dame alcoolique, qui avait mal aux genoux (hésitations) et donc je l'examine et je fais une radio. Il y avait une petite fracture. Je l'ai envoyée en ortho. Ils ont dit qu'ils ne faisaient rien. Et cette dame avait très mal. Et elle prenait déjà du Dafalgan pour des lombalgies etc. Et les anti-inflammatoires...c'est une dame qui a 70 ans donc les anti-inflammatoires on fait aussi très attention. Donc je lui ai mis du Zaldiar 2 comprimés par jour. Voilà, mais j'aime pas du tout parce qu'elle abuserait vite, donc je dois vraiment faire attention. Je la revois cette semaine et je vais vraiment dire "Oui mais maintenant ça va mieux, ça va mieux, on doit arrêter !". Donc j'ai souvent un regret (rires) quand je prescris ça ! Mais, mais, mais, mais voilà ! Ici on est dans un contexte aigu, elle n'a pas été plâtrée, je pensais qu'ils allaient au moins lui mettre une attelle.

C : C'est ça, oui.

MG 4 : Voilà, ça c'est le genre de situations. Je commence toujours par du Zaldiar, je commence toujours par un comprimé, voire deux comprimés. Je suis très prudente . Parce qu'en médecine d'urgence les patients reçoivent souvent du tramadol quand même ! C'est un bon antidouleur, et alors on retrouve ces patients le lundi matin : ils sont tombés, ont des nausées, des vertiges et tout cela ne leur a pas été expliqué. Les urgentistes sont toujours dans une démarche d'efficacité totale. Et donc j'ai eu beaucoup, beaucoup de situations comme cela.

C : Et bien vous avez anticipé pas mal de mes questions ! (Rires)

MG 4 : (Rires)

C : La première c'est, à part cette situation aiguë ostéo-articulaire, est-ce qu'il y a d'autres indications ou d'autres situations dans lesquelles il vous est déjà arrivé...

MG 4 : Dans les douleurs chroniques, chez les patients fibromyalgiques et les lombalgiques je me bats terriblement pour donner les plus petites doses, pour leur expliquer les limites des antidouleurs mais je le prescris quand même car on n'a pas toujours beaucoup d'autres solutions.

C : Et alors...

MG 4 : Les dépressifs qui ont des douleurs mais j'essaie d'expliciter le plus possible.

C : Et je me demandais justement si en termes de patients vous aviez l'impression qu'il y a un profil particulier en termes d'âge, de sexe, de niveau socio-économique, qui ressort ? Indépendamment du problème médical pour lequel on commence ?

MG 4 : Oui, peut-être les patients plus défavorisés, ou ayant eu d'autres addictions à un moment de leur parcours.

C : Vous avez l'impression ?

MG 4 : Oui quand même. J'ai pas vraiment réfléchi à cette question-là...Mais...Les gens plus isolés avec des problèmes socio-économiques. Ils sont plus fragiles, ont moins de ressources, auront peut-être moins accès à d'autres thérapies et donc entreront plus vite dans cette escalade médicamenteuse. Je ne sais pas ce que la littérature dit mais...

C : Mais justement pas grand-chose à ce sujet, et encore moins en médecine générale. C'est pour cela que je m'intéresse à votre vécu !

MG 4 : Ah oui ! Oui parce que j'ai l'impression que ces gens plus démunis avec moins de défenses et tout cela, vont pas beaucoup écouter la remise en question du tramadol. Quand vous dites ça à quelqu'un d'autre, il a plus de ressources dans sa tête, voilà.

C : C'est ça. Plutôt pour l'arrêt alors, ou même pour l'initiation ?

MG 4 : Même pour l'initiation.

C : Oui c'est ça. Et est-ce qu'au contraire il y a des patients auxquels vous refusez le tramadol ou en tout cas vous vous dites sûrement pas en première intention ?

MG 4 : Cette dame dont je parle, la dame alcoolique. Ça m'embêtait vraiment !

C : Plus pour le risque de mésusage qui va avec ?

MG 4 : Oui, oui ! Je suis sûre qu'elle va vouloir continuer et que je vais devoir me battre. Et donc je ne sais pas si je vais y arriver quoi !

C : Et il y a d'autres contre-indications pour vous ?

MG 4 : Non, surtout ça. Bon la tolérance n'est pas...Il y a quand même des effets secondaires ! Donc quand les gens s'en plaignent je suis très contente, ça nous permettra de l'arrêter beaucoup plus vite.

C : Et hormis les nausées dont vous parliez, est-ce qu'il y a d'autres effets secondaires que vous rencontrez ?

MG 4 : Les vertiges, les chutes et la constipation, surtout cela me semble-t-il !

C : Et quand vous commencez la prescription, qu'est-ce que vous donnez comme précautions au patient ?

MG 4 : Eh bien j'explique tout cela : "commencez très très doucement", "pendant deux trois jours un comprimé par jour, et puis on passe à deux par jour. On surveille la constipation." Et alors si on y va tout doucement les vertiges et tout cela ça va bien !

C : Et sous quelle forme ? Vous parliez de Zaldiar. Quand vous passez au tramadol, c'est plutôt quelle forme que vous utilisez en termes de galénique ?

MG 4 : Les comprimés, 50 mg.

C : Et à quelle posologie ?

MG 4 : Deux fois 50, trois fois 50.

C : Et quand vous renouvelez, comment est-ce que vous vous y prenez pour renouveler ?

MG 4 : J'essaie de dire "on va quand même essayer tout doucement de laisser ce médicament de côté." "Mais non docteur, j'ai très mal, j'ai très mal, j'ai très mal !". Un patient qui a un gros passé vasculaire, il a été opéré d'une rupture d' anévrysme de l'aorte, il a eu de nombreux pontages, d'abord aorto-fémoral et puis plusieurs pontages dans la jambe. Il a eu une ostéite au niveau d'un orteil etc. C'est un ancien alcoolique aussi, maintenant il est abstiné. (Hésitations) C'est impossible d'arrêter les antidouleurs chez ce patient. Il a un patch de Fentanyl en plus. Je pense que c'est trop mais...voilà !

C : Et vous parliez...

MG 4 : Donc ces gens-là, moi je ne sais pas arrêter. On a beau essayer. Mais il aime bien lui le Tradonal Odis . Ça, je ne prescris pas tellement. Ça lui avait été prescrit à l'hôpital et donc on n'a pas su l'enlever. Mais sinon de moi-même je ne le mets pas facilement.

C : Vous avez l'impression que, parmi tous vos patients sous tramadol, c'est vous qui avez initié ou c'est un confrère.

MG 4 : Les deux hein !

C : 50/50 ?

MG 4 : Les orthos et tout ça. 50/50 ? Je ne suis pas très bonne en chiffres. Je ne saurais pas dire.

C : C'est ça, vous disiez urgentistes, orthos, il y a d'autres spécialistes qui d'après vous prescrivent beaucoup ? Voire trop ?

MG 4 : Je dirais ces deux-là moi. Les rhumatos ils ne prescrivent pas souvent ces antidouleurs, mais plutôt dafalgan 1g. "Mais ça ne me fait rien Docteur, les Dafalgan".

C : Et quand vous renouvez une prescription qui a été initiée par un confrère, vous le faites de manière différente que quand vous en êtes l'initiatrice ? Ou pas spécialement ?

MG 4 : J'essaie d'expliquer l'utilité de ces médicaments en aigu et le danger de les utiliser en chronique de la même façon dans les deux cas. Mais...Ce n'est pas facile donc c'est un bon sujet, et ça m'intéresserait vraiment de vous lire.

C : (Rires) J'espère que ce sera bien ! Et en termes d'arrêt, comment est-ce que vous vous y prenez pour arrêter ?

MG 4 : Eh bien dégressif , toujours ! Parfois avec certains patients je compte les comprimés.

C : Ah oui ?

MG 4 : Oui. Par exemple, cette dame et ce monsieur dont je vous parle avec tout son problème d'artérite, d'ostéite etc. Je note dans mon dossier au domicile du patient ce que je prescris ainsi que les quantités (je ne prends pas mon ordinateur à domicile). Je fais fort attention. J'ai suivi des patients toxicomanes, j'en ai quelques-uns à la méthadone et il y avait une période où j'en avais un tout petit peu plus. Et j'ai toujours été très sensibilisée par le mésusage et par l'addiction.

C : Et justement, dans votre patientèle ici actuelle, le mésusage de tramadol, c'est quelque chose que vous observez ? Ou supposez ?

MG 4 : Je pense, je me trompe peut-être, je pense que ça va encore. En tout cas, je suis assez stricte. Et donc je pourrais dire maintenant non à quelqu'un qui me dit "oui j'ai perdu mes comprimés etc.". Moi je stoppe un petit peu tout ça. (Hésitations) Quitte à ne pas toujours être bien vue hein ! Voila. Et j'essaie de dire "ça suffit maintenant de perdre vos médicaments". Il m'est déjà arrivé de demander une délivrance par semaine à la pharmacie tout en expliquant les raisons et avec l'accord du patient..

C : Même pour le tramadol ?

MG 4 : Pour le tramadol ? Peut-être pas pour le tramadol mais plutôt les benzos.

C : (Rires)

MG 4 : J'essaie un petit peu d'enclencher "là, ça ne va pas !". Donc j'ai l'impression que je suis quand même assez sévère. Et j'explique pourquoi. C'est pas comme ça parce que je suis de mauvaise humeur quoi. Je leur explique pourquoi. Mais bon...

C : Et vous parliez de cet ancien alcoolique, qui est dépendant au tramadol.

MG 4 : Oui clairement !

C : Vous en avez beaucoup de dépendants ?

MG 4 : Non je ne crois pas. J'avais une patiente de 70 ans, fibromyalgique, qui prenait de grosses doses, 200 mg retard. Mais pendant de nombreuses années je lui ai donné du tramadol. Parfois elle arrêta, oui parfois elle arrêta. Mais c'était une dame psychiatrique aussi. Parfois elle arrêta et puis elle y revenait quoi. Tandis que ce monsieur dont je parle non, non, non... il n'arrêtera jamais !

C : C'est intéressant, vous parliez finalement d'un profil soit ancien alcoolique, ou problème psychiatrique. Il y a d'autres profils d'après vous qui ressortent parmi ces gens qui sont dépendants.

MG 4 : Oui, il y a les toxicos au Dafalgan codéine ou des patients qui ont eu d'autres addictions dans leur parcours ou encore des patients avec des antécédents de polytraumatismes avec de nombreuses interventions chirurgicales ou aussi des patients ayant subi un gros traumatisme psychique comme un viol ou de l'inceste par exemple, des choses comme ça. Oui, oui. Il me semble qu'on entend moins ça. Moi je n'en ai pas. Mais de nouveau moi le Dafalgan codéine c'est la même, je suis aussi très très très vigilante, c'est vraiment de façon exceptionnelle. Je pense qu'il y a des médecins qui donnent beaucoup de Dafalgan codéine. Mais bon ça c'est à part. Non je crois quand même... Est-ce que j'en ai d'autres qui sont vraiment dépendants ? (Réflexion) Sans doute l'un ou l'autre qui ne vienne pas à mon esprit maintenant ! Sûrement, je ne dois pas me voiler la face, sûrement, mais je ne saurais pas dire quel pourcentage.

C : Et est-ce que vous avez déjà eu des cas d'overdoses, de tentatives de suicides ou de décès ?

MG 4 : Avec le tramadol ?

C : Oui !

MG 4 : Non je ne crois pas.

C : Et falsification d'ordonnances, trafic ?

MG 4 : Avec le tramadol, non je ne crois pas. J'ai eu ça avec les benzos mais il y a longtemps ! Chez les toxicos. Non, non je ne pense pas. Mais je ne suis pas bonne.

C : Pourquoi ?

MG 4 : Ce sont les gens qui disent "elle est dure" ou "elle n'est pas bonne". Je reprends le terme de mes patients. Ils voient bien que je suis réticente.

C : Ce qui m'a aussi interrogée, et c'est ce qui a fait que j'ai choisi ce thème, c'est qu'on se rend compte que les prescriptions de tramadol augmentent depuis quelques années.

MG 4 : Ah oui, ah oui !

C : Je me demandais quelle était votre expérience vous, face à cette tendance. Déjà au sein de votre pratique, est-ce que vous avez l'impression que c'est quelque chose que vous prescrivez plus ?

MG 4 : Je ne crois pas. Mais je suis vraiment vigilante, c'est vraiment un point très très important pour moi.

C : Et qu'est ce qui pourrait expliquer que de manière générale...

MG 4 : Qu'il y ait cette augmentation ?

C : Oui ! Même si cela ne vous concerne pas, comment est-ce qu'on pourrait l'expliquer d'après vous ?

MG 4 : J'ai l'impression qu'avec les années les urgentistes en donnent beaucoup. Mais bon, c'est facile de dire que c'est la faute de l'autre. Donc je ne veux pas non plus tomber dans ce travers-là ! J'ai peut-être ma responsabilité aussi hein ! Mais, mais il y a des gens qui ont peur de ce tramadol hein.

C : Parmi les médecins ou les patients ?

MG 4 : Les patients !

C : Les gens connaissent ?

MG 4 : Oui, oui, il y a quand même des patients qui disent "ah non Docteur pas ça !". Mais c'est essayer de trouver avec eux des solutions à la douleur . Dans les douleurs chroniques c'est pas facile hein ! Les fibromyalgiques et les patients qui ont des douleurs chroniques. Donc leur faire comprendre qu'il faut bouger, faire de la kiné, faire de l'hydrothérapie qui est d'ailleurs remboursée ou encore participer à des groupes de parole. Je pense à une autre patiente fibromyalgique qui se plaint terriblement, qui a aussi des problèmes psychiatriques, et qui ne veut pas même d'ibuprofène. Elle ne veut pas ! Donc c'est bien. Elle prend du magnésium et je ne sais pas quoi. Donc je trouve qu'il y a aussi ces gens-là, et on ne le dit peut-être pas assez...

C : C'est ça, qui par eux même se mettent des limites quoi !

MG 4 : Oui, oui, qui disent "ah non, non, non, je ne veux pas ce médicament-là". Je pense aussi à une jeune qui a eu un accident de voiture avec un tassement vertébral. Aux urgences elle a reçu beaucoup de tramadol et la nuit qui a suivi elle est tombée de son lit, elle a dû être suturée voilà.

C : Et a priori pour vous, sous l'influence...

MG 4 : Ah oui, clairement ! Elle s'est levée et hop ! Donc retomber sur ses tassements c'est déjà pas marrant. Voilà. Mais ça l'a bien sensibilisée à diminuer assez vite.

C : Ça je veux bien croire, oui. Et donc par rapport à votre réticence de prescrire ce produit, vous pensez que votre formation y est pour quelque chose ?

MG 4 : Ma formation, mes études ?

C : Oui pendant vos études mais également toute votre formation...

MG 4 : Je ne crois pas qu'on parlait du tramadol quand moi j'étais étudiante.

C : Mais et également je ne sais pas, à la SSMG, toute votre expérience de formation, ça joue pour vous ?

MG 4 : Bien sûr ! Bien sûr ! Tout le monde parle du mésusage, de l'addiction.

C : Est-ce que vous pensez que cela soit un "opioïde peu puissant", est-ce que ça peut jouer d'après vous dans la prescription ? Le fait qu'un dise que c'est un opioïde mais peu puissant ?

MG 4 : Le fait qu'il soit peu puissant ou que c'est un opioïde ?

C : Le fait qu'on dise d'une part que c'est un opioïde mais qu'on le qualifie de peu puissant par rapport à d'autre opioïde ?

MG 4 : Moi je commencerais toujours par celui-là avant de commencer la morphine.

C : C'est ça ! Et le prix, est-ce que ça a un impact ? Parce que je ne sais pas si vous le savez mais...

MG 4 : C'est pas très cher !

C : C'est ça il fait partie des médicaments qui sont remboursés en grande partie. Vous pensez que cela joue aussi ?

MG 4 : Je dirais que les gens qui sont addicts, ils sont prêts pour n'importe quel prix, même s'ils n'ont pas beaucoup d'argent ! L'addiction c'est puissant, oui c'est puissant ! Donc c'est très facilement, c'est très accessible. Mais la morphine ça ne coûte rien non plus hein !

C : Et vous pensez que pour les médecins qui prescrivent c'est un stimulant à prescrire ce genre de médicaments ?

MG 4 : Moi je crois que c'est surtout un intermédiaire avant d'aller vers un opioïde plus fort ! C'est vraiment dans l'échelle, on mettra ça en premier lieu après des AINS, après le paracétamol. C'est le palier suivant quoi !

C : Et en quoi est-ce que vous pensez que le type de pratique -donc solo, association, maison médicale- pourrait jouer dans la prescription d'un médecin généraliste ?

MG 4 : Moi je crois quand même que le fait de travailler en groupe, on discute quand même de ces choses-là. Moi je suis une adepte du travail en équipe : un collègue peut vous donner un avis ou encore vous interpellé sur certaines pratiques, je trouve cela intéressant..

C : Des interventions comme...

MG 4 : Oui, oui, oui. Et même rien qu'entre nous. Moi je suis la plus sévère ici à la maison médicale sur ce genre de choses-là. Je crois. Peut-être que je me trompe.

C : Et alors, si je vous dis que parmi tous les spécialistes, ce sont les généralistes - spécialistes en médecine générale- qui prescrivent le plus. Qu'est-ce-que ça vous évoque ?

MG 4 : Je crois que c'est vrai ! Ça m'évoque qu'il faut faire hyper attention. C'est un peu une solution de facilité aussi parfois. On n'en sort plus. Alors on prescrit et puis on verra bien ". Et on a vite le pied dans l'engrenage. Quand le patient se plaint à répétition de sa douleur avec insistance. On se dit "bon voilà, il faut trouver une solution". Mais c'est une solution parfois un peu facile oui. Que l'on prend tous à un moment donné.

C : Et pour revenir dans le mésusage. Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place d'après vous pour, déjà à notre niveau de généralistes, éviter de favoriser ce mésusage ou en tout cas de prescrire de manière appropriée. Qu'est-ce qu'on pourrait faire ?

MG 4 : A part la conscience professionnelle... C'est soumis à prescription. Dans les formations je trouve qu'on le dit et on le redit. Donc je ne sais pas ce que l'on peut faire d'autre.

C : Et en terme légal ? Par exemple vous disiez soumis à prescription, ça c'est vrai. Les français eux ont commencé à limiter à trois mois par ordonnance le tramadol, depuis récemment. Est-ce que c'est quelque chose qui pourrait être intéressant ?

MG 4 : Ça pourrait, ça pourrait aider le médecin et le patient. En disant voilà, on a 3 mois. On sait qu'après trois mois on doit l'arrêter donc je trouve que le fait qu'il y ait ce côté légal peut être employé dans la gestion de la prescription du médicament. Qu'on ne fera pas aussi facilement, oui parfois on le fera s'il n'y a pas de stimulus mais parfois on est fatigué, on est débordé et bon voilà et on se dit "on discutera de ça la fois prochaine".

C : C'est ça, aussi une notion de temps qui joue ?

MG 4 : Oui c'est ça, je n'ai pas le temps aujourd'hui, allez on discutera de cela la fois prochaine. Et puis on reporte.

C : Et par rapport justement aux spécialistes, cette idée de se dire qu'eux prescrivent beaucoup et puis qu'on se retrouve en médecine générale...

MG 4 : Moi je crois que ce serait bien que les urgentistes et les orthos, pour moi c'est les deux gros prescripteurs, puissent travailler ça aussi. Mais eux ils disent "on est dans l'urgence, dans l'aigu". Les orthos leur prescription à mon avis est justifiée. Les urgentistes peut-être pas toujours mais ils veulent surtout être efficaces.

C : Et vis-à-vis du pharmacien ? Ça c'est quand même un élément dont vous avez parlé, des prescriptions falsifiées etc. Vous pensez qu'il y a quelque chose à faire de ce côté-là ? Ou il y a déjà assez qui est fait ?

MG 4 : Le pharmacien ne réagit pas nécessairement à ce que l'on fait. Parfois il téléphone pour avoir un complément d'information et ce serait intéressant aussi de discuter certaines prescriptions ou abus de prescriptions avec lui.

C : Justement en parlant de dossier, quand vous avez un patient dépendant ou pour lequel vous suspectez une dépendance est-ce que vous avez un élément de soin ou un mot administratif qui met qu'il y a cette notion ?

MG 4 : (Exclamation) Je le mets dans le dossier ! Il y a une dame psychiatrique, qui faisait des tentatives de suicides avec des benzos . Et un jour avec son accord j'ai mis une note dans son dossier : Ne plus prescrire de benzos.

C : C'est ça, et pour le tramadol, vous faites de même ?

MG 4 : Non ! Je le fais pour les opioïdes forts mais je pourrais... Ou peut-être que l'un ou l'autre j'ai mis "attention". C'est surtout les psychiatriques et les douleurs chroniques. Les patients qui ont ça c'est terriblement difficile. Terriblement. Parce que le Cymbalta, je trouve que ce n'est pas extraordinaire. C'est ce que les gens donnent souvent chez les fibromyalgiques. Pour moi c'est les deux...J'ai un autre patient mais lui est sous Valtran (soupirs) oui c'est difficile, difficile...Et donc je me bats avec lui pour ce Valtran. Et ça ne changera pas, c'est aussi un monsieur qui a 70 ans, ça ne changera pas, je ne crois pas, je vais devoir me battre encore.

C : Et par rapport au tramadol, est-ce que vous pensez qu'il y a des points qu'on n'a pas encore abordés, ou des choses que vous vous dites "ça c'est intéressant" ?

MG 4 : Je me demande ce qui est indiqué sur la notice.. Les gens lisent beaucoup la notice. Est-ce que sur la notice est-ce qu'il y a quelque chose qui est indiqué sur le mésusage, sur l'abus...

C : Oui !

MG 4 : En grand ?

C : Non !

MG 4 : Et bien voilà.

C : C'est ça, ça pourrait être une idée aussi d'essayer d'informer via la notice alors !

MG 4 : Oui. Je ne sais pas ce que disent les pharmaciens. Je ne sais pas si vous avez rencontré des pharmaciens ?

C : Pas encore, mais c'est mon objectif après avoir interrogé dix médecins généralistes, tout en restant dans la médecine générale !

MG 4 : Moi je trouve que ce serait bien quand même. Quel est leur discours eux par rapport au tramadol quand le patient vient ? Est-ce qu'ils poussent le patient à en discuter avec leur médecin ? Je ne sais pas, je me dis qu'ils pourraient avoir un rôle un peu comme nous. Et la notice. Allez pour la morphine il y a quand même, là on sait, quand les gens voient les deux barres ils en ont..."morphine Docteur !" Donc il y a comme cela cet effraiment. Et donc est-ce qu'il ne faut pas le mettre quand...C'est aux États-Unis que ça augmente terriblement.

C : Aussi, mais plus l'Oxycontin, Oxynorm, Oxycodone surtout.

MG 4 : La revue Prescrire déconseille très fortement la prescription de tramadol.

C : Oui récemment, deux articles quand même !

MG 4 : Mais bon, Prescrire, on ne peut prendre que du Dafalgan...Mais je me dis que ce serait intéressant qu'il y ait des infos sur les opioïdes faibles dans la notice car clairement les patients banalisent souvent le tramadol...

Et donc, si le médecin et le pharmacien peuvent donner des infos tous les 2, ce serait un plus pour le patient..

C : Oui franchement, merci beaucoup, c'était très intéressant, je crois que vous avez balayé pas mal de sujets.

Hors enregistrement : "Il faut faire la différence entre la demande d'antidouleurs et la réponse à une demande d'autre chose"

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 5

Chercheur : Alors pour commencer, je me demandais si vous pouviez me parler de votre parcours de médecin généraliste ?

Médecin généraliste 5 : Oui, oui, donc moi j'ai eu terminé mes études de médecine en 87 à l'UCL. Puis j'ai fait une année de santé publique. Parce que j'avais fait des stages, à l'époque les stages en médecine générale étaient beaucoup plus courts, on avait 6 mois de formation de médecine générale mais avec seulement 1 mois de stage. J'avais fait ça à la maison médicale de *[section de Charleroi]* chez le Docteur *[nom de médecin]*. Et qui m'avait ouverte un peu aux dimensions de santé publique etc. Et comme je ne savais pas trop quoi faire à ce moment-là, (hésitations) j'ai fait une année de santé publique. Le diplôme en santé publique à l'UCL. Et puis finalement, dans le cours de cette année-là y'a deux amis à moi qui sont venus me trouver pour voir si ça m'intéressait de fonder une maison médicale avec eux. Donc c'est un couple, lui était médecin, elle était infirmière. Et donc c'est comme cela qu'on s'est installés à *[section d'une ville de la province du Hainaut]* qui n'était pas du tout notre région d'origine à aucun des trois, dans la région de Charleroi, on trouvait cela chouette. Et (hésitations), donc a formé une maison médicale à trois, qui a grandi progressivement et donc là maintenant on est une équipe de plus ou moins une vingtaine de personnes. Et on est donc intégrés dans le mouvement de la fédération des maisons médicales, au forfait, avec des médecins, kinés, infis, accueil, AS, psys, diététiciennes, personnel administratif. 'Fin voilà !

C : Et en plus de votre formation en santé publique, vous avez d'autres formations ou d'autres centres d'intérêt en particulier, ou vous faites de tout ?

MG 5 : Non. On fait un peu de tout. Je ne fais pas spécialement les toxicomanes. Enfin on n'en a pas beaucoup. En fait, on prend en charge les toxicomanes de notre patientèle. Mais on ne recrute pas en dehors. Mais ça c'est plutôt le Docteur *[nom de médecin]* qui s'en occupe quoi, j'ai pas de...à ce niveau-là. A l'époque j'ai fait le certificat ONE, j'ai fait un peu d'ONE au début mais maintenant ça fait très très longtemps que je n'en fais plus quoi. Donc c'est vraiment de la médecine générale, voilà. Et alors j'ai quand même aussi des fonctions quand même un peu d'administration dans la maison médicale. Au début quand on n'était pas nombreux j'ai fait beaucoup de comptabilité etc., j'aime bien les chiffres. Alors maintenant avec l'évolution moins mais enfin, quand même quoi, oui. Ce sont des fonctions un peu quand même de gestion de la maison médicale.

C : Très bien. Pour nous lancer dans le sujet, est-ce que vous sauriez me raconter la dernière consultation où vous avez prescrit du tramadol ? Ou une des dernières...

MG 5 : Ouf ! (Réflexion) Ça aurait fallu demander à l'avance. A mon avis la dernière fois que j'ai prescrit du tramadol je crois que c'est plutôt un renouvellement de tramadol Odis qui avait été prescrit pour quelqu'un qui avait un truc aigu à l'hôpital. Donc ça c'est la dernière prescription. Maintenant la dernière fois où moi je l'ai prescrit (hésitations), sans que ce soit juste un renouvellement, je pense à plusieurs personnes qui en ont, je ne sais pas, dire la dernière semble difficile. Disons que c'est sûrement dans un contexte plutôt de douleur, lombalgie probablement quoi.

C : C'est ça. Si vous deviez voilà m'expliquer les situations dans lesquelles vous prescrivez du tramadol, c'est surtout ostéo-articulaire ou...

MG 5 : Oui. Soit dans des tendinopathies par exemple très douloureuses la nuit, le soir, ou alors dans des problèmes de lombalgies. Ou alors en aigu. Voilà dans des traumatismes, ça ça peut arriver aussi. Enfin, on travaille quand même par paliers. Donc je donne toujours d'abord aux gens du paracétamol, alors en fonction de la pathologie parfois un anti-inflammatoire parfois pas, mais de façon très limitée. Et puis alors un tramadol quand le paracétamol ne suffit pas. En essayant aussi que cela soit de façon limitée. Ça, ce n'est pas toujours facile.

C : Oui, c'est ça. Est-ce qu'il y a des profils de patients qui reviennent plus souvent quand vous prescrivez du tramadol ? Vous avez l'impression qu'il y a des profils en termes de sexe, d'âge ou de milieu socio-économique ?

MG 5 : C'est surtout, enfin c'est surtout, il y a une partie des gens auxquels on le prescrit dans des problèmes plus aigus où je vais dire là c'est un petit peu Monsieur tout le monde, et puis ceux qui reviennent régulièrement là c'est surtout les pathologies chroniques, les douloureux chroniques, les fibromyalgiques, (hésitations) donc là oui il y a plus de femmes, oui. Mais de niveau socio-économique...ça je...enfin nous on a une population quand même relativement défavorisée, enfin comme dans beaucoup de maisons médicales de la région. Mais non, là je ne dirais pas vraiment un profil socio-économique mais beaucoup des douloureux chroniques oui, là c'est plus compliqué à gérer quoi.

C : Et est-ce qu'il y a au contraire un groupe de patients auquel vous essayez de ne pas prescrire, ou vous refuser de prescrire ; il y a des contre-indications pour vous claires ?

MG 5 : Les contre-indications c'est les gens qui ont déjà eu des problèmes de dépendance. Enfin voilà. Je pense notamment à une dame avec qui il y a plusieurs années on avait fait vraiment un travail on va dire de désintoxication au Dafalgan codéine. Et donc, mais là il y a un spécialiste qui en a represcrit. Et donc je suis toujours en train de rouspéter, c'est parce qu'elle en demande plus. Enfin, enfin je fais un certain contrôle, oui je regarde bien quand est-ce qu'elle en a eu, s'il n'y a pas d'abus. Et là j'ai deux trois patients comme cela. Donc c'est des gens, au moment de la prescription oui il faut faire attention à un profil à risque de dépendance, sûrement, aussi éviter trop chez les personnes âgées aussi quand même. Donc c'est surtout ça, et puis chez ceux qui en ont et où, dans des problèmes chroniques, il y a quelques-uns où il faut vraiment faire attention à éviter l'augmentation des doses et le recours un peu au médicament. Mais ça fait partie alors d'un profil du patient un peu global, où le médicament va tout résoudre, mais où il y a aussi les antidouleurs qui sont un peu surutilisés comme ça peut aussi être les benzos...C'est un peu les mêmes patients avec qui on se bat pour les benzos et pour les...Et on n'est pas toujours au début, enfin nous on n'est pas toujours à l'initiative du traitement. Je ne dis pas que nous on ne fait jamais d'erreur mais on est aussi chez des patients qui ont vu des spécialistes, qui ont prescrit et alors c'est toujours plus difficile de freiner, de mettre des limites. Et surtout aussi, je trouve une difficulté dans ces patients-là, notamment s'ils sont suivis en algologie c'est l'absence de coordination avec le spécialiste, l'absence de retour et (hésitations) parfois les gens disent "oui oui, si si Docteur Machin il a dit que je pouvais bien monter", surtout dans des formes retard et même dans des formes aiguës, "si si je peux parce que pour le moment j'ai plus mal aux genoux et donc il est d'accord". Mais on ne trouve aucune trace nulle part, y'a pas de rapport. Moi je suis un peu casse-pieds parce que je demande souvent aux assistants, aux... à nos accueillants de téléphoner pour avoir les rapports, ou parfois j'envoie un mail en disant "est-ce que vraiment vous...", enfin "est-ce que vous êtes vraiment d'accord ?", mais c'est très compliqué parce qu'alors...enfin on ne peut pas toujours mettre la parole du patient en doute. Mais il y a un peu un manque de prise en charge globale des douleurs chroniques, où c'est très compliqué !

C : C'est ça !

MG 5 : Et donc il y a des surprescriptions de tramadol, ça je suis...Et parfois on est un petit pris dans la prescription quoi. Enfin je trouve.

C : Vous avez anticipé beaucoup de mes questions ! (Rires) Est-ce que vous pouvez me dire peut-être déjà comment est-ce que vous prescrivez le tramadol, sous quelle forme habituellement ?

MG 5 : Alors... Si on est sur un problème aigu, enfin au début ça commence quand même souvent comme cela. (Hésitations) ça dépend, parfois je commence par des gouttes en expliquant aux gens qu'ils prennent d'abord 5 gouttes, de voir la tolérance aussi. (Hésitations) Et puis qu'ils peuvent augmenter progressivement de 2 gouttes à la fois, 3 fois par jour. Ou parfois pour certains patients je passe à des, enfin qui n'aiment pas les gouttes ou on se dit qu'il faudrait peut-être augmenter plus, je prescris des comprimés de 50 mg, j'aime bien les sécables. Où je leur dis aussi d'abord vous commencez par des demis, de voir la tolérance, je leur explique les effets secondaires. Quand ils ne connaissent pas, toujours, en disant de ne pas paniquer, de toujours prendre la première fois le soir, quand on est sûr qu'ils ne doivent pas sortir. (Hésitations) Et de ne pas s'inquiéter s'ils se sentent un peu vaseux ou un peu de nausées. Enfin voilà, j'explique les effets secondaires, qu'ils n'appellent pas le médecin de garde parce qu'ils ne sont pas bien, voilà. Donc j'explique bien les effets secondaires. Il y en a qui ne le supporte pas et qui l'arrête tout de suite hein ! Il y a quand même pas mal d'effets secondaires, enfin d'intolérance on va dire. Donc voilà, c'est quand même assez fréquent ! Et puis, alors si des demis souvent c'est pas suffisant, et bien qu'ils peuvent en prendre un entier. Alors parfois certains qui ont une tolérance un peu, entre-deux, et bien juste le soir notamment pour un problème de tendinite d'épaule par exemple douloureuse, pendant un temps court, et bien ils le prennent juste le soir. En journée si c'est nécessaire. En général je commence comme cela. Alors parfois quand on est parti sur des problèmes qui durent plus longtemps, alors parfois on passe à une forme retard, où je leur explique bien. En fait souvent quand on est parti sur quelque chose qui dure un peu plus longtemps j'explique, enfin je fais le petit schéma aux gens avec un comprimé 50, ça a une plus courte durée d'action puis ça rediminue. Et donc si pendant un certain temps eh bien ils en prennent trois par jour autant passer à une forme retard. A condition qu'ils le prennent bien à 12h d'intervalle alors ils ont une meilleure couverture. (Hésitations) Et donc du coup comme ça on shift sur du 50. Je trouve que le 50, deux fois par jour, c'est une petite dose qui calme quand même pas mal de douleur. (Hésitations) Mais donc en fait alors à ce moment-là c'est aussi un peu le patient qui voit. S'il espère que ça ne va pas durer il reste parfois à une prise plus ponctuelle, ça dépend. Mais quelqu'un qui prend systématiquement trois fois par jour pendant plusieurs semaines alors il vaut mieux passer à une forme retard. Mais alors je lui explique bien qu'à ce moment-là le sens c'est effectivement de prendre deux fois par jour, pendant quelques semaines et puis on verra pour arrêter. Mais pas en prendre un de temps en temps, ça ça ne sert à rien. Enfin j'essaie de bien expliquer mais il y en a quand même parfois qui ne comprennent pas. Enfin il faut réexpliquer plusieurs fois quoi.

C : Oui, oui.

MG 5 : Donc oui en général je commence par une forme, je commence pas par des formes retard.

C : Oui, c'est ça. Et alors vous parliez justement de tolérance, d'effets secondaires. Quelle est votre expérience à vous face à ces effets indésirables ?

MG 5 : (Hésitations) Soit c'est digestif, soit alors des vertiges, le fait de se sentir pas bien, vaseux. C'est surtout ça les deux gros trucs qu'on voit quoi. Mais parfois les vertiges ça peut vraiment être important et pas toujours évident. Enfin c'est pas toujours "j'ai pris un comprimé je me sens pas bien et j'ai des vertiges". Parfois, on a eu deux trois fois des patients qui avaient du tramadol pour des problèmes douloureux aigus, qui au premier comprimé n'ont rien dit, et puis après au bout de quelques jours, revenaient avec une symptomatologie de vertiges vraiment importants à l'avant plan. Et où c'était pas évident de se rendre compte tout de suite que c'était lié au tramadol. Mais en l'arrêtant c'était rentré dans l'ordre.

C : Ah oui !

MG 5 : Mais c'est pas toujours uniquement au premier comprimé quoi. Donc là maintenant c'est vrai que quand il y a des gens qui viennent avec des trucs pas bien, surtout vertiges comme ça, on fait toujours vraiment attention si on n'a pas démarré, allez la semaine, les deux semaines qui précédaient, du tramadol. Et je pense qu'il y a des métabolisateurs lents, et donc il y a peut-être à un certain moment un peu un effet d'accumulation qui fait qu'il y a plus d'effets secondaires. Je pense hein, pour le tramadol **il y a quand même des problèmes de métabolisme très différents d'une personne à l'autre**. Avec certains qui pourraient ne pas du tout être soulagés parce qu'ils métabolisent très vite et d'autres qui au contraire auront une certaine accumulation et plus d'effets secondaires.

C : C'est ça ! Et donc globalement pour vous, c'est un médicament sûr, ou...Comment est-ce que vous diriez ?

MG 5 : (Rires)

C : (Rires) C'est dur comme question !

MG 5 : (Rires) Oui, mais oui. **C'est un médicament utile quand il y a des douleurs relativement importantes mais c'est vrai qu'il faut quand même réfléchir. Enfin voilà, le paracétamol, il n'y a pas de soucis quoi. Les anti-inflammatoires déjà on réfléchit aussi, il y a aussi des tas de contre-indications et d'effets secondaires. Eh bien le tramadol aussi. Il faut quand même bien réfléchir avant de le prescrire, au profil du patient, aux effets secondaires potentiels, au risque de dépendance, d'accoutumance.** Enfin. Bon, les effets secondaires style digestif, ça ce n'est pas grave, le patient va l'arrêter et puis c'est tout quoi. Mais oui. Oui et puis y'a tout le problème aussi de la somnolence, conduite de véhicules et tout ça aussi quoi. Il faut bien expliquer aux gens. Et donc ça c'est aussi un peu différent d'un patient à l'autre. Y'en a qui sont plus sensibles que d'autres !

C : C'est ça, et donc, qu'est-ce que vous leur dites quand vous commencez le tramadol, au patient, en termes d'effets indésirables, comment, quelles informations et précautions vous leur donnez concrètement ?

MG 5 : (Hésitations) Eh bien, comme je l'ai dit un peu tantôt, donc je leur explique qu'en tout cas s'ils ne se sentent pas bien, qu'ils ne s'inquiètent pas c'est dû à ça, alors on l'arrête. Je dis en général que c'est un traitement court, ça dépend, pas court quelques jours, ça dépend un peu de la pathologie. Mais que c'est pas, c'est un traitement temporaire en tout cas on va dire. Et puis si, en fonction de la demande alors rediscuter aussi des effets plutôt, enfin, qui sont plus liés à la dépendance qui pourrait s'installer. A partir du moment où on voit qu'il y a une..., pour un problème un peu plus long, qu'il y aurait une demande répétée quoi.

C : Et justement en termes de durée, pour quelle durée est-ce qu'initialement vous prescrivez du tramadol, normalement ?

MG 5 : Normalement si on est dans une lombalgie, 10-15 jours, si on a une tendinite, ça dépend. Si c'est une tendinite sévère un peu plus longtemps quand même ça dépend. Enfin en association avec de la kiné, d'autres choses, ou une infiltration. (Hésitations) Si c'est un problème traumatique ça dépend aussi un petit peu. Je ne me mets pas forcément d'emblée une limite, je ne sais pas s'il faudrait mais...

C : Et vous avez des...

MG 5 : Y'a plein de gens qui en ont au long cours hein.

C : C'est ce que j'allais vous demander !

MG 5 : Les patients douloureux chroniques, fibromyalgiques ou lombalgiques chroniques dont on parlait tantôt. Ils l'ont au long cours. Et là c'est plutôt faire attention de ne pas être dans l'augmentation des doses et à certains moments de pouvoir dire aussi si vous êtes mieux on rediminue, ce qui n'est pas toujours évident quoi.

C : C'est ça !

MG 5 : On va aussi être dans une adaptation de la dose en fonction des périodes, ou si ça va mieux, ça va moins bien. Et comme là pour le moment on voit quand même moins les gens c'est aussi moins facile.

C : Oui, oui, tout à fait !

MG 5 : Depuis le début de l'année. On les a revus un peu entre...

C : Et est-ce qu'il y a un profil justement d'utilisateurs chroniques, pour vous, de ces médicaments-là, parmi vos patients, outre la pathologie de base ?

MG 5 : Outre la pathologie ?

C : Oui c'est ça !

MG 5 : Chez ceux qui en prennent de façon chronique, outre la pathologie, non, comme ça non.

C : Et justement vous parliez de renouvellement. Quand vous renouvelez une prescription, dans quelle mesure est-ce que c'est vous l'initiateur, ou c'est un confrère spécialiste, ou un autre médecin ? Dans quelle proportion est-ce que vous avez l'impression que c'est vous qui avez initié la prescription de base ?

MG 5 : (Exclamation) L'initiation...

C : Quand vous renouvelez, est-ce que c'était vous initialement qui l'aviez prescrit ou souvent au contraire, ce n'est pas vous et vous êtes amenée à represcrire ?

MG 5 : En pourcentages ?

C : Oui ou votre impression...

MG 5 : Y'a quand même pas mal de situation où ce n'est pas nous qui avons prescrit au départ, me semble-t-il quoi. (Hésitations) Ça peut être les orthos, ça peut être les urgences. Ça peut être (hésitations) oui...Oui il y a les deux je ne saurais pas vraiment...oui, y'a les algos évidemment. Je ne saurais pas vraiment dire la proportion, il faudrait regarder un peu de plus près.

C : Et vous renouveler différemment quand vous n'êtes pas l'initiatrice ? Vous avez l'impression que vous réagissez différemment quand vous devez renouveler une prescription ?

MG 5 : (Exclamations) Si c'est la première fois : oui ! Ça sûrement. Je vais dire...Bon, si c'est un patient je sais, il est comme-ci et il a du tramadol 100 retard tous les mois et voilà, je regarde juste la date et puis je lui refais si c'est la bonne date. Maintenant si j'ai une demande de renouvellement et que je ne suis pas au courant, je ne vais pas la faire. Si j'ai le patient en face de moi, et bien évidemment je vais lui demander des explications. (Réflexions) Si j'ai reçu un rapport des urgences et que je suis un peu au courant, je ne le ferai quand même pas comme ça. Je passe un coup de téléphone, ou je lui dis qu'il doit venir en consultation. Ça ça dépend un peu du profil du patient. Je veux dire, si c'est quelqu'un qui a une fracture et qui me redemande du Tradonal Odis, j'aurais un contact avec lui mais je lui ferai sans doute. Et puis d'autres où je dirais "non vous devez venir en consultation parce que ce n'est pas dans votre traitement habituel". Si c'est le premier renouvellement alors oui sûrement je vais aller le contacter, je ne vais pas le faire comme cela !

C : Et comment est-ce que vous organisez l'arrêt de la prescription de tramadol ?

MG 5 : (Longue réflexion) Ça dépend. Il y a quand même pas mal de situation où bien quand le problème est résolu, le patient ne va plus en demander. Ou alors, si on le revoit, ensemble on rediscute un peu "eh bien maintenant ça va quand même nettement mieux, on arrête le tramadol ou continue juste avec du paracétamol" ou on prévoit que ça va stopper à partir de ce moment-là. (Hésitations) En général, en fonction de la pathologie, au départ on essaie un peu de programmer avec le patient que ce n'est pas définitif. Maintenant ceux qui le prennent déjà depuis longtemps, ça c'est plus compliqué, oui ! Et parfois il y a aussi des patients quand même qui à un certain moment, même s'ils l'ont déjà depuis un bout de temps, le stoppe hein ! Je pense à une dame qui a des problèmes de gonarthrose assez importante, et puis pendant tout un temps, c'était pas suffisant pour envisager d'autres choses et puis là, elle avait un ortho qui a refait des infiltrations etc. et elle a quand même arrêté hein. Donc il y a quand même aussi des gens qui savent le stopper ! C'est, enfin c'est un élément dans une prise en charge plus globale du patient. C'est quand même un souci, enfin je veux dire une préoccupation, enfin sauf quelques patients je considère que c'est plutôt limiter l'augmentation de la dose parce qu'on ne sait pas faire autrement, et puis c'est quand même une préoccupation quand même régulière de dire enfin "voilà, le tramadol quand on en redemande c'est justifié ou pas", de revoir le patient, de discuter avec lui. D'être sûr de ne pas être dans une prescription chronique inadéquate quoi.

C : Et dans le cadre de mon TFE, vous êtes la première à me parler justement des consultations d'algologie, c'est quelque chose qui est fréquent dans votre patientèle ? Vous travaillez souvent avec des algologues ?

MG 5 : On a quand même quelques patients, fréquent c'est à dire que..., on a quelques patients suivis en algologie, oui. Fréquent non quand même pas ! En fait à la maison médicale on a quand même, on a aussi une kiné qui a fait une formation à Mont-Godinne sur la prise en charge des

douloureux chroniques. Donc c'est quelque chose auquel on est assez sensibles. (Hésitations) Alors tout le monde ne va pas chez elle, évidemment. Elle a aussi fait un groupe de, enfin elle a une prise en charge à la fois en groupe et en individuel. Donc là nous, voilà, on essaie au maximum que les gens aillent dans ce, dans un système comme cela. Mais malgré parfois il y a des gens qui ont, qui sont, parfois...je réfléchis à comment est-ce qu'ils arrivent en algologie. Au début je pense qu'on en a parfois envoyés nous, en espérant (hésitations), justement, avoir une prise en charge plus globale etc. Et, et puis finalement avec l'expérience, c'est pas du tout comme cela, maintenant quand ils vont en algo ils ont tous leur perfusion de Ketalar. Et puis on a l'impression que ça s'arrête là. On aurait voulu (hésitations), enfin plus de discussion aussi. Quand ils font des séminaires ils disent "oui c'est important de décider avec le patient, avec l'entourage, le projet de vie". Mais, enfin, tout ça c'est des beaux discours hein donc...Voilà moi je n'envoie plus très souvent en algologie sauf pour de la technique. Voilà, une infiltration des articulaires postérieurs et des trucs comme cela. Mais pour une prise en charge globale, je trouve que c'est très décevant. Maintenant parfois c'est aussi un autre spécialiste qui va l'envoyer, soit un médecin physique, enfin oui peut-être médecin physique peut-être moins, mais un rhumato ou un ortho, qui va dire aux gens, ou un neuro, qui va dire aux gens "allez en médecine, en algo". Moi je suis très très déçue de la prise en charge en algo, ça c'est clair quoi ! Ils voient parfois l'infir, le psy, le kiné, machin et puis ça ne débouche sur rien du tout et nous on n'est jamais jamais jamais jamais contacté quoi. Il faut se battre pour avoir des rapports enfin c'est...

C : Décevant quoi ! Un manque de coordination...

MG 5 : Oui un manque, absolument ! Oui, et puis peut-être qu'ils sont un peu débordés je ne sais pas mais comme au *[nom d'hôpital]* par exemple, ça fait des années qu'il n'y a plus de médecin de médecine physique dans le service d'algologie quoi...Peut-être que ça ne les intéresse pas. Enfin oui, donc voilà c'est un peu...Je trouve que c'est devenu des techniciens et c'est pas du tout ce qu'on aurait pu espérer quoi. Donc oui on a quand même quelques patients qui sont suivis en algologie, où c'est très compliqué de savoir qu'est-ce qui...enfin aussi, justement, dans le suivi des prescriptions, donc on ne sait pas ce qu'ils ont dit au patient, on ne sait pas ce qu'ils ont prescrit. Donc ça peut aussi être pour le patient l'occasion un petit peu d'abuser...Donc c'est parfois plutôt un inconvénient qu'un avantage qu'ils y aillent. (Rires)

C : Intéressant, oui !

MG 5 : Maintenant il y a d'autres aspects, enfin je veux dire quand c'est plus technique eux ils apportent quand même quelque chose hein, c'est pas ça hein ! Mais au niveau de la prise en charge globale, c'est pas du tout ça quoi. Et eux, je pense que maintenant ils font quand même plus attention, mais on a quand même eu des tas de patients qui ont été mis sous oxycodone, morphine etc. pour des indications qui n'étaient pas bonnes. Et c'est eux qu'ils le mettaient quoi. Enfin maintenant ils font quand même plus attention, ils font un peu marche arrière, ils font des sevrages. Enfin je pense à une dame en particulier. Mais qui était très motivée donc elle a su l'arrêter. Mais (hésitations) il y a eu une époque où eux ont été vraiment responsables d'une surprescription en antidouleurs enfin...Dans des pathologies chroniques. Dans des pathologies aiguës je ne suis pas contre les antidouleurs mais dans les trucs chroniques...

C : Justement, c'était ma prochaine question. Un point qui m'intéresse beaucoup c'est le fait que la prescription de tramadol augmente en Belgique depuis une dizaine d'années. J'aurais voulu savoir mais déjà quelle est votre expérience personnelle face à cette tendance, est-ce que vous la retrouver dans votre pratique à vous ?

MG 5 : (Réflexion) Est-ce qu'on prescrit plus maintenant qu'il y a dix ans ?

C : Oui !

MG 5 : Difficile à dire, je ne sais pas. Peut-être dans la mesure où (hésitations), je pense qu'on fait quand même beaucoup plus attention aux anti-inflammatoires. On prescrit quand même de façon beaucoup plus limitée, enfin on est de plus en plus, enfin par rapport à il y a dix ans peut-être que dix ans c'est peut-être court, par rapport à il y a quinze ans, enfin on fait quand même très très attention à tous les effets secondaires des anti-inflammatoires et donc du coup quand le paracétamol ne suffit pas, et bien le tramadol vient quoi. Et donc c'est possible oui que...il faudrait voir si c'est lié à une diminution des anti-inflammatoires ou pas. Mais (hésitations), peut-être que dans ce cadre-là, (hésitations) on mettra plus souvent, enfin je veux dire, si on est un peu à cours avec le paracétamol de...de prescrire un tramadol plutôt qu'un anti-inflammatoire quoi. Quand ça convient.

C : Et est-ce que vous voyez d'autres explications à cette augmentation, comme ça au premier abord ?

MG 5 : (Longue réflexion). Je ne sais pas si, nous on ne reçoit plus les délégués des firmes mais peut-être aussi que le matraquage des firmes pharmaceutiques.

C : Dans le contexte du tramadol, ça vous a touchée d'une manière ou d'une autre ou a priori pas ?

MG 5 : Les firmes ?

C : Oui !

MG 5 : (Réflexion) Peut-être à l'époque oui. A l'époque...ça fait quoi, ça fait peut-être cinq ans que nous on ne les reçoit plus. Donc nous on est une maison médicale, on les a quand même reçus assez longtemps notamment pour avoir des échantillons. On a toujours essayé d'être vigilant mais on sait bien que malgré tout on est touché, donc peut-être, possible, je ne sais pas.

C : Et le fait que on classifie le tramadol parmi les opioïdes peu puissants, vous pensez que ça a un impact dans la manière dont on le prescrit ?

MG 5 : (Exclamation) Oui sans doute, oui !

C : Et le prix ? Est-ce que ça a un impact pour vous dans la prescription ? Le prix du tramadol ?

MG 5 : (Hésitation) Moi non.

C : Est-ce que vous pensez qu'il y a des types de pratiques de médecine générale qui poussent à prescrire plus ou moins justement de tramadol ? Vous parliez de votre collègue kiné qui s'était formée spécialement dans le domaine. Qu'est-ce que vous en pensez ?

MG 5 : Ça je ne sais pas répondre. Je ne sais pas ce que font les collègues. C'est sûr que ça prend plus de temps de discuter avec quelqu'un qu'il ferait bien de se bouger un petit peu plus, d'aller faire du sport, d'aller chez la kiné, de le convaincre d'aller chez la kiné, de changer un peu, que ce ne sont pas les médicaments qui vont tout résoudre. Ça prend du temps et donc peut-être que

quand on est plus pressé...Et nous on essaie d'avoir une pratique où on s'autorise un peu à prendre du temps avec les gens hein. Et donc peut-être, enfin voilà, je ne vais pas critiquer d'autres collègues sans savoir mais peut-être que quand on est plus pressé, qu'on a pas trop le temps, ou qu'on a pas non plus des collaborations positives et (hésitations)...c'est peut-être plus compliqué aussi ! Voilà, peut-être que le médecin qui travaille en solo, qui n'a justement pas des kinés avec qui il y a vraiment une collaboration c'est peut-être... ou un kiné qui aime bien. Parce que dans nos kinés à la maison médicale (hésitations) il y en a qui n'aime pas ce genre de...Enfin voilà ils n'aiment pas, on fait tous des choses qu'on aime mieux ou qu'on aime moins, mais qui ne sont pas trop fans de prendre en charge des patients douloureux chroniques. Voilà, ce n'est pas donné à tout le monde non plus, tout le monde n'a peut-être pas l'habitude...Et puis ça prend du temps hein. De discuter, de négocier, d'essayer de convaincre qu'il y a d'autres façons de faire. Donc peut-être oui, si on veut aller plus vite, ça va plus vite de faire une ordonnance ça c'est clair. Enfin pour d'autres problèmes de santé aussi hein, pas que pour le tramadol.

C : Et l'impact de votre formation médicale dans votre prescription, est-ce que vous pensez qu'il y a un impact de votre formation plus théorique alors dans ce cas là ?

MG 5 : Alors ça, elle est loin ! On ne parlait pas du tramadol moi quand j'ai fait mes études ! (Rires) On commençait à parler des paliers, voilà. Donc ça c'est quand même une info qu'on a eue à l'unif hein, mais oui, là c'est il y a trente ans donc le tramadol n'était pas sur le marché !

C : Et j'ai oublié de vous demander, c'est peut-être un peu déplacé mais pour mes statistiques, votre âge ?

MG 5 : 58 ans.

C : D'accord ! Alors ma prochaine question c'est, si je vous dis que parmi toutes les spécialités, ce sont les médecins généralistes qui prescrivent le plus. Qu'est-ce que cela vous évoque en général ?

MG 5 : Je ne suis pas étonnée puisqu'il y a quand même des patients qui en prennent de façon chronique et donc fatalement ce sont les généralistes qui font les renouvellements. Donc oui, je crois que c'est vrai oui ! Je ne suis pas étonnée non.

C : Et est-ce que parmi votre patientèle vous avez des patients qui l'utilisent de manière inappropriée ? Que vous qualifieriez d'inappropriée en tout cas ?

MG 5 : En tout cas, dans les doses sûrement oui. Enfin comme on disait tout à l'heure. Il y a des patients, on essaie toujours de redescendre un peu et...où je pense que le médicament antidouleur est pris dans une problématique plus large que simplement comme antidouleur quoi. Et aussi une tendance à vouloir toujours plus quoi, oui oui. Enfin, je ne crois pas que c'est ma majorité, enfin c'est pas la majorité, c'est pas 50%, mais il y a en a, oui.

C : Et quand c'est comme ça vous l'indiquez dans le dossier ? Ou c'est quelque chose que vous savez et voilà auquel vous prêtez attention mais sans vraiment le noter textuellement dans le dossier. Comment vous faites en pratique ?

MG 5 : (Réflexion) Moi je le sais évidemment et comme c'est vrai que nous on travaille en équipe, et notamment avec des assistants, j'essaie de le noter dans le dossier oui.

C : Ah oui c'est ça. Du coup sous quelle forme plutôt alors ? Qu'est-ce que vous écrivez concrètement ?

MG 5 : Alors il y a deux possibilités, (hésitations) soit on met, y'a dépendance, usage de médicament, enfin mésusage de médicament. Enfin on a travaillé très longtemps dans Pricare, on vient de shifter sur medispring, donc là dans Medispring je ne sais pas encore ce problème là comme il apparaît. Mais donc on, il y a l'élément de santé qu'on pouvait créer (hésitations) donc usage de médicament...Enfin bref vous avez compris ce que je veux dire. (Hésitations) Et alors aussi dans Pricare en tout cas on avait l'occasion de mettre un post-it qui s'ouvre quand on ouvrait le dossier du patient, et donc là parfois je mettais "attention", pas que pour le tramadol, pour d'autres produits aussi, donc "attention prescription de tramadol". Pour attirer l'attention quand c'est quelqu'un d'autre qui voyait ce patient.

C : Oui tout à fait ! Et est-ce que vous avez déjà eu des cas d'overdose, ou de suicide dans votre patientèle ?

MG 5 : Non !

C : Et des cas de falsifications d'ordonnances ou de trafic avec ...

MG 5 : Avec le tramadol ?

C : Oui !

MG 5 : (Réflexion) Non, je ne pense pas non !

C : Et ma dernière question dans ce contexte est "qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait mettre en place actuellement, à différents niveaux, pour assurer une prescription appropriée du tramadol ?" Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

MG 5 : Moi j'ai trouvé que les délégués indépendants c'était très très bien. Qui ont été supprimés par Madame De Block, Farmaka voilà. Donc moi je pense que c'est par des choses comme cela, soit dans des formations organisées par l'unif ou la SSMG. Moi je trouvais que les délégués indépendants c'était très très bien quoi. Parce que (hésitations), on en a pas vu dans le cadre de la douleur chronique je pense pas, mais pour les autres pathologies et bien voilà, ils faisaient un bon topo de la question, qu'est-ce qui était validé, pas validé, actualiser les connaissances. Et là c'est presque en individuel, nous on les recevait à quatre mais (hésitations), voilà moi je trouve ça intéressant des trucs comme cela. Donc par la formation continue, et en particulier comme cela en étant juste avec les délégués indépendants quoi. Ça je pense que c'est bien.

C : Et au niveau des médecins spécialistes, qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait faire ? Pour justement, vous parliez du lien avec les algologues, les urgentistes...Est-ce qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau-là ?

MG 5 : Les algologues je ne sais pas (rires) ! Oui sans doute, je pense aussi, enfin voilà c'est par le biais de la formation. Maintenant je sais pas exactement à l'unif maintenant, comme moi je l'ai quittée depuis beaucoup trop longtemps, ce qu'il en est. Je pense quand même qu'en général les assistants qu'on voit, qui arrivent chez nous, ils sont quand même attentifs. Donc c'est peut-être plus sur des médecins un petit peu plus âgés aussi, ou qui travaillent déjà depuis un certain temps, qui sont pris un peu dans, dans routines et dans des habitudes qu'il faut aller. Il me semble quand même que les jeunes, au niveau, globalement de toute la prescription sont quand même bien

formés, enfin mieux formés que nous on ne l'était sans doute et attentifs justement au mésusage de médicaments. Plus que nous on ne l'était peut-être au début quoi. Globalement, pas que pour le tramadol quoi.

C : Et au niveau légal, est-ce qu'on devrait changer quelque chose dans l'accès à la prescription, pour vous ?

MG 5 : (Longue réflexion) Il faut quand même une ordonnance, on ne peut pas l'avoir comme ça, donc. Je ne sais pas si on saurait... Je ne sais pas à quoi vous pensez exactement mais (hésitations) alors, enfin je veux dire, il n'y a pas de raison de le faire pour le tramadol et pas aussi pour l'Oxycontin, Oxynorm, enfin tous les morphiniques. Peut-être qu'il y a des choses à faire, je ne sais pas.

C : Et au niveau de la collaboration avec les pharmaciens, dans le contexte de la prescription de tramadol, est-ce que vous pensez qu'il y a des choses à améliorer, ou au contraire qu'il y a déjà beaucoup qui existe ?

MG 5 : (Hésitations) Normalement il y a le pharmacien référent maintenant donc je pense que s'il y avait un patient qui abuse et qui va à différents endroits il devrait pouvoir intervenir. Mais moi j'ai jamais été interpellée par un pharmacien parce qu'un patient... enfin qui se posait des questions sur les prescriptions... Donc là peut-être... Et puis de toute façon, je crois que maintenant avec une ordonnance, le pharmacien peut voir même dans d'autres pharmacies où ça a été délivré. Donc là, ça pourrait être un moyen un petit peu de contrôler. Mais moi j'ai jamais été interpellée par un pharmacien, donc...

C : Et bien, un grand merci pour votre temps, je ne sais pas si on a balayé tout le sujet, si vous pensez qu'il y a d'autres points qui vous tiennent à cœur et qu'on a pas abordé dans le cadre du tramadol ?

MG 5 : Et bien, c'est un peu plus large, pour les antidouleurs, je suis quand même étonnée que les patients arrivent parfois parce qu'ils ont entendu à la télévision que le paracétamol c'était mauvais, qu'il fallait faire attention parce que ça donne des problèmes de foie. Et qu'après ça nous on doit faire tout un travail pour quand même leur rappeler que le paracétamol il est moins toxique que tout le reste. (Hésitations) Ça ça me tue chaque fois quoi ! Enfin, le nombre de fois où les gens viennent "non je ne prends plus de Dafalgan, je ne prends plus de paracétamol, vous avez entendu, c'est mauvais pour le foie". Alors on réexplique que il faut pas avoir de pathologie hépatique, je suis bien d'accord, qu'il faut respecter les doses etc. Mais pris correctement le paracétamol est quand même ce qu'il y a de plus sûr par rapport au reste, et on parle rarement des problèmes du tramadol par exemple. Enfin je trouve ça d'une aberration... Alors bien sûr qu'on fait attention aussi avec le paracétamol, mais pourquoi c'est toujours le paracétamol qu'on discrédite dans les médias quoi ! Enfin, qu'on parle du tramadol, qu'on parle des anti-inflammatoires, les gens vont acheter des Ibuprofen à la pelle en pharmacie sans ordonnance, enfin voilà, là il y a des choses que je ne comprends pas sauf sans doute du lobbying des firmes pharmaceutiques, enfin je ne sais pas, des intérêts financiers, je ne sais pas trop, mais ça c'est quelque chose... Enfin après on doit se battre pour redire "mais non, c'est quand même mieux de prendre un paracétamol", de façon limitée, ponctuelle aussi, enfin voilà, mais c'est quand même moins toxique que d'autres quoi ! Voilà, c'est un peu plus large que juste le tramadol, mais par rapport aux antidouleurs quoi !

C : Un grand merci !

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 6

Chercheur : Ma première question c'est d'abord savoir si vous pouviez me parler de votre parcours de généraliste ? Pour que j'apprenne un petit peu à vous connaître avant l'entretien.

Médecin généraliste 6 : Donc installé depuis 87, où il y a un an de service militaire, on va dire 88. C'est une médecine rurale, pratique de médecin rurale. Avec une particularité c'est que j'ai fait une licence en médecine du sport. C'était les deux ans de cours au tout début de ma pratique. Quand nous on débutait en solo, (hésitations) donc il n'y avait pas d'assistantat et on avait des réunions, le séminaire locorégional existait déjà. Donc c'était une fois tous les quinze jours mais on était déjà installés (hésitations) chez soi, on avait déjà sa pratique. Et on débutait, on avait beaucoup de temps, on avait peu de patients donc j'ai fait ma licence en médecine du sport. Donc je jouais aussi au foot d'une manière, enfin c'était pas professionnel, mais dans un niveau assez élevé et donc voilà, et donc en contact avec le milieu du sport et c'est comme ça que j'ai, et encore maintenant, j'ai une pratique de médecine du sport qui s'intègre dans ma pratique de médecine générale quoi, voilà. En gros c'est ça, voilà. Et je suis toujours (hésitations) resté en pratique solo jusqu'au moment où j'ai pris une assistante. Au début, la première année, c'était avec un autre confrère, et puis la deuxième année elle est restée avec moi et puis la troisième année donc elle est devenue mon associée. Donc (hésitations) voilà, ma première assistante est devenue mon associée. Et on est associés depuis 2017 déjà. Et alors entre-temps ce qui l'avait attiré elle c'était (hésitations) que je m'entendais bien avec un autre confrère, donc avec qui j'ai d'ailleurs partagé l'assistante une année. Et on s'était dit qu'il fallait qu'on s'associe pour du secrétariat. Et il y avait des pourparlers dans la région pour faire une maison médicale et finalement ça ne s'était pas fait et on s'était dit on va le faire nous deux quoi ! Et c'est comme ça qu'on avait ce projet de construire quelque chose. Et d'y travailler. Et puis une autre consœur avait déjà acheté un bâtiment. Elle ne se sentait pas capable toute seule...Et alors on a finalement choisi d'aller dans son projet. Et donc c'est comme ça que depuis 2016, septembre 2016 on a le *[nom de centre médical]*. Donc c'est bien un centre médical, c'est pas une maison médicale. On a chacun sa patientèle, on a gardé notre patientèle. Mais on travaille au même endroit, mais il faut dire aussi que le Docteur *[nom de médecin]*, la consœur travaillait chez elle mais dans son salon et sa salle à manger. Donc à son rez-de-chaussée il n'y avait plus que sa cuisine pour elle. Ce qui au niveau famille, ça fait longtemps qu'on lui disait...bon. *[nom de médecin]*/lui, il venait de divorcer donc il se retrouvait sans maison, sans cabinet de consultation. Donc il louait entre-temps quelque chose, donc il était intéressé. Mais il n'y avait que moi qui avait chez moi à *[village de la province de Luxembourg]* dans un petit village à côté, (hésitations) mais moi j'avais construit, j'avais mon cabinet de consultation, qui était suffisamment vaste, enfin voilà quoi ! Voilà, donc moi ici avec *[prénom de médecin]* on est trois à travailler : donc *[nom de médecin]* mon associée, moi et une assistante. Et on trois bureaux, on en a deux à *[commune de la province de Luxembourg]* et toujours le mien (hésitations), voilà moi ici je suis à *[village de la province de Luxembourg]* dans ma maison, dans mon cabinet qui est au niveau de la rue, voilà. Voilà en deux mots notre parcours quoi ! Donc maintenant on a une pratique, on peut dire de groupe parce que on a des concertations régulièrement pour partager un peu les patients quoi, revoir les patients ensemble quoi. Et l'avantage de la maison médicale, c'est que on n'est pas isolés. Dans le cadre ici de la pandémie, et bien on se réunissait tous les mercredis, donc encore maintenant, tout le temps, tous les mercredis midi on se réunit tous ensemble et (hésitations), et on rediscute un peu des difficultés du moment ou d'autres choses quoi. Donc il y a toujours ce partage, donc ça a coupé court à un isolement qu'on avait dans le temps, quand on était en pratique solo, chacun faisait sa popote dans son coin et à part les dodécagroupes, les GLEMs peut-être par après, mais il n'y avait pas de partage. Tandis qu'ici maintenant c'est bien partagé. Que *[nom de médecin]* elle s'est associée elle

aussi avec [nom de médecin]. Ce qui fait qu'on est de plus en plus nombreux à se réunir, à travailler quoi. Et [nom de médecin] il a un assistant. Donc ça veut dire que dans (hésitations), on a une pratique ici dans le centre médical où on est quatre, sept médecins.

C : Et pour mes statistiques, sans indiscretion, votre âge ? (Rires)

MG 6 : 60 ans depuis quelques jours...

C : Bon anniversaire ! Alors, ma première question ce serait de savoir est-ce que vous pourriez me raconter la dernière consultation durant laquelle vous avez prescrit du tramadol. Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous revient en tête ?

MG 6 : (Longue réflexion) Je dirais que c'est surtout, oui je pense à une lombalgie basse. (Hésitations) Où le patient a déjà essayé (hésitations) ce qu'il avait à sa disposition, qui était le paracétamol, si ça tombe l'ibuprofène aussi qu'il avait essayé. (Hésitations) Je n'ai pas le compte rendu de la consultation mais voilà, en général c'est ça. Donc une douleur assez importante, sans sciatalgie. Donc c'est pour cela que voilà, et des antidouleurs qui ne calmaient pas assez. Donc c'est pour cela que j'étais passé au tramadol.

C : C'est ça ! Et donc si vous deviez décrire toutes les situations dans lesquelles vous êtes susceptible de prescrire du tramadol, ce seraient lesquelles, selon vous ?

MG 6 : (Exclamation) Donc il y a (réflexion), je dirais que ce serait plus douleur aiguë, que douleur chronique. Je dirais, oui, 75% de douleur aiguë, 25% de douleur chronique. (Hésitations) On se fie un peu... Je n'aime pas laisser le patient sans rien, donc il faut toujours essayer de ressortir de la consultation avec, que le patient ait l'impression, et soit bien rassuré sur "on va s'occuper de sa douleur et on va essayer de l'atténuer". Ou que ce soit parce qu'il faut rechercher le vrai diagnostic et c'est en fonction du diagnostic qu'on va essayer de calmer sa douleur, (hésitations) mais il faut qu'il sorte avec un schéma clair au niveau de sa douleur. Donc (hésitations) vous parlez du tramadol, si on reste au niveau du tramadol, c'est un palier 3 au niveau des antalgiques, palier 1 paracétamol mais ça ne leur fait rien, ou ibuprofène, palier 2 c'est une association sous paracétamol/ibuprofène ; soit Dafalgan codéine ; soit le Zaldiar tramadol/paracétamol. Et si ça ne fonctionne pas, c'est à ce moment-là qu'on passe au tramadol pur quoi. Mais je passe rarement au tramadol pur, donc quand je dis pur c'est le tramadol 50, je passe toujours avec une formule retard. Moi je dis simplement que il faut que le patient soit soulagé tout le temps. Et l'idéal c'est une petite dose de tramadol et j'aime bien la forme 50 retard, donc le Contramal 50 retard ou le Tradonal 50 retard. Dans les génériques il n'y en a pas d'autres. Et (hésitations) je leur dis "on va titrer un peu votre antidouleur", on commence par une petite dose de 50, matin et soir, bien respecter les douze heures, 8h le matin et 20h le soir, et on essaie de trouver la bonne dose. Et que, s'il y a des pics de douleur, et bien les interdoses c'est un tramadol/paracétamol par exemple. (Hésitations) Et puis il y a revoir et dès que la douleur s'estompe il faut redescendre. Et donc si on était passé à deux de 50, matin et soir, et bien il faut redescendre. Voilà un peu le schéma que je dis dans, que j'ai en tête dans les douleurs plus aiguës, c'est souvent des lumbagos, lombalgies. Maintenant il y a des lombalgies chroniques. (Réflexion) Oui j'ai un peu de tout, j'ai aussi des lombalgies chroniques soignées par des patchs hein, des patchs de Durogésic. (Hésitations) Mais qui, j'en ai un qui est aussi avec un tramadol retard 200, trois fois par jour... Je regarde ma balance parce que je pense qu'il doit peser dans les cent-cinquante kilos, il fait presque deux mètres et plus de cent-cinquante kilos et donc c'est pour cela qu'on avait augmenté les doses. C'est le seul que j'ai à plus que 400 mg par jour.

C : C'est ça, et donc c'est surtout pour des indications ostéo-articulaires alors dans votre pratique, a priori ?

MG 6 : (Réflexion) A priori oui, oui. Maintenant (hésitations) il y a d'autres situations où ça fait très mal. (Hésitations) Mais il y a toujours une pathologie sous-jacente. Et c'est finalement traiter la pathologie sous-jacente. Donc un tramadol 50 en injectable, oui ça aide. On suspecte une lithiase (hésitations) rénale, oui on va s'aider du tramadol 100 en injectable, souvent j'utilise l'injectable à ce moment-là. Une migraine qui ne passe pas...Mais c'est souvent injectable parce qu'alors je suis dans la phase aiguë de la maladie. Et donner alors des antidouleurs plus chroniques, non, c'est, oui l'arthrose mais l'arthrose c'est plutôt les crises d'arthrose, l'arthrose qui va pendant un certain temps faire un peu plus mal. Mais on va toujours essayer de trouver une solution pour (hésitations) essayer de réduire la douleur, ou des injections dans le genou d'acide hyaluronique. Voilà. Donc, les pathologies ostéo-articulaires, je fais de la mésothérapie avec la médecine du sport donc ça aide aussi. Sinon les personnes âgées c'est surtout le paracétamol. Donc c'est moins le tramadol. Alors il y a toute la population des douleurs chroniques. Où on essaie de travailler en collaboration avec le centre de douleur chronique du coin. Donc dès qu'on voit qu'une douleur se chronicise (hésitations) et que les antidouleurs ont tendance à se maintenir j'aime bien les faire passer au centre de douleur chronique. (Hésitations) Voir un peu avec eux si, mais souvent si par exemple la douleur était tellement intense qu'on a dû passer à des patches, et bien souvent ils essaient d'enlever le patch quoi. Voilà douleur chronique, et puis alors on entre alors dans les fibros, les fibromyalgies, (hésitations) et bien ils ont mal un peu partout, tout le temps. Et là les traitements vont jusqu'au Cymbalta, duloxétine, pour essayer d'atténuer...Redomex, Rivotril, et tutti quanti ! Donc on essaie, on essaie de soulager le patient et en n'essayant pas de rentrer dans une prescription chronique. En tout cas tramadol c'est assez rare.

C : C'est ça ! Et si vous deviez réfléchir un peu au profil des patients auxquels vous prescrivez du tramadol, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a un profil de sexe, d'âge, de milieu socio-économique ?

MG 6 : Ça c'est le genre de question que je ne sais jamais répondre ! Quand on pose des questions où parfois, un petit mail ou des questionnaires, "à votre avis quelle est la proportion de, d'hommes ou de femmes qui font ça", je ne sais pas répondre ! On passe d'un cas à l'autre, j'ai déjà oublié ce que j'ai fait hier parce que j'en ai vu beaucoup hier et encore beaucoup ce matin. Enfin beaucoup, avec la pandémie un peu moins, et puis (hésitations), je passe d'un cas à l'autre...Non franchement, (hésitations) c'est impossible ! Vivement le logiciel qui puisse faire des statistiques quoi mais...

C : (Rires) Et est-ce qu'au contraire il y a des patients auxquels vous évitez de prescrire du tramadol ?

MG 6 : (Longue réflexion) Je dirais les patients de douleur chronique. Je pense que le tramadol restera dans les douleurs aiguës, mais non, éviter les douleurs chroniques. Un fibromyalgique par exemple, (hésitations) une patiente âgée avec de l'arthrose, ceux-là j'évite le tramadol, j'essaie de rester dans le paracétamol ou dans d'autres solutions. Ou si c'est une fibro avec douleur chronique on va s'orienter plutôt vers la duloxétine et quitte à augmenter la duloxétine. Alors il y a (hésitations), quelque chose qui m'aide bien..., on a un expert en fibromyalgie à [ville de la province de Luxembourg] qui est le [nom de médecin] un rhumatologue, qui s'est beaucoup investi, et qui donne cours je pense à l'[université belge francophone], et qui s'est beaucoup investi dans la fibromyalgie, les critères... les définitions, les critères diagnostiques, et (hésitations) il a des petites magistrales pour aider les patients fibromyalgiques dans leur douleur. Et, et l'avantage c'est une magistrale. Le

patient sait ce qu'il y a dedans mais il est obligé de passer par nous pour pouvoir l'avoir. Et on peut choisir les doses. Donc le matin, il y a un peu de tramadol, un peu de codéine, un peu de paracétamol, et...un peu de caféine, dans celle du matin. Et il y a la gélule antidouleur du soir du [nom de médecin] où il met un peu de diazépam dedans. Donc il retire la caféine et il met un peu de diazépam. Donc c'est une manière d'avoir une prescription ciblée, où il y a un peu de paracétamol. Mais un peu, parce que, on peut nous même, ça m'arrive de diminuer les doses de tramadol en me disant "pas chez elle, la dernière fois elle l'avait mal supporté", je mets peut-être 25 ou 30mg de tramadol alors que la prescription magistrale est à 50 par exemple. Voilà, revenir au plaisir de la magistrale et d'avoir une prescription très ciblée par rapport au patient quoi.

C : C'est ça !

MG 6 : Ça, voilà, le tramadol en magistrale, c'est possible. Sous cette façon de faire. Et donc ça c'est lui qui faisait ce genre de magistrales, j'ai trouvé ça très bien et ça nous permettaient de gérer aussi les antidouleurs. De voir s'ils en consommaient beaucoup ou pas, dans des douleurs chroniques comme la fibromyalgie. Voilà !

C : Et donc si vous deviez décrire sous quelle forme vous le prescrivez le tramadol, si j'ai bien compris c'est soit en injectable pour les douleurs aiguës, soit alors en comprimés 50mg libération prolongée. C'est ça ?

MG 6 : Oui, je dirais, je ne le prescris pas en injectable puisque c'est moi qui l'injecte...

C : Oui, oui !

MG 6 : Donc c'est toujours dans le cadre de la consultation. Sinon je prescrirai plutôt un retard. Je suis favorable plutôt aux antalgiques quand ils sont plus puissants, de les prendre en libération retard. Donc si on veut éviter les dépendances ou les accoutumances et bien c'est plutôt des formes retard.

C : Et vous parliez du coup des formes conjugués avec du paracétamol, comme le Zaldiar, ça c'est pour vous une étape obligée ? Ou comment..., quelle est la place du Zaldiar alors dans ce cas-là ?

MG 6 : Douleur aiguë. On essaie de..., de calmer d'une façon (hésitations), un traitement antalgique de fond, c'est la forme retard. Et des phases aiguës où ils ont des petites boîtes de vingt comprimés de tramadol/paracétamol pour pouvoir gérer les douleurs un peu plus intenses. Et donc ça demande une participation de leur part d'essayer de gérer un peu le dosage, quel est le meilleur dosage. Voilà un peu ma façon de faire !

C : Et quelle est votre expérience de généraliste face aux éventuels effets secondaires du tramadol ?

MG 6 : Eh bien on doit toujours poser la question "Vous avez déjà utilisé le Contramal ?", "Vous avez déjà eu du tramadol ?"..."(Exclamation) Non Docteur, (exclamation) j'étais KO". Okay bon, somnolence ça va. Mais souvent c'est avec une dose de Contramal 50, qui n'était pas la forme retard. Donc en disant bien, j'explique bien, en tout cas pour les nausées, que tant qu'ils ont la forme retard ils n'auront pas de nausées, c'est beaucoup mieux supporté. Maintenant la somnolence ça oui. Mais l'avantage c'est que, une petite dose peut avoir un effet antalgique et sans avoir un effet de somnolence. Mais en leur disant que si on, je dois les mettre au repos pour

un mal de dos, qu'ils somnoient un peu, c'est pas plus mal. Enfin bon ça c'est (rires), une autre chose.

C : (Rires) Oui, et quelles sont les précautions alors que vous donnez au patient, et les informations, avant de donner la prescription ?

MG 6 : Et bien donc, c'est surtout ça. "Attention ça peut provoquer une légère somnolence, il ne faut pas s'en étonner. A tel point que si vous avez beaucoup plus mal le soir on peut monter dans les doses le soir, donc la deuxième dose à 20h on peut éventuellement monter plus facilement le soir que le matin."

C : Oui, et en conclusion, vous diriez que c'est un traitement sûr pour vous, le tramadol ? Par rapport à ses effets indésirables ?

MG 6 : Le traitement le plus sûr c'est le paracétamol, et encore ! Si on n'en prend pas huit sur une journée. (Hésitations) Donc..., dire sûr non parce qu'il y a les somnolences, il y a des gens qui vont en prendre trois de 50 qui n'auront rien et un autre un de 50 non retard et il va dormir toute l'après-midi. Il n'y a pas de traitement sûr, on essaie de gérer les effets secondaires en en parlant, en en parlant avec le patient. "Voilà, voilà ce qui risque d'arriver, ça arrive, n'hésitez pas à me resonner si ça ne va pas quoi !". De toute façon on essaie d'avoir une consultation de suivi pour la douleur oui.

C : Et vous parliez d'utilisation de manière chronique. D'habitude quand vous vous prescrivez, c'est pour quel délai, le tramadol ?

MG 6 : Allez par exemple une lombalgie, on est parti pour un mois, deux mois. Si on est déjà à trois mois de lombalgie c'est qu'il y a quelque chose qu'il faut changer, il faut revoir le traitement (hésitations), est-ce que...la place de la kiné est importante. Est-ce qu'il a bien pu faire la kiné ou pas ? Oui, on va dire au-delà de trois mois, (hésitations) il y a quelque chose qui ne va pas ! Et que il faut essayer de trouver : "est-ce qu'on a loupé quelque chose ?", "est-ce que c'est le bon diagnostic ?", "est-ce que une phase de traitement aurait pu être mise en place et qu'on a pas su la mettre ?" Je parle de la kiné dans les lombalgies, même de faire mobiliser les fibromyalgiques, c'est important ! (Hésitations) De ne pas, de ne pas avoir été à la médecine, au centre de la douleur, ou voir l'anesthésique parce qu'on a ici une algologue qui peut faire des infiltrations pour des douleurs. Si c'est pour des douleurs d'articulaires postérieurs au niveau lombaire, même une péridurale si c'est vraiment une sciatique. Voilà. Donc les sciatiques le tramadol oui, parce que parfois dans certaines douleurs neuropathiques on dit que le tramadol peut être efficace aussi. En soins palliatifs on l'utilise de temps en temps pour ne pas passer aux morphiniques d'emblée ou de petites doses de morphiniques. Mais ces soins palliatifs, c'est encore autre chose quoi ! Voilà, je dirais c'est toujours se remettre en question. Si le traitement ne va pas, si le patient n'est pas soulagé.

C : Et vous disiez que vous n'aimiez justement pas ce genre de question : par rapport à la...si vous deviez dire voilà vos patients qui l'utilisent de manière chronique, vous avez l'impression que c'est dans quelle proportion ? A la grosse louche ! C'est quelque chose qui est fréquent pour vous, ou c'est plutôt une minorité de vos patients ?

MG 6 : C'est une minorité, oui tout à fait. En pourcentages...

C : Non ça je ne vous le demande pas ! (Rires)

MG 6 : Allez, si je regarde comme cela, (hésitations) en Contramal ou tramadol retard, j'en vois (hésitations) j'en ai peut-être cinq en tête. Donc l'un ce sont des lombalgies chroniques qui..., il a tout fait, (hésitations) un autre, une autre c'est une polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, je vois encore un, oui ce sont des douleurs arthrosiques qui ne passent pas. Oui voilà, je dirais ça. Mais non, j'en ai peut-être cinq en tête mais pas plus. Et je vois vingt patients par jour ou un peu près. Donc non, je pense que c'est vraiment une minorité, je n'ai pas vraiment l'impression que (hésitations). Ça sort beaucoup en aigu parce que des maux de dos c'est hyper fréquent, ou des douleurs un peu plus intenses, mais momentanées, le temps de trouver le diagnostic, vu les douleurs. Et de faire des recherches sur l'origine de la douleur quitte à infiltrer s'il y a une trochantérite, voilà. Je serais toujours tenté, si le paracétamol ne fonctionne pas, en attendant de trouver la solution, de passer par la forme retard pour essayer de soulager le patient mais dans ma tête c'est déjà, j'essaie de trouver le diagnostic et qu'est-ce que je pourrai faire dès que j'aurai le diagnostic pour que ça aille mieux quoi et pour ne pas garder un antidouleur en forme, je dirais d'une façon chronique. Donc c'est très rare, oui. C'est parce qu'on a déjà tout essayé qu'on est resté sur ce Contramal retard. Je dis Contramal ou tramadol retard quoi. Voilà, c'est parce qu'on a déjà tout fait ou parce qu'on a un diagnostic de fibromyalgie ou une, une pathologie pour laquelle il y a peu de possibilités thérapeutiques. Voilà.

C : Et comme est-ce que vous organisez le renouvellement de prescription de tramadol ?

MG 6 : A partir du moment où c'est chronique, je le revois. Tous les trois mois (hésitations). Le patient lombalgique que je vois là, trois fois 200 par jour, il est tellement variable que je le vois tous les mois. Il s'occupe de sa maman, il doit porter sa maman qui pèse aussi lourd que lui donc (hésitations) c'est compliqué, et voilà, un peu de retard mental aussi donc il vaut mieux le suivre de près, que de loin. Donc lui je le vois tous les mois, c'est exceptionnel. Mais je dirais entre trois et six mois, tous les trois à six mois en fonction un peu de l'intensité de la douleur. L'autre patiente c'est une patiente diabétique, donc tous les trois mois idéalement, donc voilà.

C : Et dans quelle proportion est-ce que c'est vous l'initiateur du tramadol ? Quand vous renouvelez une prescription, est-ce que vous avez l'impression que c'est surtout vous le prescripteur initial ou parfois il y a d'autres spécialistes qui ont entamé le traitement et vous renouvelez ?

MG 6 : (Exclamation) Je pense que je suis à 100% l'initiateur.

C : C'est vrai ? Okay !

MG 6 : J'ai l'impression qu'il y a très peu de spécialistes qui connaissent le tramadol. Ils connaissent bien le paracétamol, le Tradonal Odis pour les douleurs aiguës, post-op ou... (hésitations) ou aux urgences peut-être sinon les urgences ils ressortent avec du paracétamol, systématiquement. Voilà. Ils ne connaissent pas...donc la gestion de la douleur ils ne connaissent pas. Même si c'est pour, allez, une entorse de cheville très douloureuse, on aurait pu instaurer un petit fond de tramadol pour...Non ils ne connaissent pas, ils ne connaissent que le paracétamol. Donc voilà, à nous de reprendre et de revoir le patient. Mais voilà, le patient de toute façon il viendra nous voir, ou il donnera un coup de fil en disant "je suis allé aux urgences", et en général on est dans, en rural ici, donc les gens passent énormément par nous. Donc on voit énormément de traumato et autres petites, petits bobos je dirais et voilà, on gère beaucoup. Donc je dirais 100%.

C : Oui, Okay ! Et justement, l'arrêt du tramadol ? Comment est-ce que vous l'organisez ? Donc on parlait de renouvellement et puis un moment quand vous décidez d'arrêter, comment ça se passe ?

MG 6 : C'est parce que sur le fond j'ai essayé de (hésitations), de savoir pourquoi est-ce qu'il avait mal sur le fond. Et à partir du moment où on a trouvé l'origine du mal, et de pouvoir gérer l'origine du mal. Et c'est vrai que j'essaie de trouver des traitements alternatifs au tramadol, c'est peut-être pour cela que d'emblée je n'en vois pas beaucoup qui sont sous tramadol retard parce que on a réussi à trouver des traitements alternatifs, à les convaincre d'aller à la kiné ou d'avoir une kiné chronique, d'avoir des remboursements de longue durée, ou bien parce que on est passé sur un autre stade, un traitement de fond de la douleur. Donc c'est pour cela que je vous ai parlé de la duloxétine, ça fait partie de mon arsenal thérapeutique, voilà.

C : Et concrètement, comment est-ce que vous arrêtez concrètement alors le traitement ? Vous dites au patient d'arrêter de manière progressive ? Ou quels sont les conseils que vous lui donnez ?

MG 6 : Et bien j'instaure le nouveau traitement

C : D'accord !

MG 6 : (Hésitations) Ou en fonction de la pathologie s'il y a une opération qui doit suivre, ou j'instaure le nouveau traitement et je garde le tramadol retard et en instaurant le nouveau traitement. Et s'ils me disent "oui, ça va mieux", Okay alors on va diminuer ça. Et puis, on arrête le retard et on ne garde plus que le Zalidar, le tramadol/paracétamol.

C : Pour les pics douloureux ?

MG 6 : Pour les pics de douleur, oui.

C : C'est ça !

MG 6 : Donc, et puis le paracétamol. Donc il y a beaucoup de patients comme ça qui gardent dans leur pharmacie le tramadol. Pas le tramadol ! Ils gardent dans leur pharmacie le paracétamol et le tramadol/paracétamol. Et c'est eux-mêmes qui souvent (hésitations), vont de l'un à l'autre, ils savent que le petit comprimé allongé brun qui est le tramadol/paracétamol est plus efficace que le gros blanc qui est le paracétamol. Et bien ils varient. Mais d'eux même ils vont se dire "si j'ai une forte douleur, je prends le tramadol/paracétamol, et sinon je prends le paracétamol". Donc on est dans le cadre de douleurs passagères mais ils gardent ce traitement-là. S'ils ont du tramadol retard c'est qu'ils ont encore une douleur intense donc ça veut dire que la pathologie n'est pas finie et donc il y a moyen de trouver, donc on revoit son diagnostic, on revoit l'origine de la douleur et on essaie de voir un traitement alternatif à une simple antidouleur de fond quoi.

C : Et vous arrêtez les deux comprimés de tramadol retard simultanément ? Ou vous en gardez un et pas l'autre ? Ou vous diminuez les doses du matin et du soir ? Comment est-ce que...

MG 6 : (Exclamation) ça c'est en fonction de la douleur qui persiste. (Hésitations) Ou bien il n'y a pas de renouvellement.

C : C'est ça !

MG6 : "Ha je n'ai plus de tramadol retard"

"Et la douleur comment ça va ?"

"Beh ça va beaucoup mieux !"

Eh bien Okay, on arrête le traitement, et vous avez encore le tramadol/paracétamol. Donc vous avez encore de quoi, "ha si j'ai une douleur au démarrage ?". Et bien au démarrage de la journée on prend un tramadol/paracétamol. Et en disant bien que "le but c'est de viser le paracétamol, et le but c'est de viser, de ne plus rien avoir". En prédisant cela. Si c'est une séquelle de fracture "d'ici quelque temps ça ira beaucoup mieux. Et puis le kiné aussi vous fera remarquer, remuscler le tout et ça devrait aller beaucoup mieux comme cela". Donc voilà je dirais que c'est plutôt lors du renouvellement qu'on, et avec l'intensité de la douleur, ou on a trouvé le diagnostic, on a trouvé le traitement, et bien on arrête, on ne prescrit plus.

C : Et vous parliez du centre de la douleur chronique, quelle est la place de centre dans votre pratique ?

MG 6 : (Longue réflexion) Des prescriptions perpétuelles d'antidouleurs. (Rires) Donc c'est vraiment oui, la douleur chronique. Okay, je vois quoi moi, je vois un patient qui a peut-être 40 ans et qui se plaint de douleur tout le temps au dos. Et il réclame tout le temps du Contramal en gouttes. Donc à plusieurs reprises on lui a dit "du Contramal en gouttes pour nous c'est pas l'idéal, je préfère, venez me voir". Donc on le rencontre, on lui explique notre vision des choses, plutôt un traitement de fond de la douleur avec..."essayez plutôt le tramadol/paracétamol comme traitement plus aigu". Et on voit que (hésitations), oui on pourrait dire qu'il est déjà shooté je dirais ce patient (rires). Parce qu'il retourne de nouveau, et puis il redemande des prescriptions de Contramal en gouttes quoi. Donc là il faut le faire passer par le centre de douleur chronique. Ou quelqu'un dont on a vu qu'il est sous Durogésic et qu'on n'arrive pas à calmer la douleur quoi. Donc ce sont des pathologies chroniques, j'allais dire inguérissables, et pour lesquelles c'est pas un palliatif, c'est pas un cancer, mais ils sont dans une douleur chronique. Pour moi douleur chronique c'est un peu ça quoi, c'est presque du palliatif. Ils ne vont pas en mourir mais ils ont cette douleur-là, constante. Et qu'il faut trouver une solution pour leur bien-être et pour qu'ils trouvent (hésitations), la façon de gérer la douleur aussi. Il faut qu'ils la gèrent d'eux même quoi ! Donc le centre de la douleur est là pour nous aider avec ce genre de patients très difficiles à manipuler pour qu'ils soient soulagés, après qu'on ait tout essayé ou qu'on ait tout revu au niveau diagnostique pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose.

C : Et vous avez une bonne expérience du travail en partenariat avec ces centres-là ?

MG 6 : C'est variable, c'est variable. On a des fois les, l'impression que..., ils ne font pas plus que nous. Donc écouter, ou réessayer un autre antidouleur. Parfois on a des bons retours. Un lombalgique chronique, où on a été jusqu'à lui conseiller la..., l'hypnose et il se fait de l'autohypnose donc maintenant. Et donc autant avant il consommait le tramadol/paracétamol, les antalgiques de façon assez importante. Autant maintenant il n'y a presque plus de demande d'ordonnances et il se fait de l'autohypnose quoi. Ça ça a super bien marché ! Voilà un cas, un cas heureux. Et il y a d'autres cas malheureux où, mais il était investi ce..., c'est un jeune patient et il était partant, il était motivé quoi. Donc il faut voir aussi la, la motivation des, des patients. Et puis alors il y a parfois (hésitations), les fibromyalgiques quoi. C'est désespérant quoi, parce que on a beau tout leur proposer, ils ont toujours mal quoi ! Il y a rien qui est fait quoi. On revoit notre fusil d'épaule, on réessaie d'autres choses. Et non ça fait toujours..., et ils ont été pendant quelque

temps en médecine, en douleur chronique, et puis ils nous reviennent "non, et bien non ça n'a pas marché, on a tout essayé mais ça n'a rien fait". Voilà. Il y a vraiment des cas difficiles.

C : Oui, Okay...

MG 6 : J'ai deux trois cas en tête comme cela. (Hésitations) C'est désespérant. C'est un peu le côté désespérant de la médecine générale parfois, ces patients chroniques mais (soufflement) ingérables. Pas ingérables mais...C'est désespérant ! On n'y arrive pas (hésitations) "Allez il faut bouger !" "Rhoo Docteur vous ne pouvez pas savoir, je suis fatiguée, je...Bouger ? Non, je ne saurais pas ! Je ne saurais pas !" "Mais si, il faut. Allez, sortir de chez vous..." Elle habite un peu plus loin que chez moi et elle vient encore en voiture quoi ! "Mais non, venez à pied quoi ! Vous êtes plus jeune que moi, bordel, enfin venez à pied"

C : (Rires)

MG 6 : Mais non ! Voilà.

C : Oui, je vois ce que vous voulez dire ! Alors ma dernière partie, s'intéresse plutôt au fait que ces dernières années on remarque que la prescription de tramadol augmente. Et je me demandais si vous, c'était quelque chose que vous remarquiez au sein de votre pratique personnelle ? Est-ce que vous avez l'impression de prescrire plus de tramadol qu'avant ?

MG6 : Non, je pense que (hésitations) mon schéma, le schéma que j'ai en tête pour le tramadol, je l'applique déjà depuis de nombreuses années. (Hésitations) depuis qu'il y a le Tradonal 50, retard 50. Avant c'était compliqué de prescrire du retard parce qu'on passait tout de suite au 100mg et avec les effets secondaires. Et donc c'était compliqué. Depuis qu'il existe le Tradonal 50, c'est le premier sur le marché, j'ai trouvé un peu mon modus vivendi et depuis ce moment-là, non ça va. Pour moi je n'ai pas vraiment de retour, ou j'ai pu gérer les multiples de demandes de Contramal ou de tramadol, et j'ai pu les gérer en se disant "écoutez ça fait quatre fois que vous me demandez du Contramal, mais je pense qu'il y a certainement quelque chose à faire là. Revenez qu'on revoie un peu votre situation". Voilà. Et alors (hésitations) oui vous parlez du tramadol mais il y a le Valtran aussi hein ! Donc dans les consommations d'antalgiques (hésitations) à effets aigus et qui donnent des dépendances, de l'accoutumance plutôt, c'est le Valtran.

C : C'est ça. Et comment est-ce que vous pensez alors que de manière générale on puisse expliquer cette augmentation ? Qu'est ce qui contribuerait ?

MG 6 : On ne supporte plus la douleur ?

C : D'accord, oui, intéressant !

MG 6 : Le patient ne supporte plus la douleur ? Alors moi je suis dans les Ardennes hein ! Alors les Ardennais sont des durs !

C : Oui !

MG 6 : Il faut vraiment qu'ils n'avancent plus pour aller trouver le médecin hein ! Sinon on ne va pas hein ! Y'a bien de l'aspirine, c'est un cas extrême mais le fermier il a toujours une boîte d'aspirine pour ses bêtes hein ! Et bien il se prend une ou deux aspirines dans le même pot, c'est des 500mg d'aspirine, et je me prends ça et comme ça ça ira mieux ! Et c'est quand il n'avance

plus que finalement il vient me voir. "Et bien écoute, ton genou il est... (hésitations), c'est une gonarthrose sévère. Et bien écoute tu iras...c'est une prothèse maintenant !" Voilà. Mais entre-temps, entre le début de la douleur et la prothèse, et bien je ne l'ai pas vu quoi ! C'est typique de l'Ardennais pur et dure ça ! Il a poigné dans ses comprimés, dans ce qu'il avait, dans ce que sa femme prend et puis...il vient me voir quoi !

C : C'est ça !

MG 6 : C'est le vieil Ardennais. Parce que le plus jeune, ils sont moins...ils sont plus sensibles à la douleur oui !

C : Et donc vous pensez que quand même, il y a un phénomène de société qui joue par rapport à cette augmentation alors ?

MG 6 : Je pense, je pense qu'on ne tolère plus la douleur.

C : Intéressant !

MG 6 : On est dans un système où tout existe pour qu'on puisse se faire traiter. Et (hésitations)...Voilà !

C : Okay ! Et quel est selon vous l'impact de votre formation, donc bon évidemment universitaire mais aussi votre formation de médecine sportive par la suite, dans votre prescription ? Est-ce que vous avez l'impression que cela joue sur votre prescription ?

MG 6 : (Réflexion) Ce qui joue sur ma prescription, (hésitations) c'est pas l'unif qui joue sur ma prescription. C'est ma formation médicale continue ! Donc moi je suis dans [nom d'organisation scientifique médicale], donc je pense c'est le fait de participer d'une façon régulière à des exposés ou aux grandes journées, à nos dodécagroupes qu'on organise nous dans notre coin, à la [nom de revue médicale] [texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude]. Donc c'est finalement dans ce qu'on lit ou de ce qu'on entend d'une manière régulière qui nous dit "Ah oui, tiens, essayez d'éviter de prescrire des antalgiques à effet rapide, et donc il vaut mieux un effet retard". Voilà, moi j'ai retenu ça. Aussi dans les cours de soins palliatifs c'est un peu aussi ce qu'on, ce qu'on disait. Donc voilà, plic-ploc, par-ci par-là, en fonction des exposés, en fonction du sujet de ce qu'on entend "gestion de la douleur dans une pathologie abdominale" ou "la composition d'une trousse d'urgence" ou voilà. Donc il y avait différents (hésitations) exposés qui font que je retiens ça et c'est ça qui me forme, c'est plutôt (hésitations)...L'unif ? Oui, c'était en plus..., c'est très loin ! Mais donc je pense que c'est vraiment au jour le jour et de ce que les assistants apportent aussi. (Hésitations) Quand [prénom] est venue, elle apportait certaines théories que je n'avais peut-être pas entendu dans les formations. Et elle me disait "et bien voilà, nous dans nos cours on nous dit ça". "Ah bien oui tiens !" Voilà, donc c'est aussi une autre approche quoi ! Donc l'importance de ces concertations avec l'assistante, qui apportent à la fois ce qu'elle a entendu dans son cours et ce qu'entre eux, dans les séminaires locorégionaux, ce qu'ils en disent quoi, voilà. Donc tout est bon ! Tout est bon à prendre quoi, d'où que ça vient !

C : (Rires) Et quel est l'impact des firmes pharmaceutiques ?

MG 6 ; Nul ! Nul ! Pour moi je les écoute en étant, en essayant de rester très critique. (Hésitations) "Vous voyez votre étude, sur combien de cas votre étude ? Trente ? Hein, c'est un peu peu !" (Rires) Voilà, (hésitations) c'est...donc essayer de rester le plus critique possible ! On a...Si on parle de l'unif, il y a trente ans on ne parlait pas de tout ça. C'est venu petit à petit. C'est

vrai que c'est à force de, surtout à la *[nom de revue médicale]*, d'être plus critique vis-à-vis des études et de mieux interpréter les études. Hein, donc les...C'était les formations CEBAM qui font ça...Donc c'est ce que l'EBM a apporté, c'est de pouvoir mieux gérer les études et ce qu'on veut en faire dire quoi !

C : Oui ! Et quel est l'impact du fait que le tramadol soit classé parmi les opioïdes "peu puissants" ? Vous voyez ce que je veux dire ? Que c'est opioïde mais qu'il soit classifié de "peu puissant" ?

MG 6 : (Réflexion) Eh bien moi je dirais, c'est, (hésitations) je me base surtout sur la classification des antidouleurs. Donc j'ai déjà cité au tout début : palier 1 paracétamol, donc toujours utiliser celui-là d'abord, en palier 2 j'explique bien au patient pourquoi j'utilise un palier 2, tramadol/paracétamol et puis le palier 3 le tramadol, puis le palier 4 les pseudo-morphines et puis passer aux morphiniques par après. Donc voilà, je dis "Eh bien tiens, il y a différents paliers, et en fonction de votre douleur, on a déjà essayé palier 1, palier 2 on n'a pas, et bien on va essayer. Et sinon on passera au palier 3 en traitement de fond avec le tramadol." Donc moi je situe le tramadol dans ce palier 3, c'est pour cela que je l'utilise. Parce qu'on va assez rapidement à ce palier 3. Surtout dans les phénomènes plus aigus (hésitations), voilà !

C : Et est-ce que vous pensez que, le fait que ces dernières années on prenne conscience des effets secondaires des AINS, certains les diabolisent d'autres tirent quand même la sonnette d'alarme, est-ce que vous pensez que ça joue sur la prescription de tramadol ?

MG 6 : (Réflexion) Oui, parce que (hésitations) le paracétamol est un antalgique de palier 1, donc n'a pas une puissance exceptionnelle. Donc l'anti-inflammatoire est un peu ce que le patient peut avoir, un peu comme le paracétamol en prescription libre, avec le Nurofen notamment, (hésitations) et donc de ce fait-là si on leur dit "écoutez, attention vous avez des problèmes d'estomac, vous avez déjà fait des ulcères, faites attention à ça quoi !" "oui mais mes douleurs Docteur ?" "ah bien oui, on va gérer vos douleurs !" Et donc de ce fait-là la seule solution dans les antalgiques, il n'y en a pas deux. La seule solution c'est palier 2 ou palier 3 des antalgiques, voilà. Puisque le paracétamol a déjà été essayé. Donc oui.

C : Et est-ce que vous pensez que le prix a une importance, a un impact dans l'augmentation de prescription ? Donc en fait le tramadol fait partie des médicaments avec un remboursement en grande partie, par exemple contrairement à la codéine. Est-ce que vous pensez que ça joue ou finalement ça n'a pas beaucoup d'importance pratiquement pour vous ?

MG 6 : Pour moi ça ne fait pas partie de mes critères de choix. Puisque je suis convaincu que le tramadol est un outil, est un passage obligé dans certaines douleurs. (Hésitations) Mais que c'est le fait qu'il est en palier 3. Donc je fais cette classification qui me permet de passer d'un palier à l'autre en fonction un peu de la façon dont le patient réagit à l'antalgique ou de l'intensité de sa douleur. Donc le côté coût importe peu. Je me méfie beaucoup du Dafalgan codéine.

C : Ah oui ?

MG 6 : Oui, j'avais une patiente qui en prenait une boîte par jour. Avec son mari. Donc imaginez trente comprimés tous les jours, de Dafalgan codéine ! Ça a été la catastrophe pour...Donc on a fait comme pour les drogués. Le mari n'a jamais voulu en entendre parler, donc je lui ai dit d'aller voir ailleurs. Mais l'épouse voulait continuer avec moi donc on a fait un sevrage à la méthadone.

C : Ah Okay, oui !

MG 6 : Ah oui ! Donc oui, Dafalgan codéine, mon épouse est pharmacienne, elle a déjà vu des patients en manque, demander leur boîte de Dafalgan codéine qui est soumis à ordonnance et la difficulté d'aller en trouver, et de demander à n'importe, à tout le monde pour en avoir une ! Et de demander un verre à la pharmacienne avec un peu d'eau, et de mettre trois comprimés de Dafalgan codéine dans le verre et le boire le plus vite possible, ils étaient en manque ! Ça arrive, peut-être plus en ville que chez nous mais ça arrive !

C : Et plus avec le Dafalgan codéine qu'avec le tramadol pour vous ?

MG6 : Oui, oui tout à fait. Et Valtran.

C : Et vous parliez de la richesse de votre pratique de groupe. Est-ce que vous pensez qu'il y a certaines pratiques qui font que les généralistes prescrivent plus de tramadol ? Sans vouloir...(Rires)

MG6 : (Réflexion) Ça dépend peut-être des pathologies qu'ils ont ! (Hésitations) (Rires) Si on attire plus les fibromyalgiques, on va avoir des prescriptions d'antalgiques ! (Hésitations) J'ai beaucoup de traumatisme, et même en traumatisme j'arrive à me passer de tramadol, ou que vraiment la première semaine. Voilà. Est-ce qu'il y a une pratique...(Réflexion) Ou peut-être une façon de...Donc moi j'essaie de me remettre en question ! Donc ce serait plutôt le médecin qui ne se remet pas en question, et qui "Ah tu veux du tramadol ? Bien je t'en mets, tiens voilà !" Qui ne cherche pas à savoir "Mais pourquoi tu en prends ? Quelle est la pathologie qui justifie d'en prendre autant ? Montre un peu combien ça fait ?" Et de réfléchir à cela, même si je sais que... (hésitations), on a des patients qui sont compliqués. Et on a beau se dire on veut se remettre en question, c'est le patient qui ne veut pas se remettre en question. Et on a tous dans sa patientèle, deux trois patients pour lesquels on a déjà abdiqué. Donc on sait qu'on a déjà dit à deux, trois, quatre reprises "Allez on va revoir la situation, pourquoi tu prends autant d'antalgiques ?" Et à chaque fois on est déçu, toute la mise au point revient négative ou il n'a pas été faire la mise au point. Et on revient toujours avec les mêmes prescriptions. Donc on sent là qu'il y a, un immobilisme mais il y en a quelques-uns pour lesquels on pourrait éventuellement baisser les bras et se dire "(Souffle) J'ai déjà essayé puis je n'y arrive pas quoi !". Donc on peut avoir une prescription...Il ne faut pas jeter l'éponge, enfin jeter la pierre au..., ni jeter l'éponge quand ça arrive mais c'est compliqué. Voilà !

C : Oui ! Et si je vous disais que parmi tous les spécialistes, ce sont les généralistes qui prescrivent le plus de tramadol, parmi toutes les spécialités. Qu'est-ce que cela vous évoque, à vous ?

MG6 : Et bien c'est la proximité du généraliste. La première ligne est bien là pour répondre aux attentes du patient. La deuxième ligne est là pour résoudre les problèmes, pour je dirais oui, c'est pas eux la première ligne. Donc qui est toujours confronté aux attentes du patient ? C'est nous ! Donc voilà, donc je pense que c'est tout à fait normal que ça soit la première ligne qui prescrive énormément d'antalgiques. C'est nous qui devons gérer les antidouleurs, dans une consultation il y a des aspects que le spécialiste ne connaît pas ! (Hésitations) Qu'il existe des formes retard et qu'il existe des boîtes de 30 ou de 90 comprimés il ne connaît pas, il ne sait pas ! Il le sait rarement en tout cas. Qu'il faut faire une incapacité de travail et qu'il faut faire un Medex plutôt qu'une bête incapacité de travail ou bien qu'il faut faire pour la mutuelle, il ne sait pas non plus le spécialiste ! Donc le traitement antidouleur c'est un peu dans le même style. (Hésitations) C'est la première ligne qui est bien au courant de, de tous les petits détails et les subtilités pour qu'une

consultation aboutisse à un soulagement et au bien-être du patient ! C'est qu'il faut prendre tous les aspects d'une consultation. Et le spécialiste reste en deuxième ligne pour nous aider à gérer tous les cas plus difficiles. Logique !

C : Et on parlait du mésusage et l'intérêt justement de la forme retard pour éviter l'accoutumance. Est-ce que vous avez des patients qui utilisent de manière inappropriée le tramadol. Donc on a parlé de dépendance, éventuellement des overdoses ? Des suicides ? Des décès ? Du trafic ? Est-ce que vous avez...

MG6 : Non ! Dans notre région trafic ? Non ! (Réflexion) Overdoses de tramadol...rien de rien. (Réflexion) C'était des TS au paracétamol mais...ça c'était plus compliqué. Mais parce qu'ils font une TS avec les médicaments qu'ils ont ! Donc, si on prescrit d'une façon appropriée le tramadol...Non franchement tout ce que vous m'avez cité (hésitations), ça je n'en ai pas l'habitude en tout cas ! Donc...dans notre coin, dans les Ardennes, je n'ai pas tout ça non !

C : Mais vous parliez quand même de certains patients qui vous semblaient in fine dépendants par la force des choses...

MG6 : Oui, mais pas pour du trafic, pas pour du...Donc voilà, c'est le genre de patient qui...qu'on a du mal à gérer. **Donc ils ont une douleur chronique, ils ont plutôt envie de vivre avec leur douleur chronique et qu'on leur foute la paix. Et ils se sont installés dans la prise de Contramal en gouttes et ils n'ont envie que de ça quoi ! Et ils ne veulent pas faire des démarches pour sortir de cela !** C'est plutôt cela, mais pour tout le reste...J'ai, oui, je pense qu'on aura toujours quelques patients qui seront comme cela. Mais moi j'en connais qu'un, je n'ai pas des dizaines de patients qui prennent le tramadol d'une façon... (hésitations) vraiment répétée, à la limite de l'intoxication quoi. A la limite de la drogue, non, je ne vois que ce patient-là. Parce qu'on a, évidemment, on a des demandes d'ordonnances régulières et "J'ai cassé ma bouteille", "J'ai perdu mon ordonnance". Ça c'est typique, voilà. Il est allé en demander à d'autres confrères.

C : Et alors quand c'est comme cela, vous notez quelque chose dans le dossier ou il y a un élément de soin type "dépendance" ou comment...comment vous faites ?

MG 6 : Et bien comme on en parle entre nous. On parlait du centre médical là. On a fait en sorte qu'on ait le même logiciel et on a la même base de données. Donc (hésitations), pour nous sur *[commune de la province de Luxembourg]* c'est plus facile. Parce que ils voient tout de suite. Et on peut mettre une alerte, il y a une note dans le dossier "Attention consommation importante de Contramal en gouttes".

C : Ah oui !

MG 6 : Mais dans certaines consommations...(Hésitations) Ça me fait penser à un patient qui est de nouveau, il y a eu de la méthadone. Donc il était en consommation, je ne l'ai pas eu tout au début de son sevrage mais il a fait un sevrage au tramadol, avec de la méthadone. Et donc je l'ai poursuivi, il est venu de Bruxelles, et je l'ai poursuivi ici et on a continué le sevrage à la méthadone. Mais il était à la cocaïne aussi, voilà, le toxico qui vient d'une grande ville et qui croit qu'en venant ici il va pouvoir y échapper, mais qui retourne de temps à temps à Bruxelles pour aller se refaire une petite barre de coke, voilà. (Hésitations) Donc je repensais à lui, mais qui lui il est bien conscient que le tramadol..., il en était devenu dépendant, et que, voilà, maintenant il n'en prend plus du tout, il se fait encore quelques barres de coke ou d'héro quand il retourne à Bruxelles mais il vit en couple ici et ça va, il n'a pas une consommation régulière quoi ! Mais je pensais à lui mais je ne sais plus votre question !

C : Mais c'était ça, un peu les personnes qui dans votre patientèle étaient dépendantes et ce que vous mettiez dans le dossier. Vous parliez de cette note administrative...

MG 6 : Oui, voilà !

C : Et ma dernière question est "Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait mettre en place pour assurer une prescription appropriée de tramadol ?" Ou au contraire "Qu'est-ce qu'il existe déjà et qu'on pourrait développer ?" Ou...qu'est-ce qui est important pour vous ?

MG6 : Eh bien, c'est ce que j'ai dit. Je pense que c'est la formation médicale continue.

C : C'est ça !

MG6 : Je pense que c'est là qu'on trouve les informations...(hésitations). Eh bien voilà, elle est obligatoire ! (Hésitations) On est obligé de se former vingt heures par an. C'est à chacun de voir les sujets dans lesquels il est, il est peu performant et de pouvoir travailler ça avec sa formation médicale continue. Moi je ne vois que ça. Le tramadol est déjà sous prescription, c'est déjà quelque chose de pas mal. Que de plus en plus on va vers le dossier pharmaceutique partagé aussi. L'informatique, on continue à faire une petite progression et on espère qu'il y aura des liens entre les différents dossiers. (Réflexion) Moi je pense, enfin c'est mon expérience, que c'est plutôt de ce côté-là qu'on va progresser, et que le pharmacien doit vraiment nous interpeller. J'ai la chance que mon épouse soit pharmacienne. Donc c'est, je connais mieux son côté à elle, et elle connaît mieux mon côté. Et de ce fait-là elle sait dire "Ah mais non, il faut que je téléphone au médecin et que je lui dise 'attention, il vient déjà de venir chercher X boîtes de Dafalgan codéine, vous le saviez ?'". Et donc vous pouvez intervenir avec la commission médicale provinciale, et on peut si le patient est d'accord, et alors à ce moment-là il ne va chercher toutes ses boîtes qu'à une seule pharmacie.

C : Ah oui !

MG6 : Et avec un seul prescripteur. C'est une façon...Voilà, donc c'est en formation médicale continue qu'on apprend, c'est aussi la formation ALTO -alternatives à la toxicomanie- où on apprenait ça quoi !

C : C'est ça ! Et donc là vous parliez du niveau des généralistes, des pharmaciens, du niveau légal ; au niveau des spécialistes il y aurait quelque chose à faire vous pensez ?

MG 6 : (Longue réflexion) Mais je n'entends rien des spécialistes. Une bonne collaboration au niveau du centre de la douleur, de pouvoir discuter avec...(hésitations) on n'a qu'une seule algologue ici à [commune de la province de Luxembourg]. Et (hésitations) déjà, on a de bons contacts. Donc déjà dans des formations médicales continues on s'est déjà croisés dans un GLEM ou dans un dodéca. Et qu'elle est au courant que si je dis qu'il y a l'utilité d'une péridurale, elle sait que j'ai déjà fait la mise au point et qu'il y a vraiment de quoi ! Donc ça va plus vite pour la gestion de la douleur, elle regarde le dossier. Donc je lui téléphone, on met ça sur une liste d'attente. Et elle va voir dans le dossier, comme je ne travaille qu'avec [commune de la province de Luxembourg], tous les rapports sont dans le dossier là-bas, elle sait facilement le voir. Et donc elle regarde l'imagerie et elle se dit "oui c'est vrai, c'est juste, on peut lui faire..." Et donc elle prend contact avec le patient et elle organise la péridurale ou l'infiltration des nerfs là tout autour de l'articulaire postérieur. Voilà, donc voilà, avec le spécialiste c'est plutôt dans ce cadre-là, que les liens doivent se faire pour essayer d'utiliser le moyen le plus adéquat pour calmer la douleur du patient !

C : Okay, et bien voilà, moi j'arrive au bout de ma liste de sujets. Je ne sais pas s'il y a un point qu'on n'a pas abordé et qui vous semble important dans ce sujet ?

MG 6 : Ce qui me semblait important c'était de, la prescription de tramadol sous forme retard et de faire en sorte que le patient soit soulagé de sa douleur, de ne pas le laisser ressortir sans avoir d'information ou sans savoir comment il allait pouvoir gérer sa douleur quoi. Voilà !

C : Eh bien, un tout grand merci pour le temps que vous m'avez consacré !

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 7

Chercheur : Avant de commencer, j'aurais voulu savoir si vous pouviez me parler de votre parcours de généraliste pour un peu mieux pouvoir comprendre après votre point de vue et votre expérience.

Médecin généraliste 7 : Mon parcours de généraliste ? Je suis généraliste en milieu rural depuis fin 83, donc ça fait 37 ans. Mais j'ai été... (hésitations), à mi- carrière j'ai été maître de stage et donc j'ai pris des assistantes, et donc maintenant on travaille à cinq. On est regroupé à cinq médecins, trois sur mon site et deux dans un village à côté. Donc on a une très grosse base de données ! De 5000 DMG je crois. Donc voilà. Donc on travaille beaucoup, de 7h30 du matin à 8h30 du soir minimum. On est organisé, on a un bon regroupement, on a une secrétaire et donc pour gérer les appels, ça aide ! Voilà, donc j'ai pu rester en médecine générale parce que je me suis fait aider, ou sinon j'aurai arrêté il y a 45 ans (rires).

C : Oui, oui. Et est-ce que vous avez des formations spécifiques ou des centres d'intérêts en particulier ou vous faites de tout ?

MG7 : Ah non, moi j'ai pas de spécialisation particulière. Mais bon on est à la campagne, on fait des points de suture, on fait des plâtres, on fait des électros. Enfin moins maintenant mais (hésitations), je fais un peu d'actes...de mésothérapie mais ou sinon, voilà c'est tout ! On n'a pas le temps de faire autre chose (rires).

C : Et pour mes statistiques, est-ce que je pourrais vous demander votre âge, sans indiscrétion ?

MG7 : (Exclamation) Et bien il y a 38 ans que je travaille, 62 !

C : Okay ! Pour rentrer dans l'entretien je me demandais si vous saviez me raconter votre dernière consultation où vous avez prescrit du tramadol ? Ou une des dernières.

MG7 : (Hésitations) Il n'y en a pas une particulière qui me vient à l'esprit, on emploie le tramadol tous les jours mais je dirais que personnellement avec précautions. Mais la dernière fois que j'en ai prescrit, oui, c'est surtout pour les douleurs chroniques très invalidantes. Ici j'en ai prescrit tout à l'heure mais c'est un patient qui en prend depuis des années, à dose maximum, deux fois 150mg par jour. Suite à des paresthésies et des douleurs très importantes dans les membres inférieurs pour une polyneuropathie. (Hésitations), voilà ! Donc je dirais qu'on est obligé de l'employer mais je n'aime...j'ai eu de mauvaises expériences je dirais. On a quand même tous de mauvaises expériences avec cette molécule. Il faut savoir qu'avant que le tramadol n'existe, en palier 2 on avait, à part la codéine, on avait du Valtran. Qui est donc un vieux médicament mais qui donnait aussi des nausées, des vertiges. Et donc les firmes nous ont proposé le Contramal à l'époque, puisque c'est le premier qui est sorti, comme étant une molécule très sécuritaire, facile, etc. Sans nous parler de contre-indications assez nombreuses, notamment des interactions avec les tricycliques, euh les SSRI pardon, et indépendamment du fait que quand on l'emploie à la légère il y a des gens qui sont vraiment très malades. Régulièrement, on a régulièrement des gens qui vont aux urgences, on leur fait une injection, on leur donne du Tradonal retard, du tramadol etc. Et les gens sont vraiment parfois, très nauséeux et très incommodés pendant 24h. Donc c'est une molécule qui n'est pas si aisée à employer que ça. Surtout que moi j'ai constaté quand même régulièrement des troubles de la vigilance ou de la mémoire chez des personnes plus âgées. Dernièrement il y a une patiente qui est venue me dire "Docteur ça ne va pas, je veux faire des

tests pour ma mémoire parce que je me trompe en voiture". Et je me suis rendu compte qu'elle était sous, sous Contramal, que c'est arrivé après la prescription de tramadol. (Hésitations) Voilà ! J'en ai même moi-même pris (rires), pour une hernie discale. Et je me suis rendu compte que je n'étais pas tout à fait comme d'habitude (rires). Et d'ailleurs, je ne sais plus dans quel film, quand même assez sérieux, il est connu que dans des prisons je ne sais plus dans un pays, plutôt dans la méditerranée, je ne sais plus si c'est Liban ou dans ces pays-là, que des familles des prisonniers, reprennent le linge des prisonniers, le lave, pour le tremper dans une solution concentrée de tramadol qu'ils essaient d'obtenir au marché noir. Ils font sécher les vêtements, on les ramène à la prison, les prisonniers mouillent les vêtements, tordent les vêtements et boivent l'eau. Donc il y a quand même visiblement une dépendance à ce médicament-là.

C : Oui !

MG7 : Et qu'un médicament qu'on nous a présenté, que moi j'ai vécu ce...la présentation de ce médicament comme étant un médicament nouveau, révolutionnaire, (hésitations) facile d'emploi pour remplacer les..., le Valtran notamment qui donnait des dépendances aussi, malgré la naloxone, malgré l'antidote. Et bien je trouve qu'il n'est pas si facile à employer que ça ! Et donc je pense qu'en médecine générale il faut prévenir le patient, commencer par des doses réduites soit sous la forme de Zalidar, (hésitations) soit paradoxalement je ne sais pas pourquoi le Tradonal Odis en forme sublinguale semble dans mon expérience, semble mieux supporté que l'autre forme. Mais il y a aussi des patients non répondants. Dans mon expérience il y a des patients chez qui cette molécule n'agit pas vraiment. Voilà tout ce qui me vient à l'esprit !

C : Oui, vous avez anticipé beaucoup de mes questions ! Donc vous parliez de douleur chronique, de douleur aussi ostéo-articulaires. Si vous deviez me dire les indications pour vous de prescription du tramadol, qu'est-ce que vous diriez ?

MG7 : Bah il y a d'abord les formes aiguës. En traumatologie par exemple, les abcès dentaires. Enfin les phénomènes aigus où on combine, moi je combine toujours personnellement un des anti-inflammatoires, Ibuprofen par exemple, quand Ibuprofen et Dafalgan ne suffisent pas bien entendu. Toujours avec une mise en garde du patient, et commencer par un demi-dose par exemple. Donc je n'emploie jamais des formes retard en première intention. (Hésitations) Quelle était la question ?

C : Les indications pour vous ?

MG7 : Oui, alors bon, eh bien les douleurs chroniques. Quand quelqu'un prend quatre Dafalgan par jour depuis des mois, je pense qu'il y a peut-être une certaine toxicité hépatique, il faut peut-être se poser des questions. Et donc le palier 2, le Dafalgan codéine, enfin le paracétamol/codéine donne une dépendance aussi. Donc c'est quand même un médicament, et bien un peu inévitable en palier 2. Sous forme soit de Zalidar associé au paracétamol, soit associé à des anti-inflammatoires modérés comme l'ibuprofène, Brufen.

C : Okay ! Et parmi tous les patients auxquels vous prescrivez du tramadol, vous avez l'impression qu'il y a un profil en termes d'âge, de sexe, ou socio-économique qui revient ?

MG7 : Non, pas personnellement, non. Non. Enfin ce sont des gens quand même..., je crois qu'on n'en prescrit pas aux jeunes parce que les jeunes sont encore...ils ont des douleurs passagères et n'ont pas des maladies chroniques. Donc je pense que ce sont toujours des gens d'âge mûr en tout cas.

C : Okay, et au contraire, est-ce qu'il y a des personnes auxquelles vous évitez vraiment de prescrire du tramadol ? Vous parliez des personnes âgées...

MG7 : Et bien donc, aux personnes âgées je ne prescris pas !

C : Ah oui, pas du tout du tout ? Okay !

MG7 : Et bien en général, je pense qu'après 60...à 70 ans, j'évite ces molécules-là. Il y a plus d'effets secondaires. Donc (hésitations), oui je les réserve je dirais à la tranche, je ne sais pas, les douleurs chroniques chez les gens de 40 à 70 ans mettons, allez, pour schématiser !

C : Oui, c'est ça ! Et d'autres personnes ou d'autres profils auxquels vous évitez de prescrire ?

MG7 : Et bien il y a toute la catégorie des gens qui sont...des consommateurs chroniques d'antidouleurs, parce qu'ils deviennent dépendants à n'importe quoi ! Mais c'est délicat parce qu'on n'a pas beaucoup d'autres options. Ou alors on passe aux dérivés morphiniques mais...ou aux patchs. Mais donc franchement, on a toujours des patients qui abusent dans les antidouleurs. Et (hésitations) la prise chronique d'antidouleurs, ça chronicise parfois certaines pathologies comme les céphalées...C'est pas facile, non ce n'est pas toujours facile !

C : Et sous, sous quelle forme est-ce que vous prescrivez surtout le tramadol ?

MG7 : Moi en aigu, surtout sous forme de Tradonal Odis. On coupe les comprimés. Ou alors le Zaldiar puisque là on a des petites doses de tramadol, Tradonal, donc c'est plutôt les formes Zaldiar et ou le tramadol Odis, Tradonal Odis. Ou alors les formes retard, c'est vraiment pour les maladies chroniques chez des gens...(hésitations), enfin je veux dire dans les pathologies chroniques douloureuses vraiment difficiles à vivre quoi !

C : Oui ! Et quelle est votre expérience vous en tant que médecin généraliste avec tous les effets secondaires possibles ? Donc vous en avez déjà évoqués : troubles de la vigilance...

MG7 : Disons donc ce sont les nausées, nausées vertiges. Les gens qui sont vraiment pas bien ! Et donc on a quand même un, pour moi, un relativement gros pourcentage de gens qui ont des effets secondaires.

C : Ah oui !

MG7 : Je dirais...(hésitations) presque deux fois sur dix. En tout cas une fois et demi sur dix ! Surtout si on ne commence pas par des petites doses. Donc dans mes dossiers il y a quand même beaucoup de, dans le coin intolérance, beaucoup d'intolérance à ce médicament-là ! C'est pour cela que moi je suis, personnellement, déçu de cette molécule que les laboratoires nous ont présentée... (hésitations) un peu comme un médicament facile d'emploi. Il n'est pas si facile que ça d'emploi. J'ai déjà eu des interactions avec des SSRI, mais je ne me souviens plus exactement comment ça s'était passé.

C : C'est intéressant !

MG7 : Mais quelqu'un qui prend des grosses doses d'antidépresseurs, genre Efexor, venlafaxine 150, il y a contre-indication à mettre du tramadol. Mais je ne sais plus les effets secondaires, je crois que c'était des troubles psychiques mais je ne m'en rappelle plus !

C : Oui, oui. Et quelles sont les informations et les précautions que vous donnez aux patients quand vous initier ce type de traitement ?

MG7 : La précaution c'est que je dis de commencer avec une petite dose, de voir la tolérance et d'augmenter la dose par paliers. Et généralement j'essaie de ne pas dépasser 150mg par jour. Mais le patient que j'ai eu tout à l'heure qui a de grosses douleurs dans les membres inférieurs, il est sous deux fois 150mg de tramadol et il a en plus du Lyrica. Donc (hésitations), il a des pathologies assez lourdes.

C : Et en général pour quelle durée est-ce que vous prescrivez du tramadol ?

MG7 : Le patient en question c'est depuis des années(rires). Donc (hésitations), puisqu'il a une maladie. Donc, je n'ai pas de réponse exacte parce que...les hautes doses c'est fort variable. Donc on peut très bien en avoir besoin pendant quelques semaines, et puis, et puis le traitement peut se terminer. Et le patient chez qui c'est chronique, une fois qu'on est à deux fois 150 ou deux fois 200, et bien on doit passer au palier 3. Donc la durée est limitée dans le temps parce que généralement la pathologie s'aggrave ou...il y a une habitude du système nerveux, et une diminution du seuil de la douleur qui fait qu'on doit passer à un palier 3. Mais je n'ai pas de cas comme ça (hésitations) en tête mais ce sont quand même des cas, des exceptions. Ce sont des exceptions !

C : C'est ça ! Et comment est-ce que vous organisez le renouvellement d'une prescription de tramadol ?

MG7 : Eh bien, quand on connaît bien ses patients, je ne vois pas les patients tous les mois pour le renouveler. Donc je fais souvent des ordonnances pour trois mois. Et je vois après trois mois. Mais (hésitations), c'est tout à fait différent d'une situation aiguë où on doit réévaluer le patient une semaine après, et souvent je n'emploie jamais le tramadol seul. Je l'emploie avec des anti-inflammatoires ou des antidépresseurs, ou des médicaments comme le Lyrica ou le Neurontin.

C : Et dans quelle mesure est-ce que c'est vous l'initiateur du traitement ? Est-ce que c'est...

MG7 : Vous voulez un responsable ?

C : Non mais est-ce que vous avez l'impression que c'est surtout vous qui avez initié le traitement, ou parfois c'est d'autres médecins, d'autres spécialistes ?

MG7 : Eh bien oui parce que par exemple, quand les patients sont passés par les urgences, ou après une opération...Ils peuvent revenir avec ces médicaments-là. Mais enfin, dans la région ici quand même ils ressortent plus souvent avec du simple Dafalgan, du simple paracétamol. Mais (hésitations), je pense que dans les patients qui prennent ce médicament-là, je pense que j'initie peut-être 50% des traitements et le spécialiste ou les urgences les autres 50%. (Réflexion) Moi je n'aime pas les antidouleurs puisque ce ne sont pas des médicaments qui agissent sur la cause. Mon job, moi, c'est de trouver la cause et d'essayer d'agir en amont. Mais (hésitations), soit parfois des antidépresseurs ou justement des molécules (hésitations) comme le Lyrica et Neurontin dont j'ai parlé, dans le cadre de la fibromyalgie ou...parfois les antidépresseurs et ces molécules-là font plus d'effet que rendre les gens dépendants à un antidouleur. Donc moi je n'aime pas les traitements chroniques (rires) avec les antidouleurs ! On est quand même forcé et contraint dans certaines pathologies...

C : C'est ça. Et est-ce que vous renouvelez différemment quand vous n'êtes pas l'initiateur ? Vous avez l'impression ?

MG7 : Eh bien, c'est un peu le rôle central du généraliste. C'est qu'il connaît son patient qui a consulté différents spécialistes, il a différents traitements, et on se doit de remettre parfois l'église au milieu du village et de, de conseiller le patient et de simplifier le traitement pour ne garder que les molécules essentielles, et je pense pas que c'est une molécule essentielle. (Hésitations) Donc moi, en général, je limite ça dans le temps. Et je n'aime pas la chronicité de ces antidouleurs puissants, que ce soit celui-là ou, ou les dérivés morphiniques sous forme de patch ou autre. On est obligé d'y recourir mais pour moi c'est quand même une minorité.

C : Et justement, comment est-ce que vous organisez l'arrêt, justement, d'une prescription de tramadol ?

MG7 : Oui, j'ai des cas concrets (rires) qui me viennent en tête mais...(hésitations). Parce que parfois on n'a pas à l'organiser parce que la pathologie, prothèse de hanche, prothèse de genou, ils le prennent quelques semaines ou quelques mois et donc (hésitations) on n'a pas à l'organiser. Ce que j'essaie, quand les gens ont des grosses doses c'est de diminuer les doses en trouvant un traitement alternatif (hésitations), ça peut être de la rééducation, ça peut être des petites doses d'anti-inflammatoires, ça peut être des antidépresseurs à visée antalgique comme l'Efexor et la duloxétine, que je n'aime pas parce qu'elle donne aussi..., elle est difficile à supporter en début de traitement aussi. Mais donc j'essaie des traitements alternatifs, de type antidépresseur, de type anti-inflammatoire, de type rééducation. Voilà.

C : Et alors, un point qui m'intéresse aussi c'est que depuis plusieurs années, la prescription de tramadol augmente. Et je me demandais si c'est quelque chose que vous aviez observé dans votre pratique à vous ?

MG7 : (Longue réflexion) Oui, probablement. Puisque le tramadol a pris la place de, je disais d'anciens antidouleurs puissants. On avait le Temgesic à l'époque qui était un médicament sublingual qui n'existe plus, on avait le Valtran qui est moins employé...(Hésitations) Et sans doute sous la pression des firmes pharmaceutiques aussi !

C : Vous pensez que ça a un impact, pour vous ?

MG7 : Et bien je pense, parce que (rires), cette molécule est vendue par plusieurs firmes. Il y avait Grünenthal au début avec le Contramal et puis il y a eu des copies, enfin ou des copies et des... Tramium, et puis les copies, des génériques. Donc c'est une gamme énormément répandue sous différents dosages et je reproche vraiment aux firmes que personne n'a mis en garde les médecins généralistes sur les effets secondaires, ou les intolérances, ou les interactions ! Qui sont plus importantes que, que ce qu'on nous a laissé entendre.

C : Et quel est l'impact de votre formation médicale, médicale continue sur votre prescription de tramadol ?

MG7 : Bon a bien de temps en temps des conférences sur les..., les analgésiques, paliers 1, 2, 3, mais (hésitations), non je n'ai pas de remarque particulière à ce sujet-là. Non.

C : Vous vous estimez suffisamment informé, formé ?

MG7 : Bah, on s'est formé sur le tas ! (Rires) On a découvert cette molécule par nous-même je dirais, les effets secondaires, les intolérances... Mais non, il y a toujours moyen d'être plus informés. Mais c'est sûr que, on préfère donner du tramadol que de donner des morphiniques, donc...(hésitations)

C : Et pourquoi ?

MG7 : Parce qu'il est entre le Dafalgan et les morphiniques. Et qu'il n'y a pas beaucoup d'autres alternatives. A part la codéine qui donne de grosses dépendances aussi, c'est peut-être encore pire je ne sais pas. On a tous des patients qui carburent au Dafalgan codéine à parfois quatre comprimés en une fois. Donc (hésitations), je pense que la codéine n'est pas plus...(rires) plus aisée ! Donc je dirais que c'est un pis-aller, du deuxième palier, palier.

C : C'est ça !

MG7 : Donc je n'ai pas beaucoup de choix au deuxième palier, à part le Valtran et la codéine. Donc c'est comme ça qu'il est beaucoup employé.

C : Oui, et vous pensez justement que le fait qu'il soit classé comme un "opioïde", un "morphinique", mais "peu puissant", vous pensez que ça joue sur la tendance à le prescrire ?

MG7 : (Réflexion) Oui, peut-être. (Hésitations) Je pense ce qui fait qu'on le prescrit beaucoup c'est que, eh bien il est un peu seul, mais surtout qu'on n'a pas beaucoup d'autres alternatives, dans la catégorie d'au-dessus, c'est peut-être pire ! Mais finalement, en l'employant beaucoup je trouve que...on est presque dans un palier 3 et qu'il donne des dépendances aussi.

C : Et, quel est pour vous l'impact du fait, ces dernières années, les AINS, ce n'est pas qu'on les diabolise mais on a quand même tiré la sonnette d'alarme sur certains effets secondaires ou certaines interactions. Est-ce que vous pensez que ça joue ?

MG7 : (*Texte incompréhensible*), cardiaques, hépatiques...Mais malheureusement ils continuent quand même à rendre de bons services. Parce que, on agit un peu plus sur la cause de certaines douleurs, notamment inflammatoires que si on donne que des Dafalgan ou des Contramal. Donc moi je suis vraiment contre, enfin je suis de la vieille école sans doute (rires), mais l'emploi simplement que d'antidouleurs Dafalgan, Contramal dans les poussées d'arthrose...parfois des petites doses d'anti-inflammatoires voire de cortisone, peuvent couper leur épisode douloureux qui va sinon se prolonger. Et donc moi je pense que les anti-inflammatoires en usage raisonné gardent leur place. En considérant les pathologies du patient bien-entendu ! S'il n'est pas insuffisant cardiaque, s'il n'y a pas d'antécédent cardiaque, s'il n'a pas d'insuffisance rénale, s'il n'a pas d'antécédent digestif je pense que, des doses raisonnables d'anti-inflammatoires (hésitations) sont indispensables et peut-être pas plus dangereuses qu'un abus de palier 2.

C : C'est ça ! Et quel est l'impact selon vous du prix ? Donc c'est un médicament le tramadol qui est remboursé en grande partie. Est-ce que, est-ce qu'il y a un impact ?

MG7 : Eh bien certainement, mais bon...Maintenant tout dépend de votre patientèle ! Moi j'ai une patientèle relativement aisée ici en milieu rural, on n'a pas trop de cas sociaux. Donc le prix...(hésitations) n'est pas le premier paramètre à prendre en compte. Et de toute façon, oui le Dafalgan codéine n'est pas remboursé, (hésitations) dans ma patientèle ce n'est pas à ce niveau-là de prix que...qui pose vraiment un problème. (Hésitations) Qu'est-ce que je veux dire, le

paracétamol est remboursé dans les pathologies chroniques, (hésitations), non je ne pense pas que c'est un argument de prescription dans mon, dans ma pratique. Après je prescris quand même aussi chez les gens fragiles des COX-2, Celebrex, Arcoxia, toujours en étant conscient des effets secondaires cardiaques et rénaux. Donc ce ne sont pas des médicaments à prendre en chronique bien-sûr.

C : Et...

MG7 : Oui, oui

C : Pardon, allez-y, je vous ai coupé !

MG7 : Non non, moi je dis : "j'évite le palier 2", parce que il y a quand même une dépendance qui se crée.

C : Et y-a-t-il selon vous un impact du type de pratique du médecin généraliste ?

MG7 : Attendez, un impact selon le type de pratique ?

C : Oui, c'est ça, solo/association/maison médicale ?

MG7 : (Réflexion) Je n'en vois pas à mon niveau, que je sois seul ou si on travaille à plusieurs...Mais non.

C : Et si je vous disais donc que parmi toutes les spécialités ce sont les médecins généralistes qui prescrivent le plus, qu'est-ce que cela vous évoque ? Donc qui prescrivent le plus de tramadol !

MG7 : Ça me paraît logique puisque..., enfin ça me paraît logique (hésitations) puisque c'est nous qui voyons quand même le plus de, je dirais de pathologies douloureuses banales. En hôpital...En tout cas on en prescrit aussi dans les hôpitaux parce que le nombre de patients qui ont été malades en hospitalisation à cause d'une infiltration de cette molécule, (hésitations) c'est très récurrent comme plainte ! Mais... oui, c'est sûr qu'à terme c'est moins cher que du Dafalgan. Mais dans mon raisonnement clinique, dans mon raisonnement thérapeutique (hésitations), je ne me dis pas que je vais donner du Contramal parce qu'il est moins cher que du paracétamol, non !

C : Oui, c'est ça !

MG7 : Mais je pense que pour certaines personnes ça peut jouer...Mais cette molécule n'est pas mon premier choix mais je me rends compte qu'en effet (hésitations), beaucoup de patients en prennent. Maintenant nos pratiques sont très variées. Quand on reçoit nos profils, moi je suis un petit prescripteur d'antibiotiques, je suis au percentile 20. Les antidépresseurs je suis au percentile 70 ou 80, et (hésitations) peut-être que les antidouleurs...je ne sais pas trop où je me situe mais, s'il y a des grosses variations je pense d'un médecin à l'autre, en pratique de groupe c'est vrai qu'on peut se comparer. Et (hésitations), j'ai une associée qui en prescrit plus que moi, mais...C'est vraiment difficile, c'est vraiment du subjectif. L'expérience personnelle de cette molécule sans doute joue, joue pour chaque médecin en fonction de son expérience personnelle. Moi, parce que j'ai eu quelques cas...d'effets secondaires graves que, j'ai mon attention attirée par ce problème-là. Et donc, c'est pas ma molécule de premier choix mais bon voilà on l'emploie, sous forme de Zaldiar. Mais moi je pense que dans ma pratique je réserve en général ce tramadol à des traitements de courte durée. Et vous m'avez demandé un cas pratique, un cas particulier d'une

dernière consultation c'est vrai que y'a quelques patients qui prennent des formes retard de manière continue mais c'est certainement pas la plus grande partie de mes prescriptions.

C : C'est ça. Et donc ici vous parlez du mésusage du tramadol avec la dépendance. Est-ce que vous avez aussi déjà eu des cas par exemple, d'overdoses ou de suicides, voire de décès accidentels ?

MG7 : Non pas à ma connaissance, non.

C : Et vous parliez justement dans un pays méditerranéen d'un trafic de tramadol. Tout ce qui est falsification et trafic de tramadol, dans votre population ça n'existe pas ? Ou si quand même ?

MG7 : Je n'en ai pas connaissance en tout cas. Mais j'ai très peu de, de patients toxicomanes. J'ai...(rires) c'est une chance ! Donc (hésitations)... si quelques patients avec personnalités dépendantes, ça on en a tous, mais (hésitations) je n'ai pas de problème je dirais, sauf exception, de toxicomanie, avérée en tout cas. Le problème c'est qu'il y a toujours des...des cas et on l'apprend tôt ou tard par les pharmacies où des gens vont chercher des ordonnances chez deux ou trois médecins différents. Mais ça, maintenant avec l'informatisation je pense qu'on peut peut-être plus s'en rendre compte mais on a tous quelques patients où on sait qu'on doit vraiment faire attention ! Mais c'est dans mon esprit plus souvent à la codéine, les Dafalgan codéine. Je pense qu'il y a plus de dépendance au Dafalgan codéine.

C : Et vous parliez ici justement du partenariat avec les pharmaciens pour éviter le shopping médical ou en tout cas en être conscient. Qu'est-ce que vous pensez qu'il existe déjà ou qu'on pourrait mettre en place pour permettre une prescription appropriée de ce tramadol ?

MG7 : (Exclamation) Eh bien, je suppose que s'il y avait une volonté...(hésitations) de le faire, on pourrait le faire puisque toutes les ordonnances sont centralisées, maintenant les ordonnances informatiques sont centralisées. (Réflexion) Parce que pour le moment, le seul moyen de le savoir c'est par les pharmaciens !

C : Oui.

MG7 : "Tiens ici Docteur, ce patient-là a pris l'ordonnance du même médicament par un autre médecin que vous. Faites attention". Donc pour le moment, je n'ai pas...(texte incompréhensible) Je pense que l'outil eh bien il serait sur ce serveur centralisé des pharmaciens. Et nous on devrait avoir, je ne sais pas par quel système de notre programme informatique, un retour sur la prescription par d'autres médecins de la même molécule.

C : Oui, Okay, intéressant !

MG7 : Puisque nous dans notre programme on donne la date de la prescription, donc on sait voir la fréquence. (Hésitations) Je suppose qu'il pourrait y avoir un retour quand l'ordonnance part par voie électronique, il y aurait certainement moyen d'avoir un petit menu quelque part avec (hésitations), je ne sais pas moi, un code couleur qui montrerait qu'on n'est pas le seul à prescrire la molécule chez un patient.

C : Et vous parliez de volonté, vous pensez qu'il y a un...

MG7 : Je ne sais pas, c'est de la pharmacovigilance, c'est... Qui est-ce qui devrait faire ça ? Quel est le responsable ? Ce serait un service pour tous les médecins mais...(Réflexion) Qui aurait...oui...ça demande encore...ça demande...de l'adaptation informatique ça coûte. Bon, le pharmacien aurait à gagner à le faire... Nous eh bien...Ce serait plutôt aux pouvoirs publics hein ! A faire le...à créer un système qui nous permette de, de nous informer si une molécule est prescrite par d'autres médecins. Ou...la fréquence ! Parce que moi je vois que j'ai prescrit il y a un mois une boîte de 60 comprimés, donc je vois que ça va. Mais si, par un moyen informatique je voyais qu'elle a été délivrée plusieurs fois, le nombre de délivrances en pharmacie je pense que par le réseau de santé wallon ça doit être possible de le savoir !

C : Oui, tout à fait !

MG7 : Mais, à part les pouvoirs publics je ne vois pas qui aurait la volonté ou les moyens financiers...Enfin...Au niveau de l'Ordre des Médecins s'il y aurait...s'il y aurait une contre-indication à ce que quand on prescrit une molécule à un patient, il y aurait un item qui nous avertisse de la prescription de la molécule, des dates de délivrance de la molécule. Parce que ça on sait jamais, si...quand on prescrit un médicament, parfois le patient ne va pas le chercher. Donc (hésitations) ce serait intéressant qu'on le sache ! (Rires) Que la molécule n'a pas été délivrée ! Enfin, voilà. Donc ça ce serait peut-être des progrès à faire en informatique.

C : Tout à fait ! Et au niveau des spécialistes, vous pensez qu'il y aurait quelque chose à mettre en place, ou...

MG7 : (Réflexion) Nous on est, on travaille quand même..., ici dans la région de Verviers on a la chance d'avoir une Société de Médecine de l'Arrondissement de Verviers qui est très conviviale entre médecins généralistes et spécialistes. Il n'y a pas vraiment de clivage, donc on se connaît un peu tous ! Et ce climat de confraternité avec les spécialistes : ça reste un plus ! (Hésitations) Sinon, non...On a des rapports et de bons contacts avec les spécialistes et quand il y a un problème on peut se contacter facilement. (Réflexion) Que ce soit à des réunions scientifiques, enfin maintenant (rires), à cause du Covid on se rencontre moins ! Et non, je ne sais plus la question à propos des spécialistes ?

C : Oui, s'il y avait des choses à mettre en place pour améliorer la prescription de tramadol ? Et donc c'est vrai qu'une convivialité entre spécialistes et généralistes pour voir un petit peu comment on prend en charge les patients...

MG7 : Ce qu'on constate, c'est que c'est souvent aux Urgences que les patients reçoivent du Contramal. Parce qu'en général, quand ils sortent de l'hôpital, c'est quand même souvent le paracétamol simple qui sort. Mais bon, forcément les Urgences...si on va aux Urgences c'est quand même...(exclamation) qu'il y a une douleur peut-être plus intolérable que...Moi je vois, les spécialistes, ne prescrivent pas énormément ce médicament-là. Peut-être les rhumatologues, les chirurgiens en post-op, mais à part ça !

C : Oui c'est ça...Et au niveau légal, par rapport à l'accès de la prescription du tramadol, est-ce que vous pensez qu'on devrait changer des règles ? Que ça passe en stupéfiants ? Ou qu'on limite la durée de prescription ?

MG7 : Je ne suis pas contre que ça passe dans la famille des stupéfiants, pas du tout ! Je trouve que ce serait même une bonne chose. Ça ferait peut-être plus réfléchir avant de le prescrire ! Si on nous dit que c'est un stupéfiant.

C : Et j'aimerais juste revenir sur un point parce que je trouvais que c'était très intéressant que vous parliez de votre expérience de patient avec votre hernie discale, le tramadol...ça a changé votre façon de voir cette molécule et votre prescription ?

MG7 : Eh bien c'est à dire que j'ai eu une hernie discale qui a commencé le 8 juin. Avec des douleurs (rires) comme je ne pouvais pas imaginer, intolérables, aucune position... Et donc finalement il n'y a que la cortisone qui m'a soulagé donc j'ai tenu le coup avec les 40mg de cortisone pendant quinze jours. Mais j'ai pris du tramadol pour travailler. J'ai pas trouvé que ça faisait...oui ça soulageait partiellement en tout cas. Mais seul ça ne suffisait pas ! Mais je me suis rendu compte **que j'avais plus la même concentration, qu'il y avait quelque chose qui était changé en tout cas (rires)** ! Et puis je me suis dit par après "c'est à cause du tramadol", je ne m'en suis pas rendu compte tout de suite ! (Hésitations) Mais c'est très difficile à exprimer ! J'étais pas comme d'habitude quoi !

C : Et du coup par la suite, vous avez prescrit différemment vous pensez ?

MG7 : (Réflexion) Non puisque déjà avant ça j'avais des expériences particulières, comme une dame qui avait vraiment de gros troubles de la mémoire qui se sont...qui ont disparu totalement à l'arrêt du traitement. Une dame quand même de 65 ou de 68 ans, qui s'est rendue compte que ça n'allait pas. Et je me suis rendu compte que c'était ce médicament-là. Comme souvent quand les patients ont des effets secondaires, enfin des plaintes, il faut toujours remettre en question le traitement ! (Rires) Parce que ça arrive très régulièrement qu'au début de traitement tout se passe bien et puis...c'est après un certain temps qu'il y a des effets secondaires qui apparaissent et donc le patient ne fait pas le lien avec le médicament qu'il prend depuis longtemps. C'est le cas pour la metformine, c'est le cas pour les IEC qui donnent de la toux, c'est le cas pour les pathologies ostéo-articulaires ou musculaires avec les statines. Et ça, nous on doit vraiment être très vigilants là-dessus parce que, régulièrement, toutes les semaines, il y a des plaintes qui sont induites par les traitements.

C : Eh bien, merci en tout cas ! Je ne sais pas si vous pensez qu'il y a encore d'autres points sur la question qu'on n'a pas abordé ou qui vous semblent importants ?

MG7 : Moi ce qui me semble important c'est que, la majorité des informations qu'on a eu sur ces molécules-là ça a été par les firmes pharmaceutiques. (Réflexion) Avant d'en faire des...éventuellement des sujets de conférence. Et que, eh bien, ça biaise un peu le... l'information.

C : Oui !

MG7 : Donc je pense que...on a d'abord eu des informations par les firmes pharmaceutiques. Avant de les avoir par des...des recyclages ou des...des conférences et... (Réflexion) A un moment donné, il y a dix ans de cela, on avait de temps en temps un "délégué", entre guillemets délégué, (hésitations) qui était en fait chargé de nous...rappeler les bonnes pratiques ou l'Evidence Based Medicine pour certaines molécules. Et c'était une déléguée en l'occurrence de l'INAMI.

C : Farmaka ?

MG7 : Oui voilà. Eh bien ça, c'est un peu dommage que l'INAMI ne fasse pas ça, n'aide pas les médecins. Parce que eh bien oui, on a des revues, on a des folia pharmaceutica qui étaient intéressants avant. Maintenant c'est électronique mais...on n'a pas toujours le temps d'aller voir. Mais...donc moi je dis que c'est ça : qu'on est biaisé, que l'information est biaisée parce que présentée essentiellement par des firmes pharmaceutiques.

C : Oui intéressant. En tout cas merci pour votre temps !

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 8

Chercheur : Ma première question c'est de savoir si vous pouviez me parler de votre parcours de médecin généraliste ?

Médecin généraliste n°8 : Alors, mon parcours de médecin généraliste il est encore assez léger puisque...je viens de terminer mon assistanat. Donc j'ai fait une première année d'assistanat du côté de Rixensart et Genval en Brabant wallon. Et là j'avais deux maîtres de stage indépendantes et je faisais deux mi-temps en fait. (Hésitations) Et donc elles avaient chacune une pratique en solo, et puis pour ma seconde année d'assistanat là j'ai déménagé du côté de Namur et là j'étais plus dans une pratique de groupe où il y a avait différents médecins dans un même bâtiment et donc j'avais plusieurs maîtres de stage mais chacun gardait..., c'était pas une maison médicale au forfait, c'était... chacun avait sa patientèle et...et voilà, je travaillais, donc ça me permettait cette deuxième année de collaborer avec d'autres médecins. (Hésitations) Il y avait aussi deux kinés, et il y avait une secrétaire sur place. (Hésitations) Donc voilà, c'était chaque fois des pratiques à l'acte d'un côté comme de l'autre, mais je suis passée d'une pratique plus solo avec deux femmes comme maîtres de stage à une pratique...de groupe avec des hommes maîtres de stage. Et là ici je viens de me lancer comme généraliste. (Hésitations) Je me suis associée avec un autre, un autre jeune médecin généraliste. Donc lui a, a deux ans de plus que moi et il est installé dans la région depuis un an. Et donc, voilà on reprend la patientèle d'un ancien (hésitations), d'un ancien médecin de *[faubourg de la ville de Namur]* qui a, qui a arrêté. Et donc (hésitations), oui c'est ça. Mais c'est une pratique individuelle mais en regroupement ou association, je ne sais pas comment, comment il faut le dire.

C : Et c'est plutôt quel type de, de pratique, plutôt de ville ou plutôt rurale, ou un petit peu des deux ?

MG8 : (Hésitations) C'est plutôt rural quand même, oui ! Je suis un peu excentrée par rapport au centre-ville. Donc c'est...oui, non, plutôt rurale !

C : Et du coup ça vous fait quel âge, pour mes statistiques ? (Rires)

MG8 : Quel âge de...? Mon âge à moi ?

C : Oui !

MG8 : (Exclamation) (Rires) 28 ans !

C : 28 ans ! Et est-ce que vous avez des centres d'intérêt particuliers ? Ou des formations complémentaires ? Ou des choses qui vous intéressent plus que d'autres dans la médecine générale ?

MG8 : Dans la médecine...(Hésitations) Mais donc j'ai suivi la formation complémentaire de l'ONE, et j'ai eu quelques fois l'occasion de..., de participer au suivi en crèche et un peu en consultations. Et alors j'avais suivi..., j'ai fait aussi du planning familial. Donc ça ça m'a familiarisée un petit peu...(hésitations) à ce côté-là. Ou sinon oui, comme autres activités, il y a le laboratoire pour l'instant pour les prises de sang. Là aussi, ce que je trouve intéressant c'est que comme c'est à l'hôpital, et bien je vois des prélèvements qu'on n'a pas toujours l'habitude de faire

dans le cabinet de, de médecine générale. Donc là aussi je trouve que c'est intéressant de voir l'envers du décor de, de ce qu'on prescrit parfois en disant "voilà tenez, votre prescription". Et puis voilà, on se rend compte des aspects techniques. (Hésitations) Sinon, dans les formations, c'est plus voilà, de temps en temps les formations de la SSMG et tout ça. Pour l'instant je ne me suis pas lancée dans une voie en particulier. (Hésitations) Oui non, je fais vraiment de la médecine générale, des enfants aux personnes âgées, avec le suivi en maisons de repos. Mais j'ai pas de compétence particulière en prise en charge tabagique par exemple ; ou autres assuétudes au sens large. Mais ça viendra sûrement avec l'expérience et avec les années !

C : Oui sûrement ! Et pour entrer dans l'entretien, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez prescrit du tramadol ? Ou une des dernières ?

MG8 : (Réflexion) Mais je pense que oui, c'est un renouvellement d'une patiente qui était sortie d'hospitalisation et...chez qui on avait prescrit du Tradonal Odis. (Hésitations) Oui c'était plus dans le renouvellement, oui !

C : Et est-ce que vous pouvez m'expliquer dans quelles situations vous prescrivez du tramadol ? En général ?

MG8 : (Hésitations) Donc c'est vrai que...(hésitations) tramadol...Déjà j'aime bien toujours poser la question si les patients en ont déjà eu ou pas. Et donc c'est vrai que je vais plus facilement represcrire quand je sais que les gens en ont déjà eu, et donc je vais un peu les questionner sur "tiens, à quel dosage est-ce qu'ils le prenaient ?", "est-ce qu'ils n'avaient pas eu d'effets secondaires et tout ça ?". (Hésitations) J'ai en effet parfois plus vite tendance à prescrire..., donc j'essaie souvent oui, d'abord le palier 1 avec AINS et paracétamol simple. Et puis en fonction des plaintes j'arrive vers le, oui le tramadol plus je dirais parfois...oui style lumbago ou lombalgies, ou vraiment des douleurs qui n'ont pas cédé aux antalgiques de palier 1. Et je dirais que (hésitations), oui ou après si c'est quelque chose d'aigu, une cholécystite ou des patients qui sortent de l'hôpital là je vais plus aller vers du, une forme à dissoudre Tradonal Odis mais quelqu'un qui, je vois, a un mal un peu plus profond je vais plus aller vers une forme à plus longue durée d'action.

C : Et a priori, à part les douleurs ostéo-articulaires et les douleurs abdominales aiguës, est-ce qu'il y a d'autres contextes dans lesquels vous prescrivez ?

MG8 : (Réflexion) Ça ne me vient pas spontanément, c'est vrai que par exemple dans tout ce qui est plaintes de céphalées ou quoi, résistantes, ça ne m'est jamais arrivé d'en prescrire. Non, je n'ai pas d'autre...(Réflexion)

C : Et pourquoi pas dans les céphalées ?

MG8 : Parce que les céphalées je donne plus souvent alors... (hésitations), donc j'essaie d'abord de nouveau les antalgiques palier 1 et sinon plutôt une combinaison avec de l'Excedryn ou parfois du Dafalgan codéine, ça arrive aussi.

C : Et parmi tous ces patients, est-ce qu'il y a un profil particulier en termes d'âge, de sexe, de milieu socio-économique ? Ou pas spécialement ?

MG8 : Ceux oui, à qui je prescris du tramadol c'est vrai que c'est plutôt les tranches un peu plus âgées de la population avec aussi parfois des problèmes d'arthrose et tout ça. Donc (hésitations), c'est vrai que dans...chez les patients jeunes ça c'est vraiment en post-opératoire directement,

après une appendicite ou je ne sais, n'importe quelle opération, là c'est vrai que les patients peuvent être plus jeunes. Mais sinon, je dirais que c'est plutôt oui les gens de plus de 60 ans avec plus des douleurs chroniques et...qui ont déjà, enfin oui, plus âgés. Et plutôt peut-être plus des femmes que des hommes.

C : C'est ça. Et pourquoi pas...pas les jeunes en fait ?

MG8 : (Hésitations) Parce que souvent ils ont déjà moins d'habituations aux antalgiques et donc souvent on arrive un peu plus à s'en sortir avec (hésitations) avec le palier 1 et surtout on a moins de contre-indication aux anti-inflammatoires chez les personnes plus jeunes donc parfois j'essaie de bien doser à ce niveau-là quitte à mettre un Brufen forte ou, des COX piroxicam et autres, qui vont un peu mieux soulager les personnes jeunes et qui sont moins à risque au niveau rénal.

C : C'est ça. Et au contraire est-ce qu'il y a des patients auxquels vous évitez vraiment de prescrire ?

MG8 : Le tramadol ?

C : Oui !

MG8 : (Hésitations) Comme ça je n'ai pas de contre-indication qui me viennent en tête à part s'il me dit qu'il n'a pas toléré le médicament mais ça c'est une fois qu'il en a fait l'expérience lui-même. (Hésitations) C'est vrai que je ne fais pas encore très attention aux profils de patients, s'il y en a qui sont plus sujets même à devenir accros ou quoi. Ça je n'ai pas encore assez d'expérience !

C : Et sous quelle forme est-ce que vous prescrivez le tramadol ? Donc vous parliez de la forme Odis. Et celle à longue durée d'action. Comment vous faites en pratique ?

MG8 : (Hésitations) Souvent, soit s'il en a déjà eu je fais très simplement et je reprends la dose qu'il a déjà eu et qui lui convenait bien en termes de soulagement des symptômes et pas d'effet secondaire. Sinon je dirais que je vais aller assez facilement vers du 100 mg quitte à réduire, à dire de réduire si vraiment il sent qu'il est bien soulagé. Mais (hésitations), oui je ne vais pas tellement, donc à part le Tradonal Odis où là c'est 50 mg, mais sinon je ne prescris jamais la forme 50 mg (hésitations) en comprimés à part une fois que c'est bien stabilisé. Parce que souvent, comme c'est des gens qui ont mal déjà depuis plusieurs jours, ils ont tenu bon, ils me disent "j'en peux plus, j'en peux plus" et donc je me dis qu'il faut que j'arrive à mettre quelque chose qui va le soulager quitte à diminuer après coup mais, j'ai peur chaque fois que si je mets trop peu avec le 50 mg, voilà soit il va vouloir en prendre beaucoup trop, se doser lui-même, ou il va me rappeler en disant "ça marche pas votre truc".

C : C'est ça, oui. Et que pensez-vous de l'association avec le paracétamol, par exemple le Zaldiar ?

MG8 : Oui, moi j'ai eu des bons retours, oui. Et ça permettait en effet de diminuer un petit peu la dose de tramadol. Donc oui, c'est vrai que je ne pense pas, sûrement pas assez à la prescrire cette forme-là. C'est vrai que l'éventail des antidouleurs est parfois assez large et donc c'est vrai que parfois on se perd dans ses habitudes ou dans ce que le patient a déjà eu mais, si, si j'ai des bons retours et pas d'effets secondaires, donc oui.

C : C'est ça. Et justement en parlant d'effets secondaires, quelle est votre expérience face à ces effets-là ?

MG8 : (Hésitations) Il n'y en a pas beaucoup mais souvent alors c'est des gens, ils disent qu'ils se sentent pas trop bien, qu'ils sentent un peu comme des vertiges ou un peu plus nauséeux, ou...oui, pas...qu'ils sont pas tout à fait dans leur assiette. Ils ont pas une franche indigestion ou quoi que ce soit mais plus un inconfort je dirais. Donc c'est plus une intolérance qu'un vrai problème du médicament quoi.

C : Et est-ce que les patients souvent connaissent cette molécule ?

MG8 : Oui, oui, oui. Souvent c'est quand même, très souvent...allez, ça ne m'est pas arrivé souvent d'en instaurer, c'est vraiment plutôt le redonner. Donc parfois c'est eux, et souvent ils ont aussi, même parfois dans des douleurs chroniques ils vont dire "ah mais mon voisin a eu tel traitement, est-ce que je ne peux pas avoir la même chose ?" Donc je trouve que souvent le nom leur est familier.

C : Et pour revenir aux effets indésirables, quelles sont les recommandations et les précautions que vous donnez au patient en instaurant ou en renouvelant ce traitement ?

MG8 : (Hésitations) Je leur dis de bien respecter la prise, la dose maximale, donc souvent je donne oui en trois fois par jour un comprimé et je dis de...oui avec un grand verre d'eau, et de diminuer s'ils ont un inconfort. Soit diminuer la prise ou espacer un peu plus le temps en fonction de leurs plaintes.

C : Et initialement, pour quelle durée est-ce que vous prescrivez du tramadol ?

MG8 : (Réflexion) Oui, bonne question...C'est vrai quand c'est quelque chose plus lumbago ou quoi alors là souvent c'est une semaine et puis stop. (Hésitations) Dans les douleurs plus d'arthrose ou quoi alors je vais essayer que la dose soit plus faible quitte à ce que ce soit plus...plus long. Je vais essayer que ce ne soit pas trois fois par jour mais une fois ou deux. Ou alors je vais plus combiner, de dire "ah et bien voilà, le matin vous prenez le tramadol, et midi et soir vous prenez un Dafalgan". Ça c'est vrai que je vais plus aller vers ça quand on commence à instaurer une longue durée. Mais en aigu, oui je vais facilement donner sept jours, trois fois par jour. Oui.

C : Et donc, trois fois 100 alors ?

MG8 : Oui, et puis à ajuster en fonction de, des possibilités. Et là aussi je dis "Si vous sentez que ça va, vous n'en prenez que deux matin et soir et on se limite à ça. Mais vous pouvez aller jusque trois fois 100".

C : Et est-ce que vous avez des patients qui l'utilisent vraiment de manière chronique, le tramadol ?

MG8 : (Réflexion) Je réfléchis...j'en avais une notamment en maison de repos mais où là du coup c'était un par jour. (Hésitations) Je ne saurais plus dire si c'était 50 ou 100, je pense que c'était quand même 100. Mais... de façon chronique et intense non, ça j'ai pas, je n'en ai pas beaucoup, non. Mais j'ai pas encore une grosse patientèle (rires) !

C : (Rires) Et est-ce que in fine, c'est un médicament qui vous semble plutôt sûr ?

MG8 : (Réflexion) **Moi, de mon expérience, j'ai pas eu trop de...de soucis avec. Donc je ne suis pas trop inquiète de l'utiliser.** (Hésitations) Voilà maintenant il faut évidemment toujours rester vigilant, mais je suis plus rassurée avec ça on va dire par exemple que certains anti-inflammatoires chez certains patients. (Réflexion) Que d'autres substances, justement la codéine, parfois j'ai plus l'impression qu'on peut devenir plus accro à la codéine qu'au tramadol. Donc c'est vrai que je vais être un peu plus méfiante de la codéine que du tramadol. Mais voilà, peut-être que je me trompe (rires) !

C : Et comment est-ce que vous organisez le renouvellement d'une prescription de tramadol ?

MG8 : (Hésitations) Donc c'est..., je fais toujours des prescriptions électroniques comme ça je sais en effet suivre la consommation. Pour voir... Donc moi ça m'arrive plutôt quand...au moment où je vois vraiment le patient en visite ou en consultation. Et si jamais c'est une demande qui passe par le secrétariat ou quoi, alors je vais quand même voir systématiquement de quand date la dernière, la précédente prescription, juste pour que j'aie une idée si ça m'a l'air d'une consommation raisonnable ou si justement il y a un soucis à ce niveau-là. Et puis alors je prends la peine de téléphoner au patient et je me dis "c'est qu'il faut qu'on refasse le point à ce niveau-là".

C : Et dans quelle proportion est-ce que c'est vous l'initiateur du traitement de tramadol, par rapport à une prescription qui aurait été initiée par un autre médecin ?

MG8 : (Réflexion) Donc oui j'initie...(hésitations) oui je dirais peut-être quand même une fois sur deux. Une fois sur deux mais si je sais parfois que le patient l'a déjà eu quoi. Mais donc c'est vrai que c'est moi qui vais lui dire "ah mais ça vaut peut-être la peine de reprendre ce médicament que vous avez déjà eu à tel moment et qui vous a soulagé pour ce problème-là".

C : Et quand ce n'est pas vous, c'est quel confrère qui a initialement commencé le tramadol ?

MG8 : (Hésitations) Donc oui, plutôt en sortie d'hospitalisation donc tout ce qui est opération et je dirais aussi (hésitations) suivi en rhumatologie...Je pense à certains patients qui vont là-bas. Oui c'est vraiment, c'est les deux gros pourvoyeurs de ces médicaments-là.

C : Et est-ce que vous renouvelez différemment une prescription dont vous êtes l'initiatrice ? Par rapport à une prescription qui aurait été initiée par quelqu'un d'autre ?

MG8 : (Hésitations) Et bien donc quand elle a été initiée par quelqu'un d'autre je me repose la question de...oui de l'indication : dans quel contexte ? Est-ce qu'on est vraiment plus dans quelque chose d'aigu et où il faut que je le represcrive à ce même dosage-là pour un certain temps ? Ou alors est-ce qu'on entre plutôt dans quelque chose de chronique et alors là est-ce qu'il ne faut pas que je revoie justement le dosage ? Donc oui, je me pose quand même ces questions-là quand c'est quelqu'un d'autre qui l'a initié.

C : Okay. Alors depuis plusieurs années la prescription de tramadol augmente. Et je me demandais si c'est quelque chose que vous aviez observé dans votre pratique ?

MG8 : Oui je pense que ça augmente. Je pense qu'on a en effet la main assez facile sur ce genre d'ordonnances. Je pense qu'il y a aussi l'effet du coup que maintenant beaucoup de gens connaissent...connaissent ce médicament comme je le disais un peu plus tôt dans l'entretien et

donc je pense que beaucoup de patients aussi finalement sont demandeurs et nous mettent parfois un peu la pression... (hésitations) pour prescrire ça. Alors que s'ils ne connaissent pas l'existence de ce produit on prescrirait peut-être un peu moins. Mais donc oui, je pense que ça inévitablement ça augmente. Et donc je pense qu'il y a sûrement des efforts à faire sur la limitation de la prise de ce genre de médicament justement.

C : Il y a vraiment des patients qui vous mettent la pression pour avoir du tramadol ? C'est quelque chose de fréquent ?

MG8 : (Réflexion) Peut-être pas fréquent mais ils vont dire "ah, mais il n'y a que ça qui me soulage" ou...et donc oui, d'avoir l'expérience d'un voisin, d'un frère, d'une sœur et donc oui...ils vont plus facilement dire "ah mais si Docteur, ça me fait vraiment du bien !" Ou justement dans les traitements chroniques quand on essaie de diminuer la dose ils vont un peu plus être insistants. Et voilà, il faut trouver le juste milieu entre soulager les douleurs mais garder le contrôle aussi sur les prescriptions.

C : Et est-ce qu'il y aurait d'autres explications selon vous à cette augmentation de prescriptions ?

MG8 : De prescriptions ? Et bien sûrement que nous aussi, si on connaît mieux ce produit là que d'autres on va plus le mettre en avant. (Hésitations) Je pense que dans l'inconscient on est aussi, même si on ne veut pas toujours l'admettre, mais si on nous présente des produits par des firmes ou autres on va plus vite... (hésitations) on va plus vite se souvenir de ce nom-là que d'un autre médicament qu'on aurait pu essayer avant. Donc je pense qu'il y a aussi cet effet "publicité" sur nous prescripteurs. Ça d'une part, et si on voit parfois justement des spécialistes qu'on estime ou quoi, et qu'on se rend compte qu'ils mettent beaucoup ça, ça va peut-être aussi nous influencer parce qu'on va se dire "ah oui mais si même le spécialiste suggère ce traitement c'est qu'il trouve que c'est un bon produit". Donc je pense qu'il y a aussi ces influences externes là aussi.

C : Oui d'accord. Et quel est l'impact de votre formation médicale ou médicale continue dans votre prescription de tramadol ?

MG8 : (Réflexion) Et bien donc je pense qu'on est plus, en tout cas ici dans la jeune génération justement, un peu plus...sensible à limiter les traitements, à essayer de revenir, pas du tout à une médecine naturelle mais... (hésitations) Allez pour donner un comparatif, un bête comparatif, moi dans tous les symptômes viraux je dis aux patients "faites des inhalations, ça ça vous coûte rien ! Vous mettez la tête au-dessus d'un bol d'eau chaude avec un petit essuie de vaisselle par-dessus et vous respirez la vapeur d'eau pendant quelques minutes". Et donc j'essaie vraiment de revenir (hésitations), et je pense que la plupart des jeunes généralistes sont dans cette optique de...d'élaguer un peu les traitements. Je trouve que ça se marque aussi notamment en maisons de repos où on revoit un peu plus les traitements de...de nos maîtres de stage et compagnie. Et on va plus rapidement dire "ah est-ce qu'on ne peut pas essayer d'enlever ça ?". Et donc je pense que...qu'on a cette conscience-là qu'il y a des choses à améliorer. Et on a encore je pense, en tout cas en tant que jeune médecin, cette motivation aussi de s'améliorer sans cesse et de limiter cette prescription. Pour moi, les jeunes généralistes font un peu plus attention et les anciens médecins généralistes justement ont peut-être connu le début de l'ère où c'était révolutionnaire. Donc je pense qu'il y a vraiment eu différentes phases et donc je pense que c'est quelque chose où de tout façon il y aura encore d'autres phases. Et puis si ce n'est pas le tramadol, après ce sera un autre produit qui va arriver et on va le vendre comme étant le médicament miracle, avec aucun effet secondaire et puis après cinq ans on va se rendre compte que "ah en fait finalement, on a quand même été un peu trop vite chez tous ces patients-là", et de nouveau il y a aura un effet où on va

se former et on va se dire "ah non en fait finalement ce n'est peut-être pas si bien que cela". Et donc moi j'essaie toujours de dire que quand on peut se passer d'un médicament c'est toujours mieux ! Donc...(hésitations), voilà !

C : Et est-ce que sur certains aspects dans la prescription de tramadol au contraire le fait de faire partie de la jeune génération et d'être plus jeune pourrait être un inconvénient ? Donc ici, le fait d'être de la jeune génération a priori c'est faire quand même, à ce que vous disiez, plus attention dans la prescription et être plus vigilant, mais est-ce que dans certains aspects ça peut être un inconvénient d'être jeune ?

MG8 : (Réflexion) Je pense que... oui les patients ont parfois tous les trucs et astuces. Et donc on va peut-être parfois plus facilement se faire bernier par le patient en tant que jeune généraliste, sur une série de choses. Donc je pense que pour ça le...voilà le manque d'expérience et...oui les patients sont toujours très malins donc (hésitations) oui, ça peut avoir quelques aspects négatifs (rires).

C : D'accord. Et quel serait selon vous l'impact du fait que c'est derniers temps on se rende de plus en plus compte, vous en parliez tout à l'heure, des inconvénients aussi des AINS ? Dans la prescription de tramadol, est-ce que ça peut jouer ?

MG8 : Je veux bien que vous répétiez la question (rires).

C : (Rires) Le fait que de plus en plus on se rende compte des effets plutôt négatifs de certains AINS, est-ce que ça pourrait jouer sur l'augmentation de la prescription de tramadol ? Selon vous ?

MG8 : Oui, oui, oui, je pense que...oui chez certaines personnes on va en effet hésiter à mettre un AINS. On va plus vite donner du tramadol. Par exemple même simplement pour quelqu'un qui a un lumbago, où d'habitude je vais d'abord essayer paracétamol et anti-inflammatoires. Si le patient me dit "ah pas d'anti-inflammatoire, j'ai un ulcère", ou que sais-je, je vais me dire "ah mince, peut-être que mon Dafalgan ça va pas être suffisant !". Et donc dans ce cas de figure-là c'est vrai que je vais plus facilement me laisser tenter de lui donner un tramadol quelques jours pour le soulager. Oui, c'est vrai !

C : Et quel serait l'impact du fait qu'on classe le tramadol dans la catégorie "opioïdes peu puissants". Est-ce que ça joue sur la prescription ?

MG8 : (Réflexion) Moi, oui, ça je ne sais pas trop. Moi c'est plus vraiment les paliers : paliers 1-2-3. Et donc, pour moi je le mets plus ou moins sur un pied d'égalité avec justement le Dafalgan codéine et les autres du palier 2. C'est plus je me dis "je suis en train de mettre un palier 2" que...opioïde fort ou faible. Ça je...

C : Le tramadol fait partie des médicaments remboursés en grande partie, est-ce que vous pensez que le prix a un impact dans la prescription du tramadol ?

MG8 : (Hésitations) Au niveau des médecins...en tout cas au niveau de moi, pas du tout, parce que je ne sais même pas combien mes patients le paient à la pharmacie. Et donc je ne sais pas du tout même au niveau des autres médicaments du palier 2 justement est-ce qu'il y aurait un intérêt à en prescrire un qui est moins cher qu'un autre. Ça j'ai aucune idée, et j'ai jamais eu un patient qui m'a fait un retour négatif. Donc j'imagine qu'ils ne le paient pas trop cher (rires) ! Sinon ça se

saurait ! Ou en tous cas que pour leurs douleurs ils sont prêts à y mettre le prix, comme pour les benzodiazépines.

C : Et est-ce que vous pensez qu'il y a également un impact du type de pratique, donc solo, de groupe...par rapport à la prescription du tramadol ?

MG8 : (Hésitations) Je pense que la prescription en tout cas du tramadol et tout ça, c'est quelque chose d'assez individuel. Donc ça va vraiment être médecin-dépendant. (Hésitations) Je pense que là où la pratique de groupe peut avoir un effet c'est qu'on peut plus avoir des sujets où on se remet en question dans la pratique de groupe et on va peut-être plus se questionner, se remettre en question de façon globale pour essayer d'améliorer les choses et donc là peut-être que chaque médecin individuellement dans la pratique de groupe va se dire "ah mais tiens, oui c'est vrai, on discutait de ce sujet-là. C'est vrai que moi je pourrais peut-être faire un effort". Donc je pense que c'est plus dans la stimulation intellectuelle que...ça peut peut-être avoir un meilleur taux, enfin moins de prescriptions chez les pratiques groupées.

C : Et si je vous dis que parmi toutes les spécialités, ce sont les médecins généralistes qui prescrivent le plus de tramadol ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

MG8 : Je ne suis pas très étonnée. C'est vrai qu'on est le plus à "emmagasiner" on va dire les douleurs des patients. (Hésitations) Et bien qu'ils le prescrivent le plus...oui parce que souvent on en est l'initiateur mais après on va aussi être...c'est nous qui allons prolonger le médicament donc il y a tout cet effet-là qui fait qu'on en prescrit beaucoup même si ce n'est pas toujours nous qui avons posé l'indication. (Hésitations) Oui, je suis pas...pas très étonnée.

C : Et que pensez-vous du risque de mésusage du tramadol ? Est-ce que c'est quelque chose que vous rencontrez dans votre pratique ?

MG8 : (Réflexion) Moi j'ai pas encore eu vraiment de problèmes liés à la prise de tramadol. Non, c'est vrai que je n'ai pas encore eu de situation vraiment d'abus clair et net. (Hésitations) J'ai pas non plus eu de situation où les patients m'ont dit "oh j'avais tellement mal, j'ai pris deux comprimés chaque fois au lieu d'un". Non ça, je n'ai pas encore été confrontée à ce genre de situations.

C : C'est ça. Et est-ce que vous avez des patients qui sont dépendants au tramadol, selon vous ?

MG8 : (Réflexion) Pour l'instant, je réfléchis...Oui, j'ai des patients qui en ont besoin de façon chronique mais qui ont des raisons on va dire, médicales, d'en avoir besoin. Donc certains chez qui j'aurais dit "ah tiens il faudrait arrêter" je n'ai pas tellement l'impression que...d'avoir eu trop de situations d'abus, des gens chez qui il fallait juste faire un traitement court et puis qui auraient continué dans mon dos.

C : Et des cas du coup, d'overdoses, suicides ou décès ? Ça jamais ?

MG8 : Non, jamais !

C : Et falsifications d'ordonnances ?

MG8 : (Réflexion) A ma connaissance jamais mais comme en plus maintenant je fais, oui quasi uniquement des prescriptions électroniques. Surtout c'est vrai que pendant le confinement en

plus j'envoyais directement à la pharmacie donc c'était un circuit court sans même passer par le patient. Donc finalement ça ça avait cet avantage-là, pendant la crise du coronavirus, de pouvoir surveiller ça !

C : Et si on devait réfléchir à ce qu'on pouvait mettre en place pour assurer justement une prescription appropriée de tramadol. Qu'est-ce que vous proposeriez ? Ou qu'est ce qui existe déjà selon vous ?

MG8 : Donc oui, je pense que d'une part les conditionnements ça c'est quelque chose d'important parce que c'est vrai que quand on veut le prescrire pour quelque chose d'aigu et qu'on sait mettre une petite boîte ça permet de dire "voilà, vous en prenez une semaine et puis c'est fini !". Donc je pense que ça c'est une des options. (Réflexion) Et puis qu'est-ce qu'on pourrait mettre d'autre en place pour limiter... Oui je pense que c'est un peu comme pour les...les somnifères, c'est mettre d'emblée une date de fin ! De dire "beh voilà, on le commence aujourd'hui mais..." Et c'est ça parfois le problème sur les prescriptions, il y a une date de début mais il n'y a pas de date de fin. Et donc peut-être de prendre plus l'habitude de noter la date de fin de traitement. Et qu'après le pharmacien écrive sur la boîte : "date de fin...". Un peu comme les antibiotiques, on dit de terminer la boîte et puis c'est fini ! (Rires)

C : Et d'autres idées, d'autres choses ?

MG8 : Oui après il y a toujours la sensibilisation au patient. Expliquer pourquoi c'est important de ne pas en abuser. Je pense que parfois les gens aiment bien qu'on leur donne des explications, ils aiment bien comprendre aussi. Et donc dès qu'on leur explique, ils peuvent être tout à fait conscients. Parfois je pense que le mésusage peut venir justement d'un patient qui ne se rend pas compte des risques qu'il prend et s'il en était conscient, beh il ne le prendrait pas, il régulerait sa prise. Donc je pense que l'information au sens large, que ce soit...Le mieux c'est évidemment du médecin généraliste, mais même si c'est de l'extérieur sur...sur justement "attention à ne pas consommer trop de médicaments" via les médias ou comme on voit parfois les campagnes pour les antibiotiques, ça peut aussi avoir son impact !

C : Oui, beaucoup de bonnes idées ! Et au niveau des généralistes, est-ce qu'il y a quelque chose à faire, d'après vous ?

MG8 : (Réflexion) Je pense que ça peut être intéressant... je pense que parfois ça se fait, moi je n'ai encore jamais eu le cas, mais d'avoir un retour justement... Je sais que parfois il y a des évaluations et on voit si on prescrit beaucoup d'examens radiologiques et un peu dans quelle moyenne on se situe. Et je pense qu'à ce niveau-là ça pourrait être quelque chose d'intéressant. Parce que je pense qu'on n'a souvent pas conscience finalement. Parce que ça va tellement vite de faire une prescription de tramadol ou de quoi que ce soit d'autre. Que d'avoir un retour sur "beh écoutez, vous savez que sur vos 100 patients, vous en avez quand même 20 différents sous tramadol !". On peut plus facilement se remettre soi-même en question et s'améliorer. Donc je pense que simplement un feedback, même si c'est anonymisé ou même si c'est en effet "ah et bien voilà, les études montrent que la plupart des généralistes prescrivent autant", beh ça peut déjà susciter un intérêt chez les médecins. Voilà.

C : Et chez les spécialistes, qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Est-ce qu'il y a quelque chose à faire déjà ? Et si oui, qu'est-ce qu'on pourrait faire ?

MG8 : (Rires) Chez les spécialistes ! (Réflexion) Beh les spécialistes c'est une race à part ! (Rires) Non, je ne sais pas ce qu'on pourrait faire. Oui des, aussi peut-être des réunions de concertation

justement médecins généralistes/spécialistes. Parce que c'est vrai que je pense que les spécialistes, le désavantage qu'ils ont c'est que...nous on voit le patient de façon beaucoup plus régulière. Et donc c'est nous qui allons être les premiers soit à prescrire soit à voir les patients en cas justement de malaise ou de problème liés à l'utilisation. Et donc, je pense que les spécialistes n'ont jamais ce retour si un patient n'a pas toléré un médicament qu'ils ont prescrit. Donc je pense que c'est surtout au niveau de ce retour-là peut-être qu'il faudrait les informer et leur signaler.

C : Et au niveau du pharmacien ?

MG8 : (Exclamation) Ah mais le pharmacien, il faut bien qu'il gagne sa vie ! Donc lui il va peut-être pas...Enfin non, oui c'est vrai qu'il va quand même faire attention à ne pas délivrer...Mais je pense que tout le projet de, aller de pharmacien de référence, ça c'est déjà super important. Comme dans les benzodiazépines, comme dans n'importe quel autre traitement un peu à risque je pense que c'est vrai que c'est eux qui vont vraiment voir à quelle fréquence est-ce qu'on prescrit et combien de boîtes sont effectivement délivrées. Parce que parfois on peut faire une prescription et puis qu'elle se perde au fin fond de la poubelle. Alors que le pharmacien lui il sait exactement ce qu'il a délivré. Donc ça je pense que c'est important qu'eux soient attentifs aussi...sur le nombre d'ordonnances faites. Mais je pense que là aussi il faut que ce soit à nous de remettre sur la prescription quelle posologie est-ce qu'on tolère chez un patient. Parce que si on dit juste "ah je vous prescris une boîte de tramadol de 100 comprimés". Le pharmacien il n'a peut-être pas l'idée de si cette boîte elle doit être consommée en 100 jours ou en 50 ou en 30. Et donc là ça peut être aussi quelque chose à améliorer.

C : Et au niveau légal ? Est-ce qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau-là ?

MG8 : (Réflexion) J'ai pas d'idée. A part des campagnes d'information au niveau national ou quoi. Ou justement via le feedback sur les prescriptions, ça c'est peut-être plus des compétences légales de...de pouvoir nous donner ce retour et tout ça. Mais ou sinon j'ai pas d'autre idée. Ou oui non, je ne pense pas qu'il faille l'interdire. Je pense qu'il faut vraiment cadrer.

C : Et ma dernière question c'est... Ça fait plusieurs fois que vous comparez le tramadol aux benzodiazépines. Et je me demandais dans quelle mesure est-ce qu'on pouvait les comparer en fait ?

MG8 : Je pense que dans les deux cas c'est des médicaments où...voilà il faut les prescrire quand c'est nécessaire mais il faut envisager de l'arrêter dès le départ... Enfin dès le départ il ne faut pas le voir comme un médicament de choix sauf dans certaines situations. Donc je pense que à ces deux-là, il faut d'emblée mettre une date de fin donc je pense que c'est à ce niveau-là qu'on peut les comparer. Plus vraiment dans la prise chronique, moi c'est vraiment ce lien-là que je fais entre les deux.

C : Et pour finir, est-ce qu'il y a quelque chose dont on n'a pas parlé et qui vous semble quand même important par rapport au tramadol ? Un point...qui vous touche plus particulièrement ?

MG8 : Non j'ai l'impression qu'on a pas mal fait le tour de la question. Donc non, je n'ai pas d'autre remarque ou question qui me viennent.

C : Eh bien, merci beaucoup !

Hors enregistrement :

- C: A quelle fréquence prescrivez-vous du tramadol ? :

MG8: "même pas toutes les semaines, tous les quinze jours peut-être. Oui, je dirais deux fois par mois."

- MG8: "comme on n'a pas mal à la place du patient, on est obligé de lui donner une marge de manœuvre pour le traitement antidouleur, les doses, combien de fois par jour..."

- MG8: "je suis plus dure avec moi-même qu'avec mes patients." "Souvent j'attends longtemps avant de prendre un Dafalgan, 500 mg."

- MG8: En tant que jeune médecin, importance d'initier de bonnes relations avec les pharmaciens des environs, de se présenter et de leur donner ses coordonnées

Commentaire du médecin interrogé lors de sa relecture :

- MG8 : Une autre remarque hors enregistrement qui a son importance je trouve c'est qu'à un moment j'ai dit "finalement ce que je trouve difficile dans la prescription de tramadol ou de tout autre antidouleur c'est qu'on a pas mal à la place du patient donc on essaie d'évaluer ce qu'il nous dit, de cadrer avec la posologie minimale et maximale mais pour que ce soit clair pour le patient on est presque "obligé" de dire "prenez tel médicament à tel dosage et autant de fois par jour" et je pense qu'on a peur de ne pas soulager le patient et donc on prescrit plus facilement".

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 9

C : Pour rentrer dans l'entretien, ma première question est "est-ce que vous pourriez me parler de votre parcours de généraliste ?"

MG9 : (Hésitations) Eh bien j'ai fait deux ans, j'ai été diplômé en 2016, j'ai commencé...j'ai fait un an d'assistantat à *[commune bruxelloise]* dans une maison médicale au forfait, dans *[maison médicale bruxelloise]* donc à *[commune bruxelloise]*. Et puis un an à *[maison médicale hainuyère]* donc avec le Docteur *[nom de médecin généraliste]*. Donc voilà, mais moi je me dirigeais de toute façon vers une pratique au forfait, enfin c'était ce que j'aimais bien, c'était vraiment ce dans quoi j'avais envie d'évoluer. (Hésitations) Donc voilà, j'ai fait deux ans comme ça. Et puis maintenant ça fait deux ans que je travaille aussi dans une maison médicale à la Charleroi, la *[maison médicale hainuyère]*. Donc voilà, chaque fois une population différente mais toujours le même principe d'équipe, pratique forfaitaire, avec des médecins...pluridisciplinaire...avec des médecins, des infis, une psychologue, une logopède, on a une assistante sociale. Enfin voilà. Chaque fois avec des populations assez précarisées. *[Section de la ville de Charleroi]*, là où il y avait *[nom de médecin généraliste]*, c'était un peu de tout mais ici...là je suis vraiment à *[section de la ville de Charleroi]*. Je ne sais pas si vous connaissez un petit peu Charleroi. Mais c'est vraiment assez précarisé, beaucoup de chômage, beaucoup de gens qui dépendent des aides du CPAS et de l'État. (Hésitations) Donc voilà. Mais donc je ne travaille pas depuis très longtemps quoi. J'ai fait deux ans d'assistantat et deux ans maintenant.

C : Et du coup pour mes statistiques, vous avez quel âge, sans indiscrétion ?

MG9 : J'ai trente ans.

C : Trente ans, d'accord. Et est-ce que vous avez des formations particulières ou des centres d'intérêt particuliers ?

MG9 : Mais donc moi ici je travaille beaucoup avec des gens qui sont en traitement substitutif de méthadone. (Hésitations) Et donc j'ai fait la formation du réseau ALTO, je ne sais pas si vous connaissez ? Donc alternatives aux toxicomanies. Donc c'était un peu ça, ça m'intéresse et aussi il y en a vraiment beaucoup beaucoup. Donc je me suis formé par intérêt, intérêt on va dire. Donc voilà. J'ai fait mon TFE sur l'usage des opioïdes faibles en médecine générale. Donc ça je peux quand même de tout façon vous l'envoyer. Alors il vaut ce qu'il vaut. Je pense que j'avais eu quelque chose comme...pas beaucoup genre 12 ou 13 pour l'écrit et...et un petit peu plus quand même pour l'oral. Ce qui fait qu'au final je pense que j'ai eu 14 ou 15. Donc voilà. Donc ça si tu veux par contre si ça t'intéresse...on peut se tutoyer, à mon avis je dois pas être beaucoup plus âgé que toi (Rires)

C : (Rires) D'accord !

MG9 : Mais si ça t'intéresse je peux toujours te l'envoyer.

C : Et je me demandais du coup, qu'est-ce que ce TFE a apporté peut-être dans ta pratique ?

MG9 : Et bien en fait, à la base c'est parti du constat que je trouvais qu'il y avait beaucoup de gens qui mangeaient du tramadol. (Hésitations) Et parfois c'était souvent des grosses boîtes de 60

ou 90 comprimés, parfois 100 ou 200mg retard, chez des personnes âgées etc. Et je trouvais que...bah c'était mon avis mais je trouvais qu'on s'en foutait toujours un petit peu en se disant "beh oui mais il a mal, on n'a pas d'autre solution". Contrairement aux benzos où on nous explique à l'école vraiment "Les benzos, attention les benzos, quand vous prescrivez il faut avoir une date de début, une date de fin. Il faut que les gens soient au courant ou sinon ils deviennent accros". Et je trouve que toute cette prévention-là pour les benzos on ne la faisait pas pour des morphiniques. Alors que, bah en termes de santé publique, en termes de risques au long cours, ils ne sont pas superposables mais ils sont quand même, ils sont quand même là. Donc voilà, j'étais parti un peu de cette, de ce principe-là. Et de ce dire "Okay, est-ce qu'il y a une grosse différence entre ce que les patients imaginent et ce que les médecins imaginent ?". Donc j'avais essayé, je dis bien essayé de développer un outil. Donc c'était un questionnaire à deux entrées : une pour le médecin, une pour le patient. C'était totalement anonyme et c'étaient des questions qui étaient plus ou moins superposables pour pouvoir comparer les réponses. Donc par exemple c'était pour le patient "depuis combien de temps est-ce que vous prenez un opioïde faible (donc tramadol ou codéine ou Valtran, j'avais fait les trois) ?". (Hésitations) Donc depuis quand est-ce que vous prenez un opioïde faible, pour quelle raison, à quel dosage, est-ce que vous en prenez tous les jours ? Enfin c'était des questions un peu simples vraiment sur l'utilisation du traitement au long cours. Et donc mon étude c'était uniquement des gens qui en prenaient depuis plus de 6 mois. Donc il fallait quand même une utilisation chronique. Donc des gens, donc des personnes homme ou femme de plus de 18 ans qui en prenaient quotidiennement depuis plus de 6 mois. Ça c'était vraiment les, les gens qui pouvaient rentrer dans mon étude. Enfin j'appelle ça une étude, je crois que j'ai interrogé je ne sais plus moi, 6 ou 7 docteurs et peut-être 25 patients, quelque chose comme ça. Donc c'est vraiment tout tout petit hein, mais (hésitations), voilà j'avais envie de faire du qualitatif. Et pour le médecin c'était les mêmes questions superposables donc "pourquoi est-ce que votre patient prend ça ?", "depuis quand ?", "est-ce que vous pensez qu'il a eu des effets secondaires ?" etc. Et en fait en comparant les réponses c'était assez flashant. Parce qu'il y a beaucoup de gens...en fait on sous-estime énormément ce que les patients prennent. Surtout pour les formules en gouttes, par exemple le Valtran ça c'était vraiment le champion où le médecin disait "oh beh je pense qu'il prend 10 gouttes, trois fois par jour" et parfois c'était 40 gouttes, quatre fois par jour. Et en fait on ne sait pas doser, c'est super dur. On donne une prescription, c'est un grand pot et les gens font des gouttes comme ça et donc voilà, il y avait une sous-estimation. Souvent les médecins ne savaient plus trop pourquoi ils prenaient. Donc ils pensaient que c'était une douleur à l'épaule alors que c'était des douleurs lombaires ou inversement. Et concernant vraiment l'empowerment du patient, il y avait beaucoup de gens qui ne savaient même pas dire un effet secondaire, même pas nausées, constipation etc. Donc c'était intéressant mais l'échantillon était tout tout petit et puis voilà, j'ai pas été super loin dans mais...Mais je peux quand même l'envoyer, je peux quand même l'envoyer. Et donc ce TFE il a changé quoi dans ma pratique ? La, une des conclusions de mon TFE, enfin c'était pas la mienne parce que quand on fait un TFE on prend aussi des informations à gauche et à droite. C'est que finalement pour les morphiniques faibles il faudrait agir comme pour les benzos et dire "uniquement en aigu, uniquement en aigu ou semi-aigu" et donner une date de fin en fait, de dire "voilà le tramadol vous ne le prenez pas...tant que vous avez mal vous le prenez pendant dix jours et puis après on va réévaluer quoi". Parce que c'était un peu la période charnière. Souvent ça se joue aux dix quinze premiers jours. Et le problème c'est que...le...maintenant il y a beaucoup de gens qui sortent des urgences avec des morphiniques faibles, des opioïdes faibles et c'est un peu là que ça se joue en fait, c'est quand ils vont redemander une prescription soit parce que ça marche bien soit parce qu'ils doivent en prendre plus parce que ça marche pas trop bien. Et je pense que c'est vraiment là que ça se joue parce qu'aux urgences je pense qu'ils vont continuer à en balancer parce que les gens ils ont de plus en plus mal. (Hésitations) Parce que leur métier, parce que la situation sociale, parce que...parce que plein de choses ! Mais la douleur chronique je pense que c'est quelque chose qui explose en Belgique et partout. Et donc je crois que l'enjeu en tout cas de

mon TFE et ce qu'il m'a fait comprendre c'est vraiment la première represcription en fait. Donc quand les gens terminent leur première boîte ils disent "oh ça marche quand même bien" et c'est vraiment là que ça se joue et qu'il faut commencer à expliquer aux gens. Enfin pour répondre à la question, en tout cas moi ce que ça a changé c'est vraiment, enfin maintenant je suis devenu assez dur (rires), parce que...parce que ça m'a amené ça quoi. J'ai des gens qui en prenaient depuis 15 ans, 18 ans sans connaître les effets secondaires alors qu'ils avaient eu des problèmes de constipation et de fécalomes, qu'ils avaient eu des fractures ostéoporotiques. Enfin ils avaient eu des trucs qui étaient potentiellement liés au tramadol au long cours sans jamais le savoir quoi et je pense pas que ce soient les médecins généralistes qui font du mauvais travail. Mais je pense que c'est juste...c'est toujours plus facile et ça prend moins de temps de prescrire un antidouleur que d'essayer de comprendre pourquoi on a mal ou d'essayer de dire "Ah ça va à la maison ? Et le travail ? Et la pression ? Et les enfants ?". Enfin quand il faut commencer...la prise en charge de la douleur chronique c'est super compliqué quoi ! Et donc je pense que c'est aussi une prescription refuge pour plein de médecins traitants de dire "Bah voilà, elle a 80 ans, ou elle a 75 ans donc les anti-inflammatoires on ne peut pas, on a déjà fait une infiltration, elle a un problème de cœur donc on ne voudra plus l'opérer. Bah alors pour des problèmes de sciatique on va aller vers des morphiniques". Et voilà, moi c'était sans justement et je le fais toujours sans jugement parce que je pense aussi que parfois, c'est la moins mauvaise des solutions. Et qu'il y a quand même des gens qui doivent le prendre et qui...qui font ça. Mais théoriquement, théoriquement, on ne devrait pas prendre des morphiniques plus de 6 mois. Voilà, dans ma pratique quotidienne si je devais dire ce que cela a changé, c'est que je suis quand même plus regardant à cela et j'essaie quand même de...de faire attention. Parce qu'en plus nous on a ...on a un public assez bien usager de drogues, polytox et donc (hésitations)...quand ils ont déjà utilisé de l'héro etc. beh le tramadol c'est quand même un psychotrope un peu de la même famille et donc...il faut quand même faire attention quoi !

C : Oui tu as déjà bien anticipé beaucoup de mes questions, mais c'est chouette !

MG9 : (Rires) Oui mais c'est parce que...du coup mon TFE je l'ai fait il y a deux ans et je l'ai un petit peu relu avant qu'on discute quoi ! Mais je parle beaucoup, excuse-moi !

C : Non mais c'est super ! Est-ce que tu pourrais me raconter quand même la dernière de tes consultations où tu penses avoir prescrit du tramadol ?

MG9 : Où je pense l'avoir prescrit ?

C : Oui, récemment, une des dernières ?

MG9 : (Réflexion) C'est un monsieur avec un...un tassement vertébral traumatique. C'est hier (rires) ! (Hésitations) C'était hier. Non la première fois c'était la semaine dernière mais je l'ai vu hier et il disait que ça marchait bien mais pas trop trop. J'avais commencé en gouttes. Parce que je trouve que ça c'est toujours bien pour les vieux de...enfin pour les vieux il avait 65 ans c'est pas très vieux ! Mais pour les...quand ils n'ont jamais pris c'est de toujours commencer par une forme en gouttes, et essayer de le prendre le soir parce que s'ils sont KO ou s'ils sont constipés etc. c'est toujours mieux de prendre cela le soir que de le prendre le matin avant de prendre la voiture etc. Donc je le lui avais donné d'abord en gouttes. Il disait que ça ne faisait pas trop trop effet et finalement comme il le supportait bien, qu'il prenait 20 gouttes alors je lui ai donné une forme...une forme per os. Et il avait l'air de dire que c'était bien, qu'il était un peu nauséux mais qu'au moins il n'avait plus mal. Donc (hésitations)...donc voilà !

C : C'est ça ! Et du coup à part l'ostéo-articulaire, est-ce qu'il y a d'autres indications dans lesquelles tu prescris ?

MG9 : (Réflexion) C'est souvent quand même ça, c'est souvent des douleurs...les traumatismes etc. (Réflexion) Tout ce qui est palliatif quand même, je trouve que ça marche quand même bien ! Quand le paracétamol est dépassé, de proposer de toujours commencer, moi je commence toujours en gouttes. (Hésitations) A part l'ostéo-articulaire...J'ai une fois prescrit aussi pour un garçon qui avait des problèmes d'éjaculation précoce. Parce qu'apparemment c'était prescrit off-label et je lui avais...c'était un peu par...parce que je sais bien qu'il existe aussi un autre médicament, mais à ce moment-là je ne m'en rappelais plus trop trop. Et je sais qu'un ami qui a été opéré en neurochirurgie, qui prenait du tramadol qui m'a dit que ça marchait bien d'un point de vue sexuel. Enfin donc voilà c'est par expérience comme cela qu'une fois j'en ai prescrit pour ça. Mais sinon en dehors de cela c'est quasiment toujours des douleurs...des douleurs ostéo-articulaires, j'ai l'impression !

C : Et parmi tous les patients auxquels tu prescris, est-ce que tu as l'impression qu'il y a un profil particulier en termes d'âge, de sexe, de milieu socio-économique... ?

MG9 : (Réflexion) Non, je dirais que ça peut quand même...ça peut quand même...Fin là il faut que je réfléchisse mais... (Hésitations) Dans mon étude mais ça c'était à la [maison médicale hainuyère]. Tu travailles où toi en fait ?

C : Ici sur [commune bruxelloise] !

MG9 : Sur [commune bruxelloise], okay ! Dans mon étude il y a avait quand même pas mal de...si je me rappelle bien...de dames, assez âgées. Mais bon après moi c'était concernant les opioïdes faibles au long cours, donc après 6 mois. Et (hésitations) c'est vrai que j'avais l'impression que c'était quand même plus des femmes en fait.

C : Et est-ce qu'il y a au contraire des gens auxquels d'emblée tu...tu évites de prescrire du tramadol ?

MG9 : (Réflexion) Non, bah si quand ils l'ont un jour essayé et qu'ils l'ont pas...Mais je pense quand même en aigu que c'est une bonne façon de traiter une douleur aiguë ! Mais (hésitations) bah si peut-être y'a quand même un risque d'abus. Et alors je vais peut-être, si maintenant je sais que voilà j'ai un patient qui est à risque d'être plus polytoxico ou à risque de manger plus de comprimés qu'il n'en faut. Alors je vais peut-être prendre plus le risque des anti-inflammatoires chez quelqu'un de jeune. Et voilà, les personnes très très âgées et bien il faut y aller tout doucement, avec quelques gouttes parce que parfois ils peuvent être très sensibles ! Voilà. Ça je l'ai expliqué, et ça c'était aussi très intéressant dans mon TFE, c'est que je m'étais un peu renseigné parce qu'on dit qu'il y a des gens qui sont bons répondeurs, très bons répondeurs et très mauvais répondeurs. Et ça je m'étais basé là-dessus, de ce que... [nom de médecin généraliste], je ne sais pas si tu connais ? Donc c'est un monsieur qui est, c'est un médecin généraliste qui est [formateur à l'accompagnement des usagers de drogues et leurs proches en médecine générale]. Et du coup à un moment lui c'était aussi son cheval de bataille, les opioïdes faibles etc. [Texte supprimé dans un souci d'anonymisation, sans lien avec l'étude]. Et donc il m'avait filé un...il m'avait filé un ou deux PowerPoint bien faits. Et où il expliquait justement, et j'avais été un peu relire ses références, qu'il y a plus ou moins - en tout cas les études sont faites sur les populations caucasiennes- t'as plus ou moins 10% de gens qui ne répondent pas du tout, pas du tout. Donc ils peuvent prendre 100mg ils n'auront rien ! Et donc il faut croire ces gens-là ! Et 10-15% à nouveau dans les blancs qui

vont super fort répondre, et donc ils vont prendre 3 gouttes et ils vont se mettre à vomir etc. Et donc en fait c'est tout un spectre en fonction de la métabolisation hépatique. Et t'as des gens qui ne vont rien avoir, et d'autres super vomir. Et puis au milieu des gens qui vont plus ou moins avoir les bons effets, parfois l'effet psychotrope sans avoir d'effet secondaire etc. Et donc (hésitations), et donc voilà. Et c'est intéressant moi je trouve parce que le tramadol il est, d'une personne à l'autre, c'est ce qui le rend intéressant et c'est ce qui le rend finalement pas si intéressant que cela en prescription au long cours. C'est qu'en fait, on ne sait pas ce qu'on prescrit ! Parce que, parce que c'est pas comme avec du paracétamol ou avec l'ibuprofène où on a une réponse antalgique attendue, mais que c'est vraiment le truc où...je ne dirais pas que c'est la loterie mais que si on le prescrit à dix personnes en effet il y en a une ou deux qui vont dire "qu'est-ce que c'est que cette merde ?" et d'autres qui vont dire "non ça ne m'a rien fait" ! Donc voilà !

C : Et du coup pour les personnes auxquelles tu évites de prescrire parce qu'il y a un risque de mésusage, c'est vraiment au feeling ou tu utilises des outils de screening particuliers ?

MG9 : Non ça c'est au feeling !

C : Et tu parlais de la forme de gouttes, c'est la forme particulière... principale que tu utilises quand tu commences un traitement par tramadol ?

MG9 : Chez les personnes âgées oui ! Mais en fait quasiment tout le temps. Je dirais que je commence toujours en gouttes. Parce que c'est...à nouveau comme il y a une sensibilité individuelle j'essaie toujours de dire et bien voilà "prenez cinq gouttes dans un verre d'eau, quand vous êtes chez vous le soir". Et voilà, s'ils sont nauséux ou somnolents et bien au pire ils passent une drôle de nuit et le lendemain ils n'en prennent plus. Que si on...c'est ce que les urgences font comme erreur je trouve c'est de balancer du tramadol Odis, qui fond sous la langue, qui a une disponibilité beaucoup plus grande et avec des effets secondaires beaucoup plus marqués en fait parce qu'ils ont un pic plasmatique super énorme ! Et donc...(hésitations), voilà ! Moi je ne dis pas que je suis EBM et que je fais ce qu'il faut. Mais j'essaie toujours de commencer par la forme en gouttes. Et quand je fais un traitement, et c'est souvent dans les traitements que je lance en fait c'est toujours oui en fait quand je réfléchis quasiment ostéo-articulaire, et alors c'est en attendant quelque chose d'autre quoi ! En attendant d'être infiltré, en attendant de voir un spécialiste, en attendant de... Et donc on commence oui 5-10 gouttes chez les personnes âgées et si elles le supportent bien on fait 20 gouttes, et ça je crois que 20 gouttes c'est 50mg. Et donc alors on passe à une forme en comprimés quoi.

C : C'est ça, alors la posologie en moyenne que tu prescris c'est quoi ?

MG9 : Je dirais 50mg 3 à 4 fois par jour. A nouveau si c'est dans un contexte aigu quoi !

C : Et que penses-tu de l'association avec le paracétamol ? Type Zaldiar ou...

MG9 : C'est le problème de toutes les associations c'est qu'ils sont souvent sous-dosés au sein de l'association. C'est un peu un cocktail. Mais ça c'est comme pour le Sinutab ou comme pour le...Donc y'a pas assez de paracétamol, y'a pas assez de tramadol...(Hésitations) Donc voilà ! Moi j'aime pas trop, je ne le prescris jamais...'Fin ce que je fais c'est que je le represcris quand les gens en ont de manière chronique parce qu'il faut pas non plus vouloir à tout prix sevrer tout le monde et qu'il y a en pour qui ça marche bien ! Mais voilà, je trouve que ça enlève le côté...enfin voilà quoi, les gens ils bouffent du Zaldiar en ne sachant pas ce que c'est et...voilà, moi j'aime pas trop !

C : Et par rapport aux effets indésirables, quelle est ton expérience à toi en tant que généraliste ?

MG9: (Réflexion) Je dirais qu'il y en a deux grands types, il y a ceux qu'ils ont immédiatement : ils se sentent nauséux, KO, ils vomissent...Et ça c'est souvent... ces effets immédiats sont souvent la cause de l'arrêt du traitement parce qu'ils ne le supportent vraiment pas ! **Ou alors vraiment il faut qu'il y ait une douleur telle qu'ils préfèrent vomir que d'avoir mal.** (Hésitations) Donc je dirais gastro-intestinaux surtout et le fait d'être somnolent, d'être KO c'est souvent la cause de gens qui ne continuent pas après deux prises...La première ils se disent "bah on verra bien, peut-être que c'est autre chose" et puis ils en reprennent une deuxième fois, ils vomissent et souvent là ils arrêtent. Et sinon beh au long cours...moi je dirais quand même la constipation qui est pas tout de suite super rapide, qui apparaît pas après un jour et où les gens ne font pas le lien tout de suite. (Hésitations) La constipation...Les effets quand même sur l'énergie etc. Et du coup les effets sur la libido aussi, je trouve que c'est un truc dont on ne parle pas beaucoup mais les opioïdes au long cours, (hésitations) voilà en fait ils diminuent la libido et à nouveau c'est quelque chose qui apparaît pas du jour au lendemain. Et donc en fait quand on...Voilà, on ne fait pas le lien.

C : Et par rapport à ces effets indésirables, quelles sont les informations que tu transmets aux patients quand tu inities le traitement ? Concrètement ?

MG9 : Beh ça. Le fait que c'est pour cela que je passe en gouttes. Et je dis "beh voilà en fait, ça peut donner..." J'explique surtout nausées, somnolence et constipation. Donc chez les personnes âgées souvent quand il y a déjà...chez des gens qui me disent "en plus mon mari il est constipé", alors je vais prescrire en parallèle avec genre du Forlax ou...(hésitations) des sachets comme cela. (Réflexion) Donc j'explique surtout les effets gastro-intestinaux et la somnolence. Et donc je conseille toujours de le prendre chez soi, sans devoir prendre la voiture dans les deux trois heures. Et de commencer petit à petit. Et puis j'explique chaque fois "si vous le tolérez bien et que la douleur est bien passée, bah alors on prescrira une boîte par la suite " quoi.

C : C'est ça, et globalement ça te semble être un médicament sûr, quand on suit ces précautions-là ?

MG9 : (Réflexion) En aigu je dirais que oui, sûr dans le sens où il faut monitorer les premiers jours. Parce que parfois si on donne une boîte de 50 comprimés bin et qu'on leur dit "bah allez-y trois par jour", parfois les gens vont prendre une semaine avant de dire "bon ça ne marche pas". Et ils sont quand même exposés à des molécules potentiellement toxiques. Et éventuellement si ça ne marche pas du tout, beh ils vont en prendre beaucoup et risquer aussi un surdosage. (Hésitations) Donc je dirais que c'est pas une molécule sûre, non, je pense pas. En tout cas le tramadol c'est pas un truc...c'est pas terrible quoi. Beh après le truc c'est que, à nouveau ça..., si on suit les guidelines, en tout cas nous on travaille beaucoup avec Prescrire à la maison médicale, qui est un peu le Graal des généralistes qui ne veulent pas voir des délégués médicaux, ce qui est un peu notre cas à la maison médicale. **Prescrire en fait moi j'ai un peu lu tous les articles, 'fin tous, non j'ai pas la prétention d'avoir tout lu, mais des articles sur le tramadol et eux en fait ce qu'ils recommandent pour éviter justement le premier passage hépatique bah c'est de prescrire de la morphine à toute petite dose en fait.** Parce que le tramadol est transformé en di-Ethylmorphine ou je ne sais pas quoi. Donc en fait il y a moins ce passage, il y a moins ce truc de premier passage hépatique. **Après il faut l'assumer quoi de dire aux gens "voilà je vais vous prescrire de la morphine à toute petite dose, on va le faire en sirop"...ça fait, ça...les gens sont plus attachés à avoir des noms commerciaux, un peu funs comme le tramadol, Oxynorm. Ça ne leur dit pas "vous prenez des opioïdes forts, cousins de l'héroïne".** C'est plus facile à accepter. Donc personnellement je l'ai déjà fait une fois ou deux. Où les gens, ça ne fonctionnait pas le tramadol,

il y avait une douleur hyperalgique. Et vraiment faire comme Prescrire dit : “sirop de morphine ftm je ne sais plus quoi”. Enfin j’avais téléphoné au pharmacien parce que je n’étais pas habitué à faire ça. Il faut rajouter de la framboise parce que la morphine c’est dégueu et tout ! Après quand il donne (rires) ta bouteille super sucrée aux gens en disant “allez-y prenez trois gouttes, trois fois par jour”. (Rires) Il faut le faire quoi ! Je crois que les gens ne sont pas habitués à ça et que le tramadol est complètement entré dans le langage en fait, parce qu’on a toujours bien un copain ou un voisin, une tante qui a pris du tramadol parce qu’elle a eu un jour un lumbago aux urgences quoi. Donc (hésitations), voilà. Donc non pour répondre à la question qui je pense était si je trouve que c’est sûr, je dirais non mais c’est mieux que rien et c’est quand même un accès facile et en expliquant les choses et en monitorant le début bah c’est pas non plus trop de risque quoi. Mais je dirais que non, c’est pas très sûr comme médicament, on ne peut pas dire “à la fin de la boîte revenez me voir”. Ça c’est trop facile et on n’est quand même pas dans le paracétamol ou dans d’autres trucs comme ça quoi.

C : Et pour revenir à la technique de la morphine, du coup ce serait supprimer le passage par le palier 2 alors ?

MG9 : Non quand je dis supprimer le passage c’est ce qui fait la sensibilité individuelle c’est qu’on n’est pas tous égaux, devant ce fameux cytochrome P450 etc. Donc pour supprimer le premier passage hépatique, en fait la première transformation de la pro-drogue en morphine bah en fait on devrait...Prescrire recommande de donner de la morphine en fait...

C : Donc directement le palier 3 alors ?

MG9 : Oui c’est ça ! En fait le palier 2...en fait il n’a pas tellement de sens en fait, parce que c’est un palier 3...c’est un palier 3 qui ne se dit pas, quoi ! Vu que la codéine se transforme en morphine et que...

(Interruption de 20 secondes)

C : Donc oui c’est ça, c’est un palier 3 qui ne se dit pas pour toi ?

MG9 : Beh, en tout cas la codéine elle est transformée en morphine très clairement. Et le tramadol en di-Ethyl-je-ne-sais-plus-quoi mais qui a une configuration proche de cela. Donc oui, en fait le palier 2...C’est simplement le fait qu’à mon avis, si on commercialisait, ça doit être...je ne sais pas enfin j’imagine que ça doit être en termes de santé publique on commercialiserait pas trop vite de la morphine en comprimés. Sinon les gens prendraient trop vite ça et...je ne sais pas ! En tout cas d’un point de vue chimique (hésitations), c’est la même chose quoi ! C’est comme les gens qui disent quand on leur demande s’ils boivent de l’alcool ils disent “non je bois juste de la bière”, beh c’est la même chose (rires) !

C : (Rires) Oui, oui c’est vrai. Et alors tu parlais d’initier directement une date de fin. Du coup en moyenne, pour quelle durée est-ce que tu prescris du tramadol ?

MG9 : Beh j’essaie toujours le plus court possible. Souvent dans les situations comme je disais tout à l’heure aiguës, moi je dirais... (hésitations) un mois, ou en tout cas moins d’un mois. J’ai l’impression que depuis mon TFE, mais après c’est un biais aussi parce que je pense que du coup je fais peut-être mal les choses ou...mais que je suis tellement influencé par cela que je vais me dire “OK non, surtout pas ça surtout pas ça” alors qu’en fait peut-être que je ne devrais pas hésiter à faire plus. Mais je dirais super rarement plus qu’un mois en tout cas !

C : Et dans ta patientèle, tu as des patients qui l'utilisent quand même de manière chronique ?

MG9 : oui, oui, oui !

C : Oui, et c'est dans quel contexte alors ?

MG9 : Bah toujours ça, des douleurs chroniques (hésitations)...arthrosiques ou...multifactorielles ! Après c'est souvent, ça c'est souvent comme ça aussi pour la douleur chronique, quand on gratte un peu le tramadol il est aussi utilisé pour son effet un peu psychotrope et c'est souvent des gens qui ont des douleurs chroniques mais aussi avec des situations familiales ou sociales assez dures. Et (hésitations), ils ne le prennent pas tout le temps mais parfois c'est...ouais, ouais c'est souvent ça quand même. Je trouve que les gens qui le prennent de manière chronique il y a jamais que de la douleur quoi. Parce que de toute façon la douleur après 6 mois c'est plus jamais que de la douleur, il y a un contexte psycho-social, enfin...Ca devient un truc plus...la douleur aiguë et la douleur chronique ce n'est pas la même chose...mais je trouve que les gens, c'est peut-être mon avis, j'ai pas beaucoup d'expérience mais je trouve qu'il y a toujours un truc derrière en fait ! Les gens qui le prennent en chronique c'est jamais "j'ai de l'arthrose" quoi ! C'est toujours "j'ai de l'arthrose et mon petit-fils me fait chier" ou "j'ai de l'arthrose et j'ai pas de sous". Enfin...Après là je donne un avis Evidence Based niveau 2000 parce que, c'est ma petite expérience à moi de quatre ans de pratique mais...j'ai cette impression-là oui !

C : C'est ça, et quand tu parles de son effet psychotrope, tu parles plutôt alors de son effet sur la sérotonine ?

MG9 : Oui c'est ça !

C : Et dans le contexte d'utilisation chronique, est-ce que parfois tu fais intervenir d'autres spécialistes dans ces questions-là ?

MG9 : Oui, oui, oui. Donc (hésitations), quand on sent qu'on est un peu bloqué avec des gens qui ont des douleurs déjà infiltrées, où la kiné ça ne marche pas, on a déjà tout essayé etc. Et où on sent qu'il va falloir faire appel à l'équipe avec une prise en charge un peu plus globale. Alors je ne sais pas comment ça fonctionne à Bruxelles parce que je n'y ai travaillé qu'un an mais à Charleroi les cliniques de la douleur ne sont pas trop mal. Et donc souvent c'est des prises en charge assez bien globales avec en tout cas au moins un rendez-vous chez le psychologue une fois par mois ou tous les deux mois. Avec le médecin de la douleur qui est souvent un anesthésiste. Avec une prise en charge psychologique, avec de la kiné, avec des écoles du dos etc. Et alors ils ont...c'est bien parce que au moins ils ont un échecancier en fait. Parce que les gens qui ont des douleurs chroniques c'est souvent des gens qui sont à un moment ou un autre un peu oubliés. Et je trouve que la clinique de la douleur elle amène ça d'intéressant c'est que...ils ont une sorte de petit tableau Excel imprimé avec leurs rendez-vous, et voilà "je vais avoir ça, je vais avoir ça, je vais avoir ça". Et même si c'est des trucs...fin je ne sais pas exactement les études sur la kétamine ou des choses comme ça parce que c'est souvent ça qu'ils utilisent en fait chez nous. Mais je trouve ça bien, j'en ai en tout cas deux ou trois pour qui ça marche bien ! Après il y a des gens aussi qui sont réfractaires à tout et aller voir un psychologue et parler de...parler de la douleur chronique avec un psychologue, parler de la relation avec ses parents etc. pour qui ce ne sera jamais possible. Et du coup, voilà. Mais en tout cas oui, à partir du moment où on est dans un morphinique depuis plus de six mois ou qu'il y a vraiment de la douleur chronique, où il y a déjà eu un avis spécialisé, un geste -que ce soit une infiltration sous échographie ou sous scanner-, plus de la revalidation...qu'on a déjà essayé ça et qu'on est dans une impasse, oui moi à un

moment j'essaie toujours de brancher sur la clinique de la douleur parce que je trouve ça quand même pas mal !

C : Et pour parler de renouvellement, comment est-ce que tu organises le renouvellement de prescription de tramadol ?

MG9 : (Réflexion) Avec le Covid ça a encore changé...Maintenant on fonctionne beaucoup par téléphone. Après quand... nous à la maison médicale on fonctionnait déjà par téléphone pour les ordonnances. Et donc ce qu'on fait c'est qu'on essaie que tout le monde encode correctement les traitements chroniques de ses patients. Et donc si maintenant on a tramadol en traitement chronique et que c'est un patient que je ne connais pas, beh je vais vite un petit peu scroller dans son dossier et voir quand était la dernière prescription quoi. Mais c'est ça je pense **le vrai problème c'est qu'on ne fait pas assez attention au tramadol. Autant pour les benzos les gens qui disent par téléphone "il me faut du Temesta, de l'alprazolam" on va le faire, on va regarder "ah c'était quand la dernière boîte ?", "ah Okay du coup elle en prend deux ou trois par jour" mais pour le tramadol on le fait un peu moins.** Donc on...chez les gens chez qui on a accepté que le tramadol serait un traitement au long cours...on le fait même par téléphone en regardant -en essayant de regarder quand on a le temps- quand a été prescrite la dernière boîte. Et puis voilà quoi !

C : Et dans quelle proportion est-ce que c'est toi l'initiateur de la prescription quand tu renouvelles ?

MG9 : Bah moi à nouveau il y a un énorme biais c'est que j'ai fait ce travail-là et que du coup j'essaie de ne pas trop le faire. Je dirais à nouveau une proportion assez faible parce que...parce que j'aime -mais peut-être que je le fais trop- **j'aime bien garder le contrôle sur ces prescriptions-là. En disant...voilà si je le donne, chaque fois je donne mille précautions en disant "une boîte, pas deux, on va se revoir à la fin de la boîte et on réévaluera".** Et donc j'ai l'impression qu'assez peu de mes patients sont sous tramadol en chronique mais après à nouveau, ça fait quatre ans que je travaille et deux ans que je travaille dans cette maison médicale-là. (Hésitations) Donc j'ai toujours l'impression que ce que je renouvelle c'est des traitements que j'ai pas initiés moi quoi !

C : Et qui est l'initiateur alors ?

MG9 : Soit mes collègues médecins généralistes, (hésitations) qui renouvellent des prescriptions soit d'eux même soit de rhumatos...ou d'orthos quoi ! Parce qu'à un moment les rhumatos aussi quand...on a beau être rhumatologue et essayer de l'écouter un petit peu, d'avoir une prise en charge à la clinique de la douleur etc. Mais...le nombre de fibromyalgiques qui sont sous Zaldiar et ces trucs-là...y'en a quand même pas mal !

C : Oui ! Et tu renouvelles différemment quand tu es l'initiateur ou pas spécialement ?

MG9 : Non pas spécialement ! Parce que si on dit qu'on renouvelle et qu'on l'encode comme traitement chronique beh, c'est qu'on accepte que pour le moment c'est la moins pire des situations donc non, je dirais que je renouvelle.

C : D'accord ! Et comment est-ce que concrètement tu organises l'arrêt du tramadol ?

MG9 : (Réflexion) Beh donc, (rires) soit...il y a deux cas de figure ! Le premier c'est... j'espère être le plus systématique et faire chaque fois la même chose...c'est que je l'initie pour un court laps de temps et donc à la fin de la boîte ils reviennent me voir et on réévalue un petit peu. Et donc

souvent ça s'arrête comme ça, parce qu'en fait on dit "bah voilà, ça a marché, pas trop...mais est-ce qu'on va faire ça au long terme ?" Et donc on l'arrête en se disant qu'on va faire autre chose et qu'on passe à d'autres antidouleurs, même revenir au paracétamol ou donner un petit peu d'anti-inflammatoires ou le temps de lancer la kiné et des choses comme ça ! Donc en aigu ça s'arrête facilement à la fin de la boîte en disant "on ne va quand même pas faire ça toute la vie", et les gens sont souvent assez...(hésitations) sont souvent assez compréhensifs. Par contre au long terme c'est compliqué ! Quand ils sont, quand on leur dit "on essaie de faire une réévaluation clinique de la douleur", même quelqu'un qui vient pour un problème de tension ou un problème de diabète et que...à la fin de la consultation il me dit "ah il faudrait des ordonnances". Et dans les ordonnances il y a du tramadol 200mg retard, la grande boîte de 90 (rires), on fait :

- "ah tiens, vous prenez ça souvent ?"

- "ah beh oui tous les jours depuis 10 ans"

- "ah Okay, et vous le prenez pourquoi ?"

- "c'est parce que j'ai mal partout"

- "Okay (rires) et du coup vous avez déjà essayé de diminuer ?"

- "oui mais quand je diminue alors ça va pas !"

(Rires) Souvent...dans ce cas de figure-là je pense que c'est illusoire d'essayer d'arrêter. **Après quand les gens sont vraiment motivés, quand il y a vraiment une prise de conscience de cela.** Tout un temps il y a eu un moment aussi...où moi j'ai des patients qui sont venus me voir. Je ne sais plus si c'était il y a un an ou deux ans, parce qu'**avec le scandale des opioïdes aux États-Unis il y a eu à un moment des reportages où on parlait de l'Oxynorm**, et que les gens se shootaient, et que des gens qui étaient pères de famille avec une voiture, une maison quatre façades allaient acheter de l'héroïne et mourraient dans la rue. Tu vois à un moment il y a eu tout une vague comme ça, qui est en train d'arriver chez nous ceci dit, la crise des opioïdes elle est seulement en train d'arriver chez nous. **Et j'ai eu comme ça un ou deux patients qui sont venus en me disant "maintenant je dois arrêter, je dois arrêter à tout prix !" Et où on a fait des sevrages super rapides.** Mais en dehors de ça... voilà. Une fois j'ai fait pour de la codéine avec du Subutex, parce que nous on est assez bien branchés traitements substitutifs et donc je crois que les substituts...enfin les sevrages codéine et ces trucs-là ça marche encore mieux. Mais tu vois le Subutex ?

C : Oui, oui

MG9 : Donc voilà. Et comme moi j'ai fait la formation ALTO, beh j'étais quand même au courant de cela. Et alors mon collègue, qui est aussi le médecin le plus âgé de notre maison médicale, il s'appelle *[nom de médecin généraliste]*...(hésitations) lui il est *[formateur à l'accompagnement des usagers de drogues et leurs proches en médecine générale]*...Et donc lui il est aussi à fond dans ce truc-là et donc on a déjà fait sevrages. On est...je pense qu'il ne faut pas en avoir peur. C'est juste qu'on ne fait bien que ce que l'on fait beaucoup. Mais du coup nous du Subutex on en donne quand même pour les sevrages aux opioïdes faibles. Fin moi je l'ai fait une fois, je ne vais pas faire genre que j'ai une expérience de dingue mais je l'ai fait une fois. Et alors par exemple pour les douleurs palliative la méthadone ça ça marche bien, ça ça marche bien aussi. Donc voilà, l'arrêt je dirais que soit c'est aigu et on y arrive et les gens sont compréhensifs, soit c'est chronique et...(souffle) dans neuf cas sur dix aborder le sujet...on comprend tout de suite que...voilà ! Ou alors vraiment un traitement...c'est un travail qui dure des mois, des années de faire accepter ça. Et de dire que

“peut-être que si on arrêta le tramadol vous seriez moins constipé, qu'il y aurait moins de vertiges etc.” Mais...(hésitations) voilà !

C : Un point qui m'intéresse beaucoup c'est de voir que depuis plusieurs années la prescription de tramadol augmente en Belgique. Alors si j'ai bien compris, avec ton TFE ce n'est pas ton cas. Mais comment est-ce que tu penses qu'on puisse l'expliquer ? Avec ton expérience justement...

MG9 : (Exclamation) Ah on peut l'expliquer parce que les gens ont de plus en plus mal et que la douleur il y a... Les gens ont de plus en plus mal parce que...(rires) ça je vais peut-être être trop critique mais...parce que la vie est un peu plus nulle qu'avant quoi ! Pour les gens des classes moyennes et classes moyennes basses on va dire...c'est une évidence ! Depuis les années 80, le pouvoir d'achat diminue, la pression au travail augmente. Et donc je pense qu'on est de moins en moins dans des situations de vie confortables. Après nous on est médecin donc on sera a priori toujours épargnés par cela. Mais je pense que la douleur elle est super fort influencée par ce qui se passe autour de soi. Et que voilà, on est dans une société super compétitive, où on a plus le temps de se reposer, où on n'a plus le temps de...oui plus le temps de prendre du temps en fait. C'est ça, et que c'est toujours comme cela. Et que même...ça c'est au niveau du patient, je dirais la première chose c'est au niveau du patient où les gens ont a priori de plus en plus mal parce que peut-être que le travail est de plus en plus usant donc il y a des douleurs ostéo-articulaires qui apparaissent de plus en plus vite. (Hésitations) Et le contexte psycho-social fait que les gens, moi je pense, mangent de plus en plus d'antidouleurs parce qu'il y a aussi un effet psychotrope et que ça marche bien quoi. Et que ça ne soigne pas que la douleur d'une certaine manière quoi. Et que voilà, ça c'est la première chose, du côté patient. Et puis du côté médecin, (réflexion) il y a de moins en moins de médecins traitants par habitant, que ce soit le numerus clausus etc., enfin je veux dire la pression sur les médecins généralistes elle est de plus en plus forte aussi. Les consultations beh...si on sait faire en 10 minutes plutôt qu'en 20 on va avoir une journée qui se termine peut-être à 19 plutôt qu'à 21. Je ne parle pas pour moi parce que je suis en maison médicale donc on a une assez bonne organisation donc il m'arrive de finir tard mais les médecins solos en tout cas...qui représentent quand même encore une grande majorité, aborder la question de la douleur, quelqu'un qui a mal depuis huit mois et qu'on sait qu'il y a quelque chose derrière, si le tramadol lui fait du bien et qu'on estime qu'il n'y a pas d'effet secondaire à court ou moyen terme beh on va le prescrire. Parce que c'est toujours plus facile de le prescrire, et je blâme pas parce que je l'ai déjà fait plein de fois aussi, parce que c'est toujours plus facile de renouveler une prescription que de dire “Alors ah oui, et comment ça va votre métier ? Et du coup les douleurs vous les ressentez plus quand ? Et ces derniers temps il y a quelque chose qui a changé ? Et vous ne devriez pas...vous ne trouvez pas qu'on devrait en parler ?” etc. Et du coup je pense que c'est une responsabilité partagée. La société évolue, et les syndromes douloureux chroniques ont évolué au même rythme que les dépressions, au même rythme que les...J'ai une vision assez noire sur le sujet (rires) mais je pense que la vie fait que ça et que la société néolibérale actuelle fait qu'il y a de plus en plus de pression au travail, on a moins de temps en famille, on a moins de temps pour les loisirs, on a moins de sous pour les loisirs. En tout cas je parle pour nos patients. Ça c'est d'un côté et puis vraiment de l'autre côté je pense quand même que prendre en charge la douleur chronique au-delà de six mois ça demande des compétences, ça demande du temps, ça demande une équipe (Hésitations) Et voilà. Et ce que je pense que nous on n'a plus... parce qu'on n'a pas de...on a fait nos études récemment, on a appris à déléguer, on a appris à travailler en équipe. Et je pense, et à nouveau sans blâmer personne, que les vieux médecins traitants sont encore dans le système où ils gèrent tout, quand ils étaient jeunes ils faisaient des accouchements, ils gèrent du début à la fin et que c'est très difficile pour eux de dire “je vais vous envoyer chez un spécialiste de la douleur” parce que la douleur c'est un truc...enfin je veux dire...quelqu'un qui

vient parce qu'il a mal c'est toute la journée quoi en médecine générale. Donc je dirais que c'est un peu partagé entre ces deux choses-là quoi.

C : Et quel est l'impact de ta formation tu penses dans la prescription de tramadol ? Tu parlais du TFE, et de ta formation en général ?

MG9 : (Hésitations) Je trouve qu'on ne nous apprend pas bien à l'école. Le tramadol, on voit les paliers de l'OMS, on a eu le cours d'algo...Tu es à l'UCL ?

C : Oui, oui

MG9 : Tu vois on a eu cours...c'était comment, comment il s'appelait celui qui donnait le cours en algologie *[texte supprimé dans un soucis d'anonymisation, sans lien avec l'étude]*, genre *[nom de médecin spécialiste]* un truc comme ça ?

C : Oui, c'est ça ! (Rires)

MG9 : C'est vrai qu'il était super intéressant, mais on apprend vraiment palier 1, palier 2, palier 3. Voilà ! (Souffle) Tu vois on ne nous apprend pas beaucoup plus que cela. (Hésitations) Je trouve qu'on a été finalement assez peu formé à ça. Autant, à nouveau autant les benzos je pense que...en fait je pense qu'il faut attendre que les crises arrivent ! C'est difficile à dire mais les années 80 c'était la crise des benzos, où en fait on a arrosé la Belgique de benzos parce que c'était magique, ça soignait tout, l'anxiété, l'insomnie etc. ce qu'aucun médicament ne faisait avant. Et puis 10-15 ans après on s'est rendu compte qu'en fait les gens étaient super accros, qu'en fait ça favorisait Alzheimer, qu'en fait machin-chouette. Et du coup je pense que les profs qu'on a eu nous, qui ont 50 ans maintenant ont grandi avec cette crise-là quoi. Et que les profs de médecine générale, de médecine interne, d'orthos etc. eux ils ont peut-être découvert le tramadol mais ils n'ont peut-être pas encore vraiment vécu la crise des opioïdes et le fait que les gens surconsomment ça. Et donc peut-être que dans 10 ou 15 ou 20 ans, quand les gens de notre génération deviendront profs eh bien on en parlera comme d'un danger égal quoi ! Mais là je pense que ce n'est pas du tout le cas quoi, vraiment pas du tout le cas. Et je pense que les urgences ne jouent pas un bon rôle à ce niveau-là. Si je devais blâmer quelqu'un, si je devais montrer quelqu'un du doigt, je pense que ce serait quand même les urgences qui à nouveau sont sous pression et qui font le travail comme elles peuvent. Mais je crois qu'il y a trop de gens qui sortent avec du tramadol. (Hésitations) Que maintenant on ne ferait plus jamais ça, de dire maintenant pour quelqu'un qui arrive pour une crise d'angoisse on ne va pas lui mettre 60 comprimés de 2mg d'alprazolam. Peut-être qu'on le faisait dans les années 90 mais...mais je trouve que là il doit y avoir une conscientisation qui commence à ce niveau-là. Et de dire, voilà...ou alors donner... qu'il existe de plus petits conditionnements avec 7 comprimés ou 5 comprimés et qu'il faut revoir le médecin traitant avant. Mais sortir avec une boîte de 30 comprimés de 50mg de tramadol Odis parce qu'on a une angine et parce que...ça ne va pas, c'est ça qui ne va pas ! Et qui je pense fait que ça rentre dans le langage quoi ! Le tramadol, comme je le disais tout à l'heure, tout le monde à quelqu'un qui a déjà pris du tramadol autour de soi quoi.

C : Et l'impact des firmes pharmaceutiques, pour toi, dans la prescription ?

MG9 : Mais moi je ne suis pas trop au courant de ça parce que nous on est un peu "anti"...enfin on est un peu "anti"...pas "anti" parce qu'il faut...sans firme pharmaceutique il ne se passe rien non plus mais...(Hésitations) En tout cas on n'a pas de délégué. Du coup on essaie d'avoir une...à nouveau les voies qu'on utilise beh c'est Prescrire, c'est Up To Date, à un moment c'était EBM Practice Net mais ce n'est pas toujours à jour. (Hésitations) Donc...donc voilà ! Moi j'ai pas

l'impression qu'il y a beaucoup de...Aux États-Unis c'était différent ! Ça je l'explique bien dans mon...ça c'était la partie de mon...il n'est pas super mon travail ! Je vais te l'envoyer mais t'attends pas à un truc de fou parce que je n'ai pas été très loin dans ma discussion mais, c'était là que j'avais vraiment bien moi je trouve, c'était de comparer la situation entre ce qui se passe aux États-Unis et ce qui se passe ici. Les Américains ils sont toujours 20 ans ou 30 ans en avance sur nous dans tout ce qui est nul. Et (hésitations)...beh l'Oxynorm aux États-Unis, là ça a été influencé mais je veux dire exagérément et la société elle vient d'être condamnée, c'était Purdue Pharma...

C : Oui !

MG9 : Elle vient d'être condamnée récemment, je pense à payer je ne sais pas combien de milliards de dollars... Mais là ils ont vraiment...c'était un article du monde diplomatique, super intéressant, où ils ont vraiment ciblé les poches de...de pauvreté et de chômage. Donc ils ont cartographié les États-Unis avec vraiment des endroits où il y avait le taux de chômage le plus élevé etc. Et ils ont payé des délégués, ils ont payé des médecins pour ouvrir des petites cliniques de la douleur. Où on a balancé de l'Oxynorm en fait. Ils ont vraiment fait la corrélation, avant tout le monde, entre le milieu socio-professionnel défavorisé, les difficultés financières et la douleur chronique quoi. Et ils ont vraiment instauré cette idée au sein des médecins de première ligne aux États-Unis que la douleur c'était comme une sorte de 6ème sens, qu'il fallait absolument la traiter, qu'on ne pouvait pas vivre avec la douleur etc. Donc c'est des trucs qui sont vraiment rentrés dans le langage à nouveau et...et ils ont fait leur marketing comme ça. Et puis ils ont fait explosé le marché. Mais donc c'est vraiment une pratique mafieuse quoi ! Et donc je pense, au moins heureusement en Europe on a quand même plus de régulation...mais voilà on n'est pas à l'abri de trucs comme ça mais je pense que voilà, moi je compare toujours par rapport à cela mais je trouvais que c'était une situation vraiment intéressante. Du coup je pense qu'on n'aura quand même pas une crise des opioïdes comme aux États-Unis où vraiment t'as des gens de la classe moyenne qui ont commencé à aller vers l'héro parce que leur médecin a arrêté de leur prescrire de l'Oxynorm quoi. Ça je ne pense pas qu'on aura ça, mais par contre je pense que les prescriptions de tramadol elles vont augmenter à vie quoi, j'ai l'impression que ça ne s'arrêtera jamais parce qu'en fait...(hésitations) oui, on n'a pas d'autre solution et que les gens ils ont mal et que...je ne sais pas.

C : Et qu'est-ce que tu penses du fait qu'on classe donc le tramadol comme un opioïde "peu puissant" ? Est-ce que tu crois que le fait qu'on dise "peu puissant" favorise la prescription ?

MG9 : Probablement oui. Le terme "faible" est mal choisi parce qu'en fait on devrait dire "opioïde fort ou faiblement dosé" si on voulait avoir...(hésitations) une dénomination correcte ! Moi je dirais que...(hésitations) je dirais que c'est mal choisi. Après je ne sais pas si c'est du lobbying pharmaceutique ou quoi. Mais oui, allez le tramadol on pourrait dire que comme ça ne devient pas de la morphine on pourrait encore imaginer que...on pourrait dire "faible". Mais par exemple la codéine ça c'est vraiment...et en Belgique on n'en a pas trop, enfin j'ai l'impression que c'est plus le tramadol le problème que la codéine, mais ça c'est vraiment de l'hypocrisie quoi. Parce que la codéine ça devient de la morphine donc ça ça n'a vraiment aucun sens. A la limite le tramadol on pourrait encore discuter, mais c'est un terme pour moi qui est mal utilisé oui.

C : Et qu'est-ce que tu penses de l'impact du fait qu'on se rende compte que les AINS ont aussi leurs effets secondaires ? Tu en parlais tout à l'heure, tu penses que ça joue sur la prescription de tramadol ?

MG9 : (Réflexion) Oui parce que je pense quand même que s'il est autant prescrit c'est pas non plus que des mauvais médecins. J'ai pas dit, je ne dis certainement pas ça, il y a quand même beaucoup de fois où c'est justifié et où c'est une bonne solution ! Parce que les AINS sont crapuleusement dotés d'effets secondaires, surtout au long cours et que les gens ne s'en rendent pas compte non plus ! Et qu'à nouveau c'est quelque chose...il y a...c'est toujours comme avec les morphiniques, il y a les immédiats et les à long terme. Et c'est comme ça que les AINS, les gens qui ont un estomac solide ils pourront manger de l'ibuprofène longtemps et en fait ils ne se rendent pas compte beh qu'il y a des effets rénaux, cardiaques etc. Souvent les gens disent "oh mais moi ça va, j'ai un bon estomac, j'ai jamais eu de reflux, j'ai jamais eu d'ulcère", et donc là c'est difficile à faire comprendre "oui mais non, c'est pas bon sur le long terme !" etc. Et donc, voilà. Oui je pense quand même que le tramadol pour quelqu'un qui est très cardiaque et qui a des grosses douleurs inopérables bin...ça reste un bon choix quoi !

C : Et par rapport au prix ? Le fait que ça soit un médicament qui est remboursé en grande partie, tu penses que ça joue dans ta population ou de manière générale ?

MG9 : Oui quand même, oui, oui, oui ! Si maintenant c'était moins remboursé...Après, je ne sais pas si faire payer les gens c'est la meilleure façon de les faire conscientiser. C'est comme on a vu avec le Pantomed, quand Maggie De Block a essayé de faire payer plus cher les plus petites que les grandes boîtes etc. Je ne suis pas certain que ça ait marché quoi. C'est juste que les gens allaient chercher deux ordonnances de 50 comprimés plutôt qu'une de 100...(hésitations) Oui, après oui, probablement que ça joue quand même parce que ça reste un truc pas très cher. Je ne sais pas c'est quoi le prix. Peut-être qu'il faudrait qu'il soit moins remboursé à partir d'une certaine période par exemple. De dire au-delà de 3 mois, au-delà de 6 mois il faudrait qu'il devienne peut-être plus cher...Mais non, mais je dis ça mais je ne pense pas que ce soit une bonne idée. (Hésitations) Oui...Après les benzos par exemple ça coûte très cher et les gens en mangent quand même beaucoup donc...voilà ! Je ne sais pas, j'ai pas trop de réponse à cette question.

C : Et si je te dis que parmi toutes les spécialités ce sont les généralistes qui prescrivent le plus de tramadol, qu'est-ce que ça t'évoque ?

MG9 : Ça me semble logique ! Parce que la douleur chronique elle est quand même chez nous. Et que la douleur elle est quand même chez nous juste après les urgences. Et que c'est nous qui voyons le plus les gens. Que ce soit pour renouveler des prescriptions à nous ou renouveler les prescriptions de quelqu'un d'autre, ce sera avec nous. Donc ça ne m'étonne pas qu'on soit les premiers prescripteurs !

C : C'est ça ! Et par rapport au risque de mésusage, est-ce que le mésusage c'est quelque chose que tu rencontres dans ta pratique concernant le tramadol ?

MG9 : Oui, oui, oui, oui, oui ! (Hésitations) A nouveau, moi j'ai un énorme biais c'est parce que voilà, j'ai été conscientisé via mon TFE. Et donc quand les gens me redemandent du Zaldiar ou du tramadol bin je vais compter quoi ! Et je pense que ça...je vais regarder "ah vous avez eu une boîte de 60, ah mais c'était il y a moins d'un mois, vous en prenez plus qu'un par jour ?" "oh oui, parfois trois parfois cinq !"...Et donc du coup moi j'essaie de faire attention, de dire "bah voilà, il y a un phénomène de tolérance, il y a un phénomène d'addiction quand même, il faut faire attention !" Et donc de dire "bah voilà si on se dit qu'on le donne c'est trois par jour, il ne faut pas passer à quatre parce que sinon alors il y a un risque de chute, il y a un risque de ça, il y a un risque de ça..." Mais sinon oui, je pense quand même par exemple pour le Zaldiar, c'est un truc comme il y a du paracétamol dedans les gens vont prendre quatre fois par jour, parfois deux d'un coup. Oui si, je pense qu'il y a un gros risque.

C : Et est-ce que tu as déjà eu des cas d'overdoses, de suicides, de décès, de falsifications d'ordonnance ?

MG9 : Non... de tentative de suicide en prenant une boîte de tramadol j'ai eu une dame qui a fait ça une fois et qui n'est pas morte. (Réflexion) Sinon, on ne m'a jamais volé de prescription, et je n'ai pas vu d'overdose.

C : Et je me demandais aussi, maintenant qu'est-ce que tu penses qu'on pourrait mettre en place ou au contraire qui existe déjà, pour permettre une prescription plus appropriée ? Toi qui connais bien le sujet !

MG9 : (Réflexion) Une prescription plus appropriée...Beh moi je pense qu'il faudrait qu'on...comme outil tu parles, je veux dire qui existe déjà ?

C : De manière générale, qui existe ou que tu penses qu'on pourrait mettre en place, à tous les niveaux ?

MG9 : Beh moi je pense qu'il faudrait sensibiliser les prescripteurs au sens large, que ce soit je dirais...allez...les généralistes et les urgences qui sont à mon avis les deux grands...Mais c'est surtout de dire...de faire un peu une campagne comme on a fait pour les benzos quoi. D'imaginer que les opioïdes ont des effets secondaires potentiellement graves à long terme et que...et que...vraiment faire un peu la même chose que les benzos. Je fais un peu cette comparaison-là parce que je trouve que nous on est super sensibilisé à cela et quand on voit que quelqu'un qui a 25 ans prend du Temesta en chronique on va lui dire "aaaah qu'est-ce que c'est que cette histoire !". Et par contre les gens qui prennent du tramadol moins quoi ! Et...(hésitations) alors que je pense que les deux sont potentiellement aussi dangereux. Et donc oui, il faudrait faire...moi je pense qu'il faudrait que ce soit un truc plutôt au niveau national, ou au niveau...en tout cas vraiment une conscientisation avec des campagnes assez larges vis-à-vis des patients et vis-à-vis des prescripteurs et disant "beh voilà le tramadol c'est quelque chose qui doit être prescrit en aigu ou en subaigu" et de voir, et de faire attention. Et que c'est souvent, en tout cas moi c'était la conclusion de mon TFE, que c'était souvent au niveau de la première ou de la deuxième prescription que cela se jouait quoi. De dire, avant que la situation soit complètement sclérosée et que les gens soient habitués et que c'est comme ça et que voilà tant pis. Que c'est au début et que donc au moment de la première boîte il y a un petit peu une mise en garde sans pour autant dire "ah vous allez mourir !" mais dire "voilà, faire attention, il y a quand même ce risque-là et ce risque-là. Et à la fin de la première boîte il faut revoir votre médecin traitant pour un peu réévaluer." Et de dire, bah de faire vraiment comme les benzos "voilà, il y a une boîte de 30 comprimés, à la fin de la boîte on va essayer de ne plus faire ça, on essaiera de trouver une autre solution, n'en prenez pas systématiquement trois par jour mais que quand vous avez mal". Et donc pour moi, oui, des prescripteurs et des patients. Mais c'est surtout je pense qu'il faudrait développer un truc qui fait que, je ne sais pas si c'est au niveau de la...du remboursement, je ne sais pas comment faire mais qui fait qu'il y aurait une espèce d'étape charnière à la fin de la première boîte pour qu'on revoie les gens, qu'on réévalue vraiment la douleur, qu'on réévalue les potentiels effets secondaires, ce que les gens ont compris ou pas compris du traitement. Et puis de dire...beh voilà, si maintenant c'est une prescription qui va être sur le long terme on le fait et tant pis ! Voilà c'est comme ça, parfois il y a quand même des cas. Et puis s'il faut on l'arrête à ce moment-là quoi. Je trouve que ce qui est dommage c'est que parfois il y a des gens qui le prennent sans pour autant avoir beaucoup d'effets, en ayant des effets secondaires qu'ils ne savent pas, en n'ayant pas énormément d'effets sur leur douleur mais qui vont le prendre peut-être des années.

C : Donc tu as parlé des généralistes, des spécialistes...au niveau des pharmaciens est-ce qu'il y aurait quelque chose à faire à ce niveau-là ?

MG9 : (Exclamation) Il y a quelque chose à faire au niveau des pharmaciens pour plein de médicaments ! Je pense qu'il y a des très bons pharmaciens qui vont conscientiser les gens, qui vont dire "ah tiens, ça c'est étonnant, il faudrait que vous en reparliez à votre médecin traitant" ou des choses comme cela. Et puis il y a des...puis il y a des pharmaciens qui vendent des crèmes hydratantes et des médicaments. Si, moi je pense que le pharmacien il a un rôle super important et super dur parce que parfois les gens viennent et ils n'en ont rien à secouer qu'on leur conseille, qu'on leur dise quelque chose. Mais voilà. Il y a de plus en plus de gens, vu que les médecins sont moins accessibles qui vont chez leur pharmacien et demandant "ah j'ai mal là, j'ai mal là qu'est-ce que je pourrais prendre ?". (Réflexion) Et il y a des bons pharmaciens qui vont conseiller peut-être rien et dire "moi j'irais voir votre médecin traitant" et puis il y a en a d'autres qui vont donner plein de trucs homéopathiques, plein de trucs voilà...sans ordonnance où les gens peuvent sortir avec 40 euros de médicaments. Mais si, moi je pense que les pharmaciens ça pourrait être intéressant, ça pourrait être un truc au niveau du logiciel des pharmaciens de dire Okay il y a un truc qui clignote tous les 3 mois par exemple. En disant "tiens ce patient-là ça fait trois mois qu'on lui prescrit des morphiniques". Je ne sais pas un petit pop-up qui dirait, je ne sais pas, j'invente, je ne suis pas dans...mais qui dirait "attention il faut en reparler à votre médecin traitant". Comme pour les benzos, je trouve qu'il y a moyen maintenant qu'on est dans l'ère du numérique et qu'on fait tout par téléconsultation, qu'on fait tout par Skype, qu'on fait des ordonnances électroniques etc. Il y a une possibilité sans pour autant avoir un contrôle des gens, il y a quand même une possibilité via le pharmacien que si c'est sa troisième boîte de benzos, sa troisième boîte de tramadol par mois, qu'il y ait une petite alerte disant "attention, il faut le lui en parler".

C : Oui, très bien. Voilà, moi j'arrive au bout de mes questions. Je ne sais pas si tu penses qu'il y a un thème, ou un point qu'on n'a pas abordé qui te semble important sur le sujet ?

MG9 : (Réflexion) Non, je trouve qu'on a... enfin je parle beaucoup ! (Rires)

C : (Rires) Non c'est très bien, c'est le but ! (Rires)

MG9 : (Rires) Je parle beaucoup donc à mon avis je dois avoir dévié sur d'autres trucs. J'ai l'impression que j'ai parlé quasiment de tout mon travail, je vais quand même te l'envoyer !

C : Ah je veux bien, oui, certainement !

MG9 : Si ça t'intéresse...(Réflexion) Attends, là je le relis. Donc j'avais fait une introduction sur ça, puis la sélection, puis les résultats et puis voilà. C'était...tu vas voir, c'est vraiment...ça n'a pas une grande envergure, mais voilà. Mes conclusions c'était que les patients sous-estimaient les doses journalières, les patients et les médecins sous-estimaient ce qu'ils prenaient, les gens ne connaissaient pas les effets secondaires ni le produit en soi. (Hésitations) Voilà. Alors les pistes de réflexion, en fait j'avais même développé une espèce d'outil...voilà je vais t'envoyer, tu vas lire !

C : Et c'était quel type d'outil ?

MG9 : Et bien c'était un questionnaire en fait, c'était un questionnaire. J'en avais fait un beau pour le jour de la présentation à l'oral, un truc qui se détache avec un petit scratch etc. Et où on en gros on dit "Okay va essayer d'évaluer ça, d'évaluer la prescription de tramadol, la prescription

chronique". Et alors c'était...deux questionnaires superposables où on divise en deux, le patient et le médecin répondent chacun de leur côté par écrit et puis on les superpose et on en discute quoi. Et donc les questions c'était pour le patient "Depuis combien de temps vous prenez une dose quotidienne du médicament ? Quelle dose ? Est-ce que la dose est identique ? Pour quel motif ? Est-ce que vous connaissez les effets secondaires ? Et en avez-vous déjà ressenti ?" Ça c'était six questions. Et puis pour les médecins c'était des questions superposables "Depuis combien de temps votre patient prend-il une dose quotidienne ? Et à quelle dose ? Pour quel motif ? A quelle dose estimez-vous l'utilisation journalière ? Quels effets secondaires votre patient a-t-il pu présenter en cours de traitement ?" Et donc ça, ça ramenait ça aussi, parce que pendant mon questionnaire sans être Sherlock Holmes j'avais fait remonter des gens qui avaient vraiment des grands effets secondaires et je leur avais dit "beh ça serait vraiment bien que vous en discutiez avec votre médecin traitant quoi". Donc, voilà.

C : Et est-ce que tu l'utilises dans ta pratique, le questionnaire ?

MG9 : Non !

C : Et pourquoi ?

MG9 : Bah parce que je pense quand même que je l'utilise inconsciemment en fait. C'est parce qu'en fait mon TFE, le sujet me plaisait bien, j'ai interviewé de chouettes gens et au fait au final j'avais un questionnaire avec cinq ou six questions, qui pouvaient être répondues "oui, 3 ans, 300mg, douleur à l'épaule, non" Fin de l'histoire. Mais en fait j'allais chez des gens, je buvais le café, je discutais avec eux une heure...moi c'est ce que je préfère en médecine générale, c'est causer. Et je discutais une heure avec les gens. Quand tu poses une question sur la douleur chronique, tu ouvres vraiment la boîte de Pandore et puis les gens se mettaient à expliquer plein de trucs, t'en avais même qui pleuraient. J'ai eu des réponses de dingue, des gens qui disaient "Oh mais moi j'ai mal que quand je vais travailler", "J'en prends que quand je travaille de nuit ". Enfin, tu comprends qu'ils prennent ça...comme une drogue quoi. Sans jamais juger, j'essayais vraiment de dire "Ah Okay, c'est intéressant ! Et du coup, vous prenez ça... ?" "Ah j'en prends que quand j'ai les enfants qui sont à la maison". J'ai vraiment eu des trucs...Alors que j'ai interviewé...je ne sais plus...vraiment pas beaucoup de gens. Et donc j'ai vraiment trouvé ça super intéressant, et ça m'a marqué ! Je pense que ça me marquera tout le temps. Et donc finalement développer ce questionnaire, développer l'outil, c'était un peu le but de mon TFE mais c'était un but un peu...je ne dirais pas faux mais c'était pour avoir quelque chose, et d'avoir un truc plus concret à présenter. Et ça je pense qu'ils avaient bien aimé. Puis j'avais bien défendu mon travail, j'avais fait un beau PowerPoint, j'avais bien expliqué les choses et voilà. Ils m'avaient dit "ta présentation est chouette, ton sujet est chouette mais t'as pas assez travaillé !" (Rires) Grosso modo c'est ce qu'ils m'avaient dit. Donc voilà. Non je ne l'ai pas utilisé parce qu'en fait c'est tellement resté que...qu'en fait je n'en prescris pas beaucoup, que je fais attention et donc voilà quoi !

C : Donc ce serait un moyen de faire émerger un questionnement du généraliste aussi. Comme tu dis, pas besoin de le faire à chaque fois mais plutôt de se reposer les bonnes questions quoi !

MG9 : (Exclamation) Oui je pense, je pense. Et puis ce travail-là je l'avais présenté dans un GLEM...et je l'avais présenté aussi à ma maison médicale. On a un peu des réunions de midi où on fait comme ça des petits points médicaux, enfin on prend un article, on le lit, on en discute. En formation continue. Une fois je l'avais présenté et je pense que tous mes collègues après ils ont eu aussi une vision de ça. Et donc nous on fait gaffe. Après je dis pas...je dis pas que je fais mieux qu'un autre, c'est juste que ton expérience personnelle te marque tu vois ! Si dans ta

première année d'assistantat t'a quelqu'un qui a mal à la tête et il avait une tumeur cérébrale, ce qui arrive...jamais, beh après tu vas faire des scans cérébraux à tout le monde ! Tu vois, c'est toujours comme ça, c'est en fonction de ce que tu apprends et en fonction de ce que tu vis. Et donc moi avec ce questionnaire-là, j'ai vraiment été interviewé des gens chez eux, c'était super intéressant...Et j'ai été marqué, vraiment vraiment marqué ! Du coup je crois que je n'en prescrirais jamais trop ! Donc je pense que pour étude...Je ne sais pas, tu fais du qualitatif j'imagine...

C : Qualitatif, oui !

MG9 : Donc ça c'est cool ! Je pense que mon expérience elle n'est pas...Enfin elle est super biaisée. Je l'ai déjà dit, mais je le redis...

C : Mais d'un autre côté tu as aussi plus creusé la question que d'autres personnes...

MG 9 : Bah ouais, moi ce qui m'intéressait dans mon travail c'était de faire un état des lieux, et c'est ça aussi, tu vas lire mon TFE il part un peu dans tous les sens. J'ai fait un état des lieux un peu historique, pharmacologique, puis après j'ai pris des données belges, puis après j'ai essayé de développer un questionnaire...C'est un peu une soupe où surtout je pense que surtout l'introduction est intéressante. (Rires) Donc oui le questionnaire je ne l'utilise pas mais du coup il m'a marqué et je fais plus gaffe quoi.

C : Et bien un grand merci à toi !

Hors enregistrement :

- "Le manque de temps en consultation pour la douleur chronique, je crois que ça c'est vraiment l'élément clé. C'est que si on veut entre guillemets "bien faire les choses" il faudrait prendre 45 minutes par patient. "

- "Après voilà, c'est parce que du coup j'ai fait des recherches, j'ai fait un travail...et puis quand on voit ce qui se passe aux États-Unis. Je pense quand même qu'on ne va pas en arriver-là mais c'est exagéré quoi, c'est vraiment exagéré !"

ENTRETIEN MEDECIN GENERALISTE 10

Chercheur : Pour commencer l'entretien, est-ce que tu pourrais me parler un petit peu de ton parcours de généraliste ? Comme ça ça m'aide un petit peu à te cerner et à comprendre ta position ?

Médecin généraliste 10 : (Hésitations) Donc, j'ai fait mon assistanat à *[ville de la province de Namur]*. La première année j'ai fait mi-temps chez un médecin, mi-temps chez un autre ; qui étaient tous les deux sur *[ville de la province de Namur]*. J'avais une maître de stage et un maître de stage. (Réflexion) Qui étaient quand même relativement âgés. Donc ma maître de stage avait plus de 60 ans et mon maître de stage avait 55 ans... quelque chose comme ça. Patientèle variée, quand même, assez importante donc volume assez important de patients. Ce qui veut dire pas mal de boulot (rires), en tant qu'assistante ! Milieu rural donc avec quand même une grande diversité de choses, j'ai l'impression qu'on fait peut-être plus de choses en tout cas qu'en milieu urbain on va dire. Donc ça veut dire (hésitations)...petits actes techniques quoi, infiltrations etc., ce genre de choses. Et puis...moi je suis liégeoise donc je ne suis pas du tout originaire de la région dans laquelle je me suis installée. Et puis beh j'aimais bien la région de *[ville de la province de Namur]* et j'avais envie de m'installer dans la région et donc moi j'ai mon cabinet sur *[commune de la province de Namur]*, donc c'est entre *[ville de la province de Namur]* et *[village de la province de Namur]*. Je ne sais pas d'où tu viens en fait ?

C : Bruxelles ! Mais je vois où c'est, quand même ! (Rires)

MG10 : Voilà ! (Rires) C'est dans le Condroz quoi ! Et donc voilà, je me suis installée en solo à *[commune de la province de Namur]*. En solo parce que...beh ma maître de stage m'avait proposé de m'associer avec elle. Mais voilà, je ne sais pas pourquoi -pourtant je m'entendais bien avec elle- je ne le sentais pas trop. Et mon autre maître de stage avec qui j'ai fait ma deuxième année à temps plein lui venait de s'associer donc c'était pas au programme pour lui, il n'avait pas la place non plus. Et puis voilà, et puis j'avais envie de me lancer en solo, c'est peut-être un peu fou (rires), mais voilà, finalement d'être son "propre patron" entre guillemets c'est sûr que ça a des inconvénients. Parce que voilà, tu partages moins de choses, les idées sont peut-être moins...Mais ça a ses avantages aussi et moi je me retrouve bien là-dedans quoi. Donc voilà je travaille depuis octobre 2019, à mon compte, et voilà ça se passe bien, la patientèle se développe. Je suis arrivée dans un village où il n'y avait plus de médecin depuis 3 ans. Donc en fait *[commune de la province de Namur]* est plusieurs petits villages et y'avait des médecins qui sur *[village de la province de Namur]* qui fait partie de *[commune de la province de Namur]* mais qui est de l'autre côté d'une nationale. Donc au niveau géographique c'est pas tout à fait la même chose. Et donc voilà, c'est vrai qu'il faut le temps que les patients reprennent l'habitude de se dire "bah y'a un médecin dans la région, tout près" etc. Mais voilà, ça se passe bien. Ma patientèle est quand même assez variée. J'ai quand même pas mal de jeunes évidemment, pas mal d'enfants mais j'ai aussi des personnes plus âgées. Voilà je crois que c'est relativement varié quand même au niveau du type de ma patientèle.

C : Et pour mes statistiques, ton âge ?

MG 10 : J'ai 28 et je vais bientôt avoir 29 en janvier ! (Rires)

C : (Rires) Et je me demandais si tu avais des centres d'intérêts particuliers ou des formations particulières ? Ou si, voilà, tu faisais de tout ?

MG 10 : Alors je fais de tout mais j'ai un attrait particulier pour la gynéco. Je travaille en planning familial une fois par semaine. Ça c'est vraiment mon dada on va dire, la gynéco. J'ai un attrait aussi particulier pour les assuétudes. La toxicomanie en particulier. J'ai pas de formation particulière, j'ai suivi un ou deux modules à ce sujet, mais on suivait quand même pas mal de toxicomanes dans mon lieu de stage et... (hésitations) j'ai un attrait aussi particulier pour les soins palliatifs. Voilà, pour lesquels j'ai fait mon stage au choix, donc au moment où on pouvait choisir des stages, j'ai fait deux mois en soins palliatifs à Saint-Jean et c'est vrai que c'est toujours un sujet qui m'a intéressé etc. Donc voilà !

C : Okay ! Pour rentrer dans l'entretien, est-ce que tu pourrais me raconter la dernière consultation où tu as prescrit du tramadol ? Ou une des dernières ?

MG 10 : Alors, je ne prescris pas souvent du tramadol (rires). En général quand j'en prescris c'est vraiment quand il y a des grosses douleurs ou si c'est un traitement qui peut-être est déjà mis en place en post-opératoire, ou quelque chose comme cela. Ce qui m'arrive plus souvent c'est de prescrire plutôt du tramadol/paracétamol, donc la combinaison des deux, Algotra. Et donc ça en général quand je le prescris, j'ai pas de consultation qui me revient comme ça pour l'instant, mais en général si je le prescris c'est quand on a déjà essayé quelque chose qui n'a pas fonctionné. Si on a essayé du paracétamol ou un anti-inflammatoire seul qui n'a pas donné des résultats suffisants pour le contrôle de la douleur. Ou vraiment quand c'est des douleurs vraiment très très importantes comme... (hésitations) je ne sais pas...des grosses lombalgies pour essayer de passer le cap. En général c'est dans ces cas-là que je le prescris.

C : C'est ça, donc plutôt pour des indications ostéo-articulaires ou tu vois d'autres cas dans lesquels tu pourrais prescrire ?

MG 10 : La plupart du temps c'est effectivement pour des affections de ce genre, ça m'est déjà arrivé d'en prescrire pour des abcès dentaires, voilà chez des gens qui sont vraiment vraiment très inconfortables. (Réflexion) Je me souviens d'un patient... mais là ça sort un petit peu hors du champ mais c'est vrai que je me souviens d'un patient que j'avais vu en garde, qui avait des grosses douleurs abdominales et qui avait déjà été multi-exploré, donc il avait un scanner récent et des douleurs vraiment très importantes. Et là je pense que je lui avais prescrit du Tradonal Odis il me semble, pour le contrôle de la douleur. Mais voilà.

C : Et parmi tous ces patients, est-ce que tu as l'impression qu'il y a un profil particulier qui ressort, en termes d'âge, de sexe, de milieu socio-économique ? Quel est ton avis sur la question ?

MG 10 : Parmi les patients qui prennent du tramadol ? (Hésitations) Beh je dirais que l'usage chronique de paracétamol...euh de tramadol pardon, c'est souvent dans les douleurs chroniques. Ça ressort quand même souvent dans les douleurs ostéo-articulaires, souvent les lombalgies, c'est vrai que c'est quand même ce qu'on rencontre le plus fréquemment dans les patients qui en prennent de façon régulière. J'ai notamment en tête l'exemple d'un patient que je ne suis plus mais que je suivais à *[ville de la province de Namur]*. Et c'était typiquement le patient dépendant, je pense vraiment, pour des lombalgies chroniques. Un patient relativement jeune, une quarantaine d'années, qui travaillait toujours, qui avait un boulot quand même relativement physique, il était garagiste, carrossier je pense. Et voilà, c'est un patient qui se plaignait de douleurs lombaires et chez qui les anti-inflammatoires ou le paracétamol ne suffisaient plus quoi. Donc je crois pas qu'il y ait réellement un lien socio-économique avec la prise de paracétamol...de tramadol, décidément ! Par contre ce qui est peut-être vrai c'est que les personnes un peu plus limitées au niveau des moyens financiers, auront peut-être plus de mal à faire d'autres choses. On sait que dans les

douleurs chroniques il y a peut-être d'autres choses à faire : de la kiné, de l'ostéo...parfois d'autres choses, voilà, des choses un peu plus sur le côté relaxation...ce genre de choses. Il n'y a rien à faire, ce sont des choses qui ne sont pas remboursées, contrairement au tramadol...Tramadol ça coûte...peut-être qu'une boîte c'est cinq euros. Si tu dois faire quinze séances de kiné c'est sûr que...c'est autre chose ! Mais voilà, c'est peut-être le seul lien possible que je vois maintenant. Voilà ! Je ne sais pas si ça répond à ta question (rires) !

C : Oui, oui, tout à fait ! Et est-ce qu'au contraire, tu as l'impression qu'il y a des patients auxquels tu évites de prescrire du tramadol ?

MG 10 : Probablement des patients qui ont déjà...un profil (rires), peut-être un petit peu...un profil addictif on va dire. Des patients qui prennent peut-être des choses pour dormir par exemple. Des benzos qu'ils prennent pour dormir et dont ils ont du mal à se défaire. Je serais peut-être plus réticente à leur prescrire un antalgique un peu plus fort. Maintenant tout dépend de la situation, tout dépend de la situation ! C'est sûr que je ne vais pas les laisser avoir mal non plus. Mais je serai peut-être plus prudente en leur répétant bien que c'est un traitement plus aigu de quelques jours le temps de passer le cap et puis que c'est un traitement qui doit s'arrêter quoi !

C : Et donc tu le fais plutôt au feeling ou tu as des outils de screening pour te dire "telle personne n'est pas une personne à laquelle je dois prescrire du tramadol" ?

MG 10 : (Hésitations) Plutôt au feeling (rires) ! Clairement !

C : Et donc tu parlais ici de la forme Odis, du Zaldiar...Sous quelle forme est-ce que tu prescris habituellement le tramadol ?

MG 10 : (Hésitations) Tout dépend des circonstances. Si c'est une douleur aiguë et un traitement de vraiment de courte durée, que je sais vraiment court, ce sera plutôt une forme Odis, pour un soulagement le plus rapide possible. Si c'est des patients...(hésitations) beh j'ai en tête justement un jeune patient paraparétique, qui a commencé à développer des douleurs au niveau des membres inférieurs. Chez qui j'ai mis en place du tramadol retard plutôt. Voilà, parce que je sais que c'est un patient qui aura des douleurs probablement un peu plus sur le long terme et c'est un patient que je veux soulager la journée pour qu'il puisse faire sa kiné etc. Et donc dans ce cas-là j'avais mis plus une forme retard. Mais ça dépend, ça dépend vraiment du contexte.

C : Et tu parlais du...pas du Zaldiar mais...de l'Algotra. Qu'est-ce que tu penses de l'Algotra toi ?

MG 10 : Je trouve que ça peut être utile dans certains cas. Quand c'est une douleur qu'on n'arrive pas à contrôler et qu'on a envie...Moi je l'utilise souvent un peu entre-deux, entre le paracétamol et le tramadol. Quand j'estime que paracétamol seul ce ne sera peut-être pas suffisant mais le tramadol sera peut-être un petit peu trop fort. Et donc pour faire un petit peu un entre-deux, voilà, j'ai tendance à prescrire l'Algotra dans ces cas-là.

C : Et tu prescris à quelle posologie initialement ?

MG 10 : En général...en général j'ai tendance à ne pas prescrire une posologie précise. J'explique aux gens que c'est vraiment pas un traitement de fond, mais que c'est un traitement qu'ils doivent prendre quand ils ont des douleurs. Donc un comprimé maximum trois fois par jour.

C : C'est ça, et quelle dose ?

MG 10 : (Hésitations) Un comprimé, 37,5/325mg, en général.

C : C'est ça, d'Algotra alors ! Et quand tu prescris alors le tramadol tel quel ?

MG 10 : 50 trois fois par jour maximum.

C : D'accord. Et en termes d'effets indésirables, quelle est ton expérience de généraliste ?

MG 10 : (Hésitations) Principalement vertiges, troubles digestifs : nausées, vomissements, et parfois l'impression d'être un peu "dans le gaz" entre guillemets (rires), c'est ce que les patients rapportent en général.

C : Et comment est-ce que tu introduis le médicament ? Quelles sont les précautions, les informations que tu transmets à tes patients ?

MG 10 : Donc en général je leur dis toujours que ça peut-être un médicament qu'ils peuvent ne pas supporter. Donc vis-à-vis de ces effets indésirables-là. Donc en général je leur dis qu'ils peuvent avoir des vertiges, qu'ils peuvent avoir des nausées. Je leur dis que c'est déconseillé de conduire. Donc c'est vrai qu'en général si j'ai des patients qui sont douloureux mais qui continuent à travailler, alors dans ce cas-là en général je leur conseille de le prendre plutôt le soir, avant d'aller dormir et de ne pas le prendre en journée. Ça c'est quand même quelque chose que j'ai tendance à dire à chaque fois. Et voilà, que c'est vraiment un traitement de crise on va dire et que c'est pas quelque chose qu'il faut garder sur le long terme.

C : C'est ça ! Et tu dirais que c'est un médicament relativement sûr, le tramadol ?

MG 10 : (Réflexion) De mon expérience j'ai jamais eu de gros effets indésirables. Dans le sens vraiment effet important hépatite ou insuffisance rénale ou ce genre de chose. Voilà, après je...je connais le danger du côté addictif et du fait qu'on peut vite basculer vers un...un côté où on en a besoin et où les patients ont du mal à s'en défaire.

C : Et pour quelle durée est-ce que tu prescris initialement le tramadol ?

MG 10 : C'est rare quand je le prescris plus de sept jours. Dans les cas vraiment aigus...dans les cas chroniques, là, c'est différent ! Mais tout dépend, dans les cas chronique ça peut-être plus long tout en essayant de préciser que la durée doit être la plus courte possible. Que c'est vraiment pour essayer de passer le cap quoi !

C : Et tu as beaucoup de patients qui sont sous tramadol de manière chronique ? Qu'est-ce que tu dirais ?

MG 10 : Non, j'ai pas l'impression d'en avoir beaucoup...(Hésitations) Beh j'ai ce patient paraparétique-là qui a le tramadol depuis quelques semaines. J'avais un patient qui prenait depuis quelques semaines aussi, un problème de neuropathie au niveau du membre inférieur gauche. Mais qui l'a arrêté. (Hésitations) J'ai un patient qui a des lombalgies chroniques aussi, chez qui on a essayé plusieurs médicaments. Il a eu du tramadol tout un temps, puis on l'a arrêté, puis un spécialiste l'a remis (rires), donc voilà. Mais j'ai pas l'impression d'avoir énormément de patients qui soient sous tramadol de façon chronique.

C : Et comment est-ce que tu organises le renouvellement d'une prescription de tramadol ?

MG 10 : (Hésitations) C'est vraiment très rare quand je fais la prescription sans voir les gens. Donc en général s'il y a un renouvellement c'est en consultation et avec une réévaluation de l'efficacité du médicament et de l'utilité du médicament.

C : Et dans quelles proportions est-ce que tu as l'impression que c'est toi l'initiatrice du tramadol ou au contraire que c'est un autre confrère ?

MG 10 : (Hésitations) Difficile à dire, je dirais 50-50 (rires) !

C : Et quand ce n'est pas toi, c'est quel type de confrère ?

MG 10 : Orthopédiste ou rhumatologue ! Principalement, j'ai l'impression.

C : Et tu renouvelles différemment quand c'est toi qui a initié versus un confrère ?

MG 10 : (Réflexion) J'ai pas l'impression, non !

C : Et tu parlais de plusieurs patients qui ont arrêté le tramadol, comment est-ce que tu organises l'arrêt ?

MG 10 : Oui ! (Hésitations) Et bien (rires) pour le coup, (rires), pour le coup ils l'ont arrêté un peu d'eux même. Donc j'avais un patient avec des problèmes moteurs au niveau du membre inférieur et de lui-même en fait il a réduit les doses, progressivement et jusqu'à n'avoir plus qu'une dose le soir et puis quand il s'est senti beaucoup mieux il l'a arrêté en fait. Mais en général voilà, c'est plutôt un schéma dégressif !

C : Okay ! Et ce qui m'intéresse beaucoup c'est que depuis plusieurs années la prescription augmente en Belgique, et je me demandais si (hésitations) tu avais expérimenté cette tendance au sein de ta pratique ?

MG 10 : (Hésitations) J'ai pas beaucoup de recul évidemment en la matière (rires) ! (Réflexion) Je crois peut-être que les médecins sont plus sensibilisés au contrôle de la douleur. Et peut-être..., ce qui est bien, ce qui est une bonne chose parce que y'a un meilleur contrôle de la douleur des patients, mais peut-être pas assez sensibilisés aux autres choses que les gens peuvent mettre en place en plus. C'est toujours la même chose : donner un médicament c'est "facile", prendre un médicament c'est "facile" entre guillemets, maintenant une fois que les gens doivent mettre en place d'autres choses ça devient beaucoup plus compliqué évidemment. Ça veut dire faire de la kiné, ou...voilà aller voir un spécialiste pour aider à diminuer les doses, faire d'autres choses sur le côté, c'est peut-être la gestion du stress aussi qui influence fort la douleur...C'est pas toujours facile parce que je crois que ça prend du temps aussi. Amener les gens à se dire "oui j'ai une douleur qui est là depuis plusieurs années mais est-ce qu'il n'y a pas des choses qui favorisent cette douleur ? Comme "je suis stressée", "je suis déprimée parce que je ne travaille plus depuis des mois". Et il y a parfois cet aspect-là aussi à explorer ! Et ça prend du temps en consultation de discuter de ça avec les gens et c'est pas toujours évident d'avoir ce temps pour les amener à ça quoi ! C'est beaucoup plus facile évidemment et moins énergivore de prendre dix minutes pour renouveler une boîte de tramadol que de leur dire "vous savez il y a peut-être d'autres choses aussi ! Je ne suis pas contre represcrire votre médicament mais voilà il y a peut-être d'autres choses aussi à explorer pour vous aider quoi !".

C : Okay ! Et est-ce que tu penses qu'il y a d'autres explications à cette augmentation ?

MG 10 : (Réflexion) Peut-être que...(hésitations) les gens sont mieux informés aussi, "informés" entre guillemets. Dans le sens où ils recherchent peut-être plus sur internet ou ce genre de choses et du coup ils vont dire peut-être parfois à leur médecin directement "j'ai vu sur internet qu'il y avait un chouette truc qui pouvait m'aider, voilà, le tramadol par exemple". Voilà, je pense que ça joue probablement aussi !

C : D'accord ! Et quel est l'impact, tu penses, de ta formation médicale ou médicale continue dans ta prescription de tramadol ?

MG 10 : (Hésitations) Je pense que je suis peut-être fort sensibilisée à la douleur en général. De par mon intérêt pour les soins palliatifs parce que là-bas c'est quand-même les soins de confort et donc que les gens soient le plus confortable possible. (Hésitations) Maintenant je pense qu'on est aussi sensibilisés à la surprescription. Et aussi le fait de m'intéresser à la toxicomanie fait que je suis peut-être un peu plus sensible au risque addictif de ce genre de molécule. Maintenant je ne dis pas du tout que je suis toujours super attentive et que... Je sais qu'il y a des gens qui sont accros aux médicaments, ça je le sais ! Et c'est difficile de les faire arrêter et ce n'est pas toujours facile non plus de leur dire "là, j'arrête, je ne vous prescris plus votre médicament". Mais peut-être que je suis un peu plus sensibilisée à ça.

C : C'est ça ! Et quel est l'impact des firmes pharmaceutiques sur la prescription de tramadol, d'après toi ?

MG 10 : (Réflexion) (Rires) L'impact des firmes pharmaceutiques est en général assez important je pense. Maintenant personnellement...(hésitations), moi je vois les délégués par exemple, et je ne me rappelle pas avoir vu beaucoup de délégués sur le tramadol en général...en particulier. C'est tellement quelque chose qui est courant (rires) et bien connu que j'ai l'impression qu'ils n'insistent pas spécialement dessus. Maintenant peut-être plus auprès des patients, peut-être plus auprès des pharmacies...je ne sais pas. Mais en tout cas j'ai pas l'impression d'être très influencée à ce niveau-là, sur la question spécifique du tramadol.

C : Et quel est l'impact selon toi de la classification du tramadol dans les opioïdes mais "peu puissants". Est-ce que tu crois que ça a un impact sur sa prescription ?

MG 10 : Qu'est-ce que tu veux dire par là ?

C : Qu'on dise que c'est un morphinique, mais classé comme étant "peu puissant" par rapport à la morphine, à l'Oxycontin... ? Est-ce que tu crois que ça joue ou pas spécialement ?

MG 10 : (Réflexion) Oui certainement. (Hésitations) D'une façon double peut-être. Le fait qu'on dise que c'est un opioïde ça permet peut-être d'avoir aussi une espèce de...(hésitations) de prise de conscience sur le fait que c'est pas un bonbon, clairement ! Après c'est sûr que le fait qu'il soit classé comme palier 2, on se dit "bah voilà, on est un peu entre deux, je ne prescris pas de la morphine mais je prescris quand même quelque chose d'un peu plus puissant que le paracétamol". Donc peut-être que dans notre esprit il est moins dangereux qu'un Oxycontin ou quelque chose comme ça quoi !

C : Et quel est l'impact selon toi de la prise de conscience récente des effets secondaires des anti-inflammatoires ? Est-ce que ça joue dans la prescription ?

MG 10 : Probablement ! Oui, certainement, oui, oui. A mon avis oui. Parce que peut-être si avant on avait tendance à donner...je ne sais, trois semaines d'anti-inflammatoires pour des lombalgies, maintenant une semaine c'est déjà pas mal. Et si les gens se plaignent encore après une semaine on ne va peut-être pas oser continuer l'anti-inflammatoire. Et donc pour ne pas laisser les gens comme ça on va peut-être avoir tendance à devoir passer à du tramadol par exemple, à la place de l'anti-inflammatoire. Donc oui, certainement, ça joue probablement un effet là-dessus.

C : Et tu parlais au début de l'entretien du prix du tramadol ? Quel est l'impact ?

MG 10 : C'est sûr que le fait que ce soit un médicament bon marché fait que, bah, je trouve que c'est bien qu'il soit bon marché. Parce que dans certains cas il est utile, certainement, mais encore une fois...J'ai pas l'impression en tout cas qu'on doive augmenter le prix du tramadol. J'ai plus l'impression qu'on doit accorder des remboursements plus importants aux gens sur certaines autres thérapies alternatives. Allez, prenons l'exemple de la fibromyalgie. Ça c'est vraiment l'exemple typique de personnes à qui on préfère dire "prenez du tramadol tous les jours" plutôt que de leur rembourser leurs séances de kiné quoi. Bon c'est un exemple un peu... bateau on va dire, mais ça paraît tellement illustrer les choses. C'est sûr que ça coûte moins cher de prescrire une boîte de tramadol que de rembourser 60 séances de kiné par an. Voilà, tout simplement.

C : Oui, c'est très intéressant ce que tu dis ! Et je me demandais s'il y avait un impact du type de pratique : solo, association, maison médicale...Est-ce que ça joue ?

MG 10 : Je pense que peut-être que ça joue... (longues hésitations) parce que peut-être que quand on travaille en maison médicale...j'ai fait des stages en maison médicale, 2 mois à Namur dans une maison médicale au forfait, et 2 mois dans les Ardennes dans une maison médicale à l'acte. Et peut-être les médecins sont...maintenant c'est peut-être vraiment pas correct ce que je dis et c'était peut-être parce que c'était une maison médicale comme cela...mais en tout cas la maison médicale à Namur ils étaient quand même vraiment fort aussi dans un quartier très pauvre quand même, très précarisé. Et donc fort attentifs aussi à tout ce qui était assuétudes, en général. Et donc peut-être plus attentifs aussi à l'abus de substances du genre du tramadol ou Dafalgan codéine ou des choses comme ça ! Donc peut-être, ils sont peut-être plus sensibilisés en maison médicale. Mais j'en sais rien, c'est juste selon mon expérience, mais c'est peut-être vraiment une généralité qui n'est pas correcte, mais peut-être que ça influence là-dessus oui, c'est possible.

C : Et si je te dis que parmi toutes les spécialités, donc ce sont les généralistes qui prescrivent le plus de tramadol, qu'est-ce que cela t'évoque ?

MG 10 : Ça ne m'étonne pas (rires) ! Ça ne m'étonne pas parce que...(hésitations) déjà on a une catégorie de patients très importante, très large. Donc on voit des jeunes mais on voit des plus âgés aussi. On est souvent le premier recours, aussi hein. Bon si quelqu'un a mal au dos il ne va pas d'abord aller voir son spécialiste, il va d'abord aller voir le généraliste. Et souvent on va essayer de faire notre possible avant d'envoyer chez un spécialiste. Donc ça veut dire qu'on aura déjà essayé un traitement antalgique, déjà des séances de kiné avant d'envoyer chez le spécialiste. (Hésitations) On connaît bien nos patients aussi. Ce qui veut dire que... (hésitations) chez des gens qu'on ne voit pas souvent par exemple ou qu'on sait qu'ils ne se plaignent pas facilement on aura peut-être tendance, s'il y a une grosse douleur qui est difficilement contrôlable peut-être à

taper un peu plus fort parce qu'on connaît nos patients. (Hésitations) Je pense que c'est...oui, plusieurs éléments qui font qu'on est les plus gros prescripteurs !

C : Et que penses-tu du risque de mésusage du tramadol ? Tu l'as déjà un petit peu abordé. Est-ce que tu as des patients qui l'utilisent de manière inappropriée ?

MG 10 : Oui je pense à un patient particulier, mais qui a déjà fait un gros progrès (rires) ! Donc c'est un patient qui a une maladie de Behçet et qui est en chaise depuis plusieurs années et qui était auparavant sous trois injections de morphine 10 mg par jour, sous Durogésic aux alentours de 100 ou quelque chose comme ça...Et donc depuis plusieurs années hein, ce patient était sous ce traitement depuis plusieurs années. Et...il a fait un gros problème cet été et il a été hospitalisé pendant plusieurs mois. Et donc là ils ont fait un sevrage et ils ont remis un peu de tramadol à la place (rires). Et donc voilà, c'est un patient chez qui malheureusement j'ai dû un peu augmenter les doses de tramadol. Un peu...voilà parce que j'avais pas envie qu'il recommence la morphine. Bon après ça reste un opioïde aussi le tramadol, j'en ai bien conscience ! Mais entre trois injections de morphine par jour et un Durogésic, et un tramadol, voilà j'aurais tendance (rires) à privilégier le tramadol ! Donc là j'ai dû augmenter les doses à la dose maximale de 400 mg par jour. Mais voilà, c'est un peu un entre-deux, c'est un patient qui est quand même fort demandeur, qui m'a déjà demandé plusieurs fois que je lui represcrive de la morphine, ce que j'ai toujours refusé jusqu'à présent. Donc voilà, je sais qu'il en abuse, et...(hésitations) j'en suis consciente mais voilà, c'est un peu un équilibre entre les deux quoi.

C : Et as-tu déjà eu des cas d'overdoses, de suicides ou de décès liés au tramadol ?

MG 10 : Heureusement non, jamais jusqu'à présent ! (Exclamation)

C : Et de cas de falsifications d'ordonnances, de trafic ?

MG 10 : Oui, ça m'est déjà arrivé une fois, mais pas avec du tramadol, avec du Valtran. Donc oui, une patiente âgée, (hésitations) donc j'avais prescrit un petit flacon de Valtran et elle a changé l'ordonnance (rires) et mis un gros flacon. Voilà !

C : D'accord ! Et ma dernière question est de savoir ce qu'on pourrait mettre en place ou qu'est-ce qui existe déjà et qu'on pourrait encore plus développer pour assurer une prescription plus appropriée de tramadol. Tu as déjà évoqué plusieurs pistes, je ne sais pas si tu as d'autres idées ?

MG 10 : Je pense que ça doit être un effort collectif. Un effort qui vient d'abord du fédéral je pense. Comme on en a déjà discuté, avec un meilleur remboursement pour d'autres choses et valoriser d'autres thérapies qui peuvent être tout aussi efficaces. Et voilà, les valoriser aussi auprès des médecins. Une meilleure formation, certainement. Je crois que notre génération est quand même relativement au courant du mésusage possible et des effets secondaires possibles, j'ai l'impression en tout cas. Mais voilà, je crois qu'il ne faut pas hésiter à retaper sur le clou etc. Et (hésitations) peut-être des formations aussi sur les alternatives, les alternatives et le sevrage. Ça me paraît être des choses importantes.

C : Et au niveau du médecin généraliste. Qu'est-ce qu'on pourrait faire, d'après toi ?

MG 10 : (Réflexion) La formation, certainement, des médecins généralistes. (Hésitations) Mais aussi peut-être des "campagnes" entre guillemets pour aider le généraliste à faire prendre conscience aux patients aussi que les médicaments qu'ils utilisent ne sont pas toujours sans

danger. Et moi quand je prescris un médicament les gens ont tendance à toujours me demander “est-ce qu’il n’y a pas d’effets secondaires etc”. Et je rappelle souvent quand même qu’un médicament reste un médicament, et donc qu’il peut y avoir des effets secondaires, dans tout médicament, qu’on prenne une pilule ou un paracétamol. Voilà, ça reste des médicaments qui sont de la vie de tous les jours mais ça reste des médicaments, et chez tout médicament il peut y avoir des effets secondaires. Et parfois les gens n’ont pas toujours conscience de ça, je crois.

C : Et au niveau des spécialistes ?

MG 10 : (Réflexion) Au niveau des spécialistes...je crois qu’une meilleure communication peut être utile. Parce que par exemple le patient avec sa lombalgie chronique là, il a eu du tramadol pendant plusieurs semaines voire peut-être même plusieurs années. Puis le tramadol a été arrêté. Et en fait quand ce patient est allé chez le rhumatologue, bah le rhumatologue n’avait pas cette info, que le patient avait déjà été sous tramadol et qu’il avait tendance à en abuser. Et en fait il l’a remis sous tramadol (rires), donc peut-être une meilleure communication à ce niveau-là, que le spécialiste puisse avoir cette info aussi de “il faut faire attention à ce patient-là parce qu’il a déjà eu des soucis par le passé”. Et c’est pas toujours facile non plus, de le faire passer au spécialiste quand on fait un mot par exemple, parce que le patient est susceptible de le voir. C’est un peu pareil, comme pour l’alcool. Parfois c’est compliqué de mettre sur le petit mot que tu fais au spécialiste bah “alcool + +”, si tu donnes ça au patient après, c’est pas super cool quoi ! Donc il faut réfléchir à la façon aussi dont l’information peut être transmise au spécialiste.

C : Et tu parlais justement de ce genre d’info d’abus, dans tes dossiers à toi, comment est-ce que tu mets en évidence pour certains de tes patients qu’il y a peut-être un risque ou qu’il y a bien un risque d’abus ? Est-ce que tu as un élément de santé ou tu mets une note ? Comment ça se passe ?

MG 10 : J’avoue que j’ai jamais réfléchi à cette question (rires) ! Parce que du coup moi je le sais (rires). Mais c’est vrai que je devrais penser à le noter dans le dossier ou dans le réseau santé wallon. Mais je ne sais pas s’il y a une possibilité de le faire via le Sumehr. Mais (hésitations) peut-être ça pourrait être quelque chose à réfléchir via le Sumehr, mais une partie que le patient ne pourrait pas consulter alors. Mais du coup qui pourrait être accessible à tous les spécialistes.

C : Et dans quelle mesure est-ce que c’est embêtant pour toi que le patient se rende compte que tu soulignes ça finalement, dans son état ?

MG 10 : (Longue réflexion) Ça n’est peut-être pas un problème pour tous les patients, je crois que tous ne sont pas contre l’idée, et en général dans la plupart des cas c’est vrai que quand on aborde la question de façon plus ou moins délicate on va dire, (hésitations) en essayent d’amener progressivement le patient à se rendre compte qu’il y a un usage problématique. Mais tous ne sont pas au même niveau. Et donc (hésitations) par exemple pour l’alcool, par exemple, ça sort un peu du cadre mais c’est parce que c’est un exemple qui me vient en tête. J’ai un patient qui est alcoolique et qui est complètement dans le déni de ça. Et je sais que...bon j’ai déjà abordé plusieurs fois la question avec lui, lui il dit qu’il a une consommation modérée, moi je sais par les infis qui passent régulièrement qu’il a une consommation pas modérée (rires)...Mais je sais que si je le note sur un papier de spécialiste je sais que ce patient va le prendre mal, je sais qu’il va être vexé que je dise ça. (Hésitations) J’ai notamment ce patient qui a des lombalgies chroniques chez qui on a remis le tramadol etc. C’était un patient de mon maître de stage et quand il a lu un rapport d’un spécialiste, bon pour moi les patients ont droit à leur dossier donc s’ils me demandent un rapport je vais le leur donner, et dans le rapport de ce spécialiste il notait que le médecin traitant avait dit qu’il y avait un abus de benzos. Et donc le patient n’était pas très

content (rires) par rapport à ça ! Donc je pense que c'est pas un problème de dire "bah je pense que vous avez une consommation excessive de ce médicament" mais y'a la façon de le dire quoi. Si le patient voit noté dans son dossier "abus d'opioïdes" ou "abus de tramadol" ou ce genre de choses, voilà, peut-être qu'il ne le prendra pas super bien !

C : Okay. Et pour revenir à ce qu'on pourrait mettre en place pour une prescription appropriée, au niveau des pharmaciens, est-ce qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau ?

MG 10 : Je pense que les pharmaciens nous sont d'une grande aide. Parce que il y a des patients qui sont un peu spécialistes de la question, donc qui vont chercher leurs trois boîtes de tramadol et puis après qui viennent avec leur petit papier de la pharmacie (rires) où on doit trois ordonnances de tramadol. Bah oui (rires), qu'est-ce que tu veux faire dans ces cas-là quoi ? Tu ne vas pas ne pas les prescrire !

C : (rires)

MG 10 : Donc (hésitations), oui certainement les pharmaciens ont un grand rôle à jouer là-dedans, dans le fait de nous alerter. Parce que parfois on en est pas forcément conscient ! Il y a aussi des patients qui consultent plusieurs médecins, qui vont toujours plus ou moins dans les mêmes pharmacies ou qui ont deux pharmacies mais où le pharmacien se rend bien compte, où y'a des prescriptions de plusieurs médecins. Ça m'est déjà arrivé aussi pendant mon assistantat que...la pharmacie nous téléphone en nous disant "on a eu plusieurs prescriptions de médecins différents de tramadol ou ce genre de chose". Donc certainement les pharmaciens ont un grand rôle à jouer là-dedans.

C : Et est-ce que tu vois d'autres...d'autres pistes qu'on pourrait mettre en œuvre ?

MG 10 : Il me semble qu'on a déjà cité pas mal de choses (rires), ça me paraît dans tout ce qu'on a discuté ça me paraît déjà pas mal !

C : Et plusieurs fois tu as parlé des benzos en parallèle au tramadol, quelles similitudes ou différences est-ce que tu fais entre ces deux catégories de molécules ?

MG 10 : Oh je pense que les similitudes sont nombreuses ! C'est des traitements dans un premier temps qu'on met en place, traitement aigu on va dire. Et qui finalement se chronicisent parce que le problème n'est pas réglé, parce que on ne va pas chercher plus loin. C'est des substances qui sont toutes les deux addictives, (réflexion) qui créent une dépendance...Voilà, il y a beaucoup de similitudes entre les deux produits, clairement !

C : Okay ! En tout cas un grand merci, moi j'arrive au bout de mon entretien. Est-ce que tu as l'impression qu'il y a d'autres points qu'on n'a pas abordé ensemble concernant le tramadol ?

MG 10 : Non, je n'ai pas l'impression, je n'ai pas l'impression !