

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2017

N° 185

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES DE MEDECINE GENERALE)

par

Pauline, Natacha, Aurore DELAIRE
née le 17/10/1989 à La Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2017

Regards croisés sur la prise en charge d'un patient lombalgique chronique.
Revue de cas clinique sur la base d'entretiens semi-dirigés auprès de
personnels médicaux et paramédicaux de ville et hospitaliers.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Julien NIZARD
Directrice de thèse : Madame le Docteur Marine LETELLIER
Codirectrice de thèse : Madame le Docteur Caroline VIGNEAU-VICTORRI

Remerciements

Au Professeur Julien Nizard :

Qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Soyez assuré de tout mon respect et de ma profonde estime.

Aux Docteurs Marine Letellier et Caroline Vigneau-Victorri

Pour avoir accepté de prendre la codirection de cette thèse.

Merci pour votre disponibilité, votre réactivité et vos conseils précieux.

Au Professeur Lionel Goronflot et au Docteur Jean-Yves Guillet

D'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Soyez assurés de mon entière reconnaissance.

A Frédéric Gillot et au Docteur Virginie Quistrebert-Davanne

Merci pour votre expertise psychologique.

Soyez assurés de mon entière reconnaissance.

A mes anciens maîtres de stage, Ariane, François, Johann, Thierry, Marie-Jeanne, Soazic et Olivier :

Merci de m'avoir donné le goût de la médecine générale, et de m'avoir appris à avoir confiance en moi. Merci pour vos précieux conseils et pour votre formation.

A mes parents, mon frère et Paola pour m'avoir soutenu durant toutes ces années d'études. Merci pour votre confiance et votre soutien de tous les instants. Un remerciement tout particulier à ma mère pour tous ses précieux conseils et relectures durant les études.

A Jérémy, merci pour tes attentions, ton amour et ton soutien inconditionnel. De belles choses nous attendent.

A Alizée, Caroline, Maëva, Marjorie, Morgane, Mylène, Perrine, Tiphaine, Vanessa : Merci d'être toujours là depuis la P2. Votre amitié compte énormément à mes yeux.

A ma filleule de médecine Marion, merci pour ta pêche et ton soutien de tous les instants.

A Coralie, mon binôme d'internat, une belle rencontre !

A la Redteam, Claire et Camille sans qui l'internat aurait été différent !

A mes amies de toujours, Amandine, Floriane et Hélène : Merci d'être toujours là depuis toutes ces années.

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS : Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdiens
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CEDR : le Centre d'Etude de la Douleur en Rhumatologie
CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance.
CETD : Centre d'Etude et de Traitement de la douleur
cp : Comprimé
CSQ : Coping Strategies Questionnaire
CSQ-F : version Française du CSQ
DCNC : Douleur Chronique Non Cancéreuse
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
EN : Echelle Numérique
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
GABA : Acide Gamma Amino-Butyrique
Questionnaire HAD : Hopital Anxiety Depression Scale
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
LI : Libération Immédiate
LP : Libération Prolongée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG : Médecin Généraliste
mg : milligramme
NICE : National Institute for health and Care Excellence
NMDA : N-méthyl-D-aspartate
R- MG: Remplaçant médecin généraliste.
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
rTMS : Stimulation Magnétique Transcrânienne
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
TENS : NeuroStimulation Electrique Transcutanée
WWC : Way of Coping Check-list
µg : microgramme

Sommaire

Remerciements	2
Abréviations.....	3
Sommaire	4
I. Introduction	6
II. Contexte	9
A. Le patient douloureux chronique en médecine générale	9
1) Le parcours de soins du patient douloureux chronique	9
2) Les difficultés rencontrées	11
a) Les délais	11
b) Le manque de coordination	11
c) La formation des médecins à la douleur	11
B. Les traitements de la douleur et leur prescription conforme	12
1) Les cibles des traitements : voies de la douleur, récepteur μ	12
2) Les médicaments utilisés dans la douleur chronique.....	16
a) Les antalgiques	16
b) Les coanalgésiques (dans la douleur neuropathique)	16
c) Autres.....	17
d) Les techniques algologiques.....	17
3) Les stratégies médicamenteuses selon les recommandations	17
a) Les recommandations générales françaises	18
b) Les recommandations des sociétés savantes	19
c) Les recommandations internationales.....	23
III. Méthodes.....	25
A. Méthodes de recueil des données	25
1) Le cas clinique	25
2) L'entretien semi-dirigé	25
B. Recueil des entretiens semi-dirigés	26
1) L'entretien du patient.....	26
2) Les entretiens des professionnels de santé.....	26
3) Les professionnels sollicités	26
4) Le recueil de données	27
C. Analyse des entretiens	28
IV. Résultats.....	31
A. Cas clinique	31
B. Analyse lexicale	47
1) Requête par la recherche par fréquence de mots via logiciel N'Vivo	47
2) Requête par la recherche textuelle via le logiciel N'Vivo	48
C. Analyse thématique	49

1) Axe médicamenteux	49
a) Perception des drapeaux jaunes	49
b) Prise en charge médicamenteuse	50
c) Prise en charge de la fibrose	59
d) Prise en charge en algologie	59
e) Suivi médical	60
f) Prise en charge chirurgicale	60
g) Avis des professionnels sur la prise en charge	61
2) Axe fonctionnel	62
a) Perception des drapeaux jaunes :	62
b) TENS et physiothérapie.....	62
c) Kinésithérapie	63
d) Rééducation	63
3) Axe psychologique	64
a) Perception des drapeaux jaunes	64
b) Lien douleur-parcours de vie.....	67
c) Thérapies psychocorporelles.....	67
d) Prise en charge psychologique	68
4) Axe socioprofessionnel.....	68
a) Perception des drapeaux jaunes	68
b) Prise en charge professionnelle	69
V. Discussion.....	71
A. Les forces et faiblesses de notre travail.....	71
B. Analyse de notre travail.....	72
1) Analyse de la prise en charge : facteurs liés au patient	72
a) Les croyances.....	72
b) Les stratégies de coping.....	72
2) Analyse de la prise en charge : facteurs liés à la pathologie.....	75
3) Analyse de la prise en charge : facteurs liés aux professionnels de santé et à leurs prescriptions	76
a) Prise en charge médicamenteuse	76
b) Prise en charge fonctionnelle.....	84
c) Prise en charge psychologique.....	85
d) Prise en charge socioprofessionnelle	86
4) Analyse de la prise en charge : des facteurs liés au système de soins	86
C. Les pistes d'amélioration.....	87
VI. Conclusion.....	90
VII. Bibliographie.....	91
RESUME :	97

I. Introduction

Lors de mes stages en médecine générale, j'ai constaté qu'il est parfois compliqué de suivre les recommandations officielles de prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique car nous sommes seuls au cabinet. Pendant mon internat, j'ai obtenu un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de prise en charge de la douleur. Ainsi, j'ai voulu réaliser ma thèse sur ce sujet, afin de faire un lien transversal entre mon DIU et mon futur métier de médecin généraliste.

Dès 1999, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (1) abordent l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Afin de faciliter la prise en charge, des outils validés sont proposés: schéma donnant la topographie des zones douloureuses; mesure de l'intensité de la douleur par des échelles (Echelle Visuelle Analogique (EVA), Echelle Numérique (EN), Echelle Verbale Simple (EVS)); liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur; évaluation de l'anxiété et de la dépression (échelle HAD); évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement. Elles soulignent l'importance de l'évaluation initiale du "malade" douloureux chronique, comprenant un interrogatoire précis sur la douleur (son mode d'apparition, mode d'évolution, les traitements reçus, ... mais aussi l'évaluation de son retentissement), un examen clinique et plus ou moins des examens complémentaires. Pour palier au manque de temps en médecine générale, l'évaluation sur plusieurs consultations est proposée. Son objectif est d'aider à la décision de demande d'avis spécialisé, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire ou vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur.

Plusieurs plans nationaux de lutte contre la douleur (2) se succèdent de 1998 à 2010, notamment le plan Douleur 2006-2010. Ce dernier a pour objectifs :

- « l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables
- le renforcement de la formation des professionnels
- une meilleure utilisation des traitements (médicamenteux ou non)
- la structuration de la filière de soins notamment en réseaux. »

En 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS), émet des recommandations afin de clarifier le syndrome douloureux chronique, son évaluation et son orientation. Elle rappelle

l'importance et le contenu du bilan clinique initial et les critères d'orientation vers une structure spécialisée (3).

Malgré les différentes recommandations, les douleurs chroniques restent un problème de santé publique et concerneraient 30% de la population française (4). Cela génère un coût socioéconomique et humain, et est une entrave à l'exercice professionnel et à la conduite d'une vie quotidienne satisfaisante pour l'individu (5).

En France, la prescription d'opioïdes concerne une douleur chronique dans 63,5% des cas ; dans 38,8% des cas la durée de prescription est supérieure à 1 an ; dans 80,5% des cas elle est faite par un médecin généraliste (étude ASOS réalisée en 2015) (6). Aux Etats-Unis, un quart des patients traités par opioïdes souffrent de dépendance. 183 000 décès liés aux opioïdes sont survenus entre 1999 et 2015.(7)

En 2013, une étude Cochrane souligne l'efficacité partielle des opioïdes à court terme sur la douleur et la fonction chez les lombalgiques chroniques. En revanche l'efficacité des opioïdes pour une utilisation à long terme est inconnue et doit tenir compte du risque d'effets indésirables graves, de complications et d'un risque accru de mauvaise utilisation, d'abus, de dépendance, de surdosage et de décès (8).

L'objectif principal de notre travail est d'analyser l'articulation de la prise en charge de la douleur chronique, à partir du cas clinique d'un patient jeune, lombalgique chronique. La prise en charge de ce patient était complexe du fait de l'intervention de multiples professionnels de santé, associée à une escalade thérapeutique ayant menée à une dégradation de sa qualité de vie et de sa santé. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les signes qui doivent alerter devant une lombalgie chronique : Quand adresser les patients aux spécialistes ? Comment améliorer la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale?

Notre travail se déclinera en plusieurs parties :

Dans une première partie, nous rappellerons les difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique en médecine générale. Nous aborderons également certains rappels sur les traitements de la douleur.

Nous exposerons également le cas clinique de Mr X puis nous l'analyserons en nous appuyant sur les regards croisés du patient, de sa compagne, des professionnels de santé le prenant en charge et sur les recommandations.

Pour finir, nous discuterons de notre travail autant dans sa méthodologie que sur ses résultats. Après avoir abordé les recommandations sur la prise en charge de la lombalgie chronique et les regards des professionnels et du patient sur sa prise en charge, nous proposerons les pistes d'amélioration qui ont émergé de l'analyse des entretiens.

Précisons que nous aborderons dans cette thèse, les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC). Ainsi par abus de langage le terme « douleur chronique » ne prendra pas en compte les douleurs d'origine cancéreuse.

II. Contexte

A. Le patient douloureux chronique en médecine générale

1) Le parcours de soins du patient douloureux chronique

L'évaluation initiale et le traitement de la douleur chronique reposent sur le modèle biopsychosocial de la douleur. L'objectif du traitement est de réduire l'intensité de la douleur, mais aussi d'améliorer l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel, et la qualité de vie du patient douloureux. La prise en charge du patient douloureux chronique, repose sur quatre axes : un axe médical (avec éducation thérapeutique au bon usage du médicament), et plus rarement chirurgical ; un axe fonctionnel (thérapies physiques et rééducatives), un axe psychologique et un axe socioprofessionnel. (HAS 2008) (3)

Dans la lombalgie chronique, les « drapeaux rouges » sont utilisés pour détecter des signes d'alerte de lombalgies spécifiques (fièvre pour une infection, perte de poids inexplicable pour un cancer,...). Mais les « drapeaux jaunes », moins connus, sont en relation avec des facteurs psychosociaux en lien avec un risque accru de chronicité. (9) Leur identification dans la lombalgie constitue un enjeu pronostique et thérapeutique majeur. L'évolution péjorative de la lombalgie, est à la fois liée à des facteurs individuels et professionnels, mais aussi à la prise en charge initiale, dont le principal acteur est le médecin. Prévenir le passage à la chronicité nécessite d'identifier les patients à risque et de mettre en place leur éducation thérapeutique. Une évaluation psychosociale approfondie est très utile quand des « drapeaux jaunes » sont présents. Catastrophisme et kinésiophobie constituent des facteurs importants de passage à la chronicité et de résistance au traitement. Les drapeaux jaunes sont résumés dans le tableau suivant :

Facteurs individuels	Facteurs professionnels
Age élevé	Insatisfaction au travail
Sexe féminin	Indemnisation
Episodes antérieurs, sévérité de la douleur, description excessive des symptômes, attentes irréalistes des patients	Arrêt de travail > 4 à 12 semaines
Antécédent de chirurgie lombaire	Travail pénible
Sciatique	Travail perçu comme stressant
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	Absence de poste aménagé
Durée de la lombalgie	Faible qualification professionnelle
Comportement inadapté avec évitement (réduction des activités par peur d'avoir mal)	Accident de travail
Mauvais état général avec arrêt maladie	Salaire mensuel bas
Autre douleur musculosquelettique associée	
Catastrophisme, fausses croyances ; Capacité à « faire avec » (coping)	
Facteur émotionnel (anxiété et tendance à la somatisation), dépression, isolement	
Avis global du médecin	
Attitudes et croyances inappropriées face à la douleur	
Situation familiale difficile	
Litiges médico-légaux	
Compensations attendues	
Victimisation	

Tableau 1 : Les drapeaux jaunes dans la lombalgie chronique (10), (11)

Les facteurs de risque de mésusage doivent être évalués lorsque le patient n'est pas soulagé par les antalgiques de première intention et que le médecin envisage l'utilisation d'opioïdes forts. Le patient sera orienté vers une structure spécialisée de la douleur après la réalisation du bilan clinique initial. La Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) rappelle dans ses dernières recommandations de bonne pratique, les situations nécessitant un avis spécialisé (12) :

Situations	Avis
Présence de facteurs de risque de mésusage avant la mise en route d'un traitement par opioïde fort	Avis multidisciplinaire (au sein d'un centre antidouleur par exemple)
Augmentation régulière des doses sans soulagement	Consultation spécialisée douleur
Doses >150mg/jour d'équivalent morphinique	Consultation spécialisée douleur
Balance bénéfique/risque difficile à évaluer	Consultation spécialisée douleur
Poursuite d'opioïdes forts > 3 mois	Consultation spécialisée douleur
Présence d'éléments évocateurs d'une addiction sous traitement	Addictologie
Impossibilité d'arrêter le traitement malgré l'absence d'amélioration de la douleur, de la fonction et de la qualité de vie	Addictologie
Comorbidité psychiatrique sévère	Psychiatre

Tableau 2 : Situations nécessitant un avis spécialisé

2) Les difficultés rencontrées

a) Les délais

Les délais de prise en charge en structure spécialisée dans la douleur, (entre la demande du médecin généraliste et la première consultation), varient entre 1 mois et 1 an selon le centre antidouleur (état des lieux en mars 2017 en Loire-Atlantique et Vendée (annexe 1)). Le médecin généraliste doit selon le délai, patienter et continuer au mieux la prise en charge du patient avec toute la complexité qu'elle implique.

b) Le manque de coordination

La concertation entre professionnels est le pilier de la coordination d'un parcours de santé complexe, tel que celui d'un patient douloureux chronique. Elle doit être le temps consenti par tout acteur de santé, pour aboutir à un consensus préalable à la définition d'objectifs thérapeutiques qui répondent à l'approche biopsychosociale. (13)

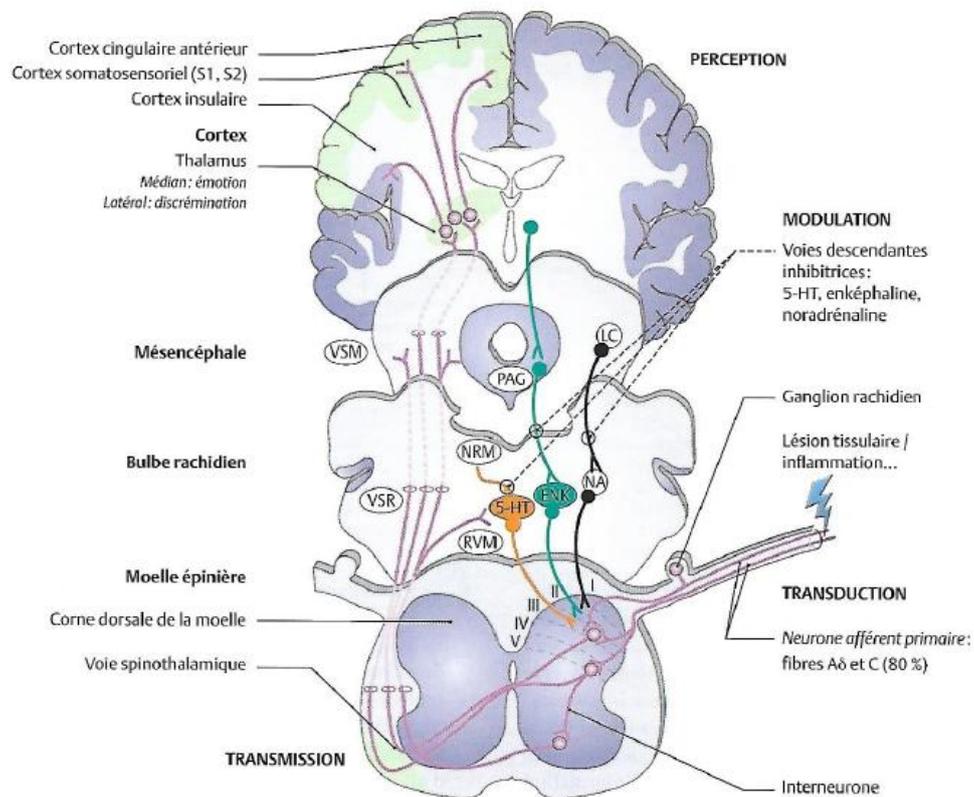
c) La formation des médecins à la douleur

La formation des médecins sur la prise en charge de la douleur est l'une des priorités du dernier plan douleur (2006-2010). Le module "douleur" est introduit dans la formation initiale des médecins en 2005. En 2011, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) constate que la mise en place et le volume horaire de ce module restent inégaux selon les facultés. Il souligne la « solidité » des recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS en matière de prise en charge de la douleur (14). La diffusion de ces recommandations est importante afin que les praticiens se les approprient et modifient leurs pratiques professionnelles. L'absence de filière universitaire dédiée à la douleur est l'un des freins à cet enseignement. En 2013, une étude montre que l'enseignement de la douleur existe dans 52 % des départements de médecine générale : 29% des départements l'ont rendu obligatoire, 65% l'ont intégré avec l'enseignement des soins palliatifs. Son contenu est très hétérogène d'un département à l'autre avec des thèmes axés sur la thérapeutique ou l'étiologie de la douleur. Le volume horaire varie de 3 à 20 heures selon les départements.(15) La formation douleur est susceptible d'évoluer.

B. Les traitements de la douleur et leur prescription conforme

1) Les cibles des traitements : voies de la douleur, récepteur μ

La figure suivante présente les principales voies de la douleur :



5-HT: sérotonine; ENK: enképhaline; LC: locus cœruleus; NA: noradrénaline; NRM: noyau du raphé magnus; PAG: substance grise périaqueducule; RVM: moelle rostroventromédiale; VSM: voie spinomésencéphalique; VSR: voie spino-réticulée.

Figure 1 : Les voies de la douleur (16)

➤ Les mécanismes périphériques de la nociception (17)

Les messages nociceptifs sont véhiculés dans les nerfs, par différentes fibres qui sont classées en fibres myélinisées ou non. Le tact résulte de la mise en jeu des grosses fibres myélinisées A α et A β (conduction rapide); la sensation douloureuse provient des fibres A δ et C (peu ou non myélinisées : conduction lente). Les récepteurs périphériques nociceptifs appelés « nocicepteurs » sont des terminaisons nerveuses libres très fines, donnant naissance aux fibres nerveuses A δ et C (protoneurones). Ils sont situés à la surface de la peau, des viscères, des muscles et des articulations ; et peuvent être activés directement via un stimulus externe (chimique, thermique, électrique ou mécanique). Cela déclenche la production de potentiels d'action, qui activent les protoneurones via ses fibres nerveuses sensibles

afférentes. Ils peuvent également être activés par une lésion tissulaire ou de l'inflammation favorisant la production de substances algogènes encore appelées « la soupe inflammatoire » (comme la substance P,...).

Les antalgiques de paliers 1 et 2, et les Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens (AINS) agissent sur l'inflammation générée par l'activation des mécanismes périphériques. Les antiépileptiques jouent un rôle antalgique en agissant sur l'excitation du système nerveux, avec les potentiels d'actions provoqués par cette activation.

➤ La transmission des stimuli au niveau spinal :

A l'étage médullaire, les fibres afférentes rejoignent le système nerveux central au niveau de la corne postérieure de la moelle, par le ganglion rachidien, siège du protoneurone. Beaucoup de récepteurs opioïdes sont situés à ce niveau. La fixation des acides aminés excitateurs (glutamate et aspartate) sur les nocicepteurs médullaires, a un rôle important : le glutamate libéré a une action préférentielle sur les récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) (activés par une stimulation prolongée) et les récepteurs non-NMDA. La corne postérieure de la moelle est le lieu de phénomènes complexes avec la localisation du deutoneurone, avec en plus d'un rôle de transmission, un rôle de mémorisation du phénomène douloureux par sensibilisation centrale. Le transfert des messages nociceptifs se fait par plusieurs faisceaux ascendants :

- Tractus spino-thalamique composé de 2 faisceaux : un faisceau latéral responsable de la composante spatiotemporelle et cognitive de la douleur ; un faisceau médian responsable des réactions motrices et émotionnelles liées à la douleur. Leur temps de réponse est différent, ce qui explique les douleurs en 2 temps et des efficacités thérapeutiques différentes sur ces 2 voies.
- Tractus spino-réticulo-thalamique (VSR) (transmission de la douleur lente, diffuse, intense) : projection sur la formation réticulée, le thalamus médian et relai vers les aires limbiques et inter-hémisphériques.
- Tractus spino-ponto-mésencéphalique (VSM) : mêmes projections que le tractus spino-réticulo-mésencéphalique.
- Tractus spinoparabrachioamygdalien : action sur l'aspect affectif et émotionnel de la douleur.
- Tractus spinoparabrachiohypothalamique : action sur les composantes végétatives et endocriniennes.
- Tractus spino-hypothalamique : contrôle du message nociceptif.

Les structures supraspinales :

L'ensemble de ces faisceaux cheminent jusque dans des structures supraspinales, sièges du 3^e neurone avant d'être projeté au niveau du cortex somesthétique, permettant l'intégration du message nociceptif. On retrouve les structures sous-corticales (la formation réticulée, le thalamus) et les centres corticaux (cortex somesthétique primaire et secondaire, système limbique).

➤ Les systèmes de contrôle de la douleur :

Les principaux mécanismes de contrôle de la douleur sont le contrôle neurochimique de la corne postérieure de la moelle (système opioïde), le contrôle médullaire avec le gate control, le contrôle supramédullaire avec les systèmes descendants cérébromédullaires (faisceau bulbospinal à médiation sérotoninergique, le système descendant à médiation noradrénergique), les contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception, les contrôles intrathalamiques et les contrôles activateurs supra-spinaux.

▪ *Le système opioïde endogène*

La transmission et l'amplification du stimulus douloureux sont modulées par les peptides opioïdes endogènes. Ce système comprend 4 gènes précurseurs codant pour les endomorphines : enképhalines, β -endorphines, dynorphines, nociceptines. Les récepteurs opioïdes (récepteurs μ , κ , δ , ϵ , σ) sont présents dans le système nerveux central (corne postérieure de la moelle, tronc cérébral, système limbique et thalamus), et périphérique (terminaisons périphériques des protoneurones, corne postérieure de la moelle). Ils sont sensibles à la morphine et aux endomorphines. Les récepteurs μ sont les plus impliqués dans la genèse de l'analgésie. Les β -endorphines ont une affinité préférentielle pour ces derniers, entraînant une forte dépression des réponses due à l'activation des fibres A δ et C. Les morphiniques agissent sur ces divers récepteurs par une action agoniste, agoniste partielle, antagoniste, ou agoniste-antagoniste.

Les opioïdes ont un mécanisme d'action central, au niveau des régions impliquées dans la transmission et la modulation du message nociceptif (en particulier au niveau des voies descendantes inhibitrices et des voies ascendantes de la douleur). Le système opioïde interagit avec le faisceau bulbospinal à médiation sérotoninergique. Les opioïdes inhibent la libération des neuropeptides et monoamines (sérotonine et noradrénaline) mis en jeu dans les structures spinales et supraspinales, donc inhibent la transmission nociceptive au niveau de la corne postérieure de la moelle.

Ils ont également un mécanisme d'action périphérique : les récepteurs opioïdes se retrouvent en grande concentration au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, permettant l'inhibition de la transmission nociceptive, à travers la moelle épinière, par un mécanisme pré et post-synaptique. Au niveau des terminaisons périphériques des protoneurones, ils inhibent la libération de substances algogènes et pro-inflammatoires (comme la substance P). Dans des conditions de stress, les peptides endogènes peuvent également être libérés localement et être analgésiques.

- *Le contrôle médullaire :*

Le gate control consiste en l'activation des fibres sensibles A α et A β , qui inhibent la transmission nociceptive des fibres A δ et C, au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière. Cette modulation médullaire neurochimique se fait par le biais du système GABA (Acide Gamma Amino-Butyrique) et peut être renforcée par l'électrostimulation (avec la NeuroStimulation Electrique Transcutanée (TENS) ou la stimulation médullaire).

- *Le contrôle supramédullaire :*

- ❖ Les voies descendantes de la douleur :

- le faisceau bulbospinal à médiation sérotoninergique permet l'inhibition supramédullaire, grâce au neuromédiateur sérotoninergique qui inhibe la transmission du message nociceptif au niveau de la corne postérieure de la moelle, avec la participation du système opioïde endogène. Les antidépresseurs sérotoninergiques recaptant la sérotonine et le TENS peuvent renforcer ce système.

- le système descendant à médiation noradrénergique peut être renforcé par les antidépresseurs sérotoninergiques et noradrénergiques.

- ❖ Les Contrôles Inhibiteurs Diffus induits par la Nociception (CIDN) prennent leur origine au niveau de la formation réticulée et mettent en jeu des voies noradrénergiques, sérotoninergiques et enképhalinergiques. Le cerveau détecte deux stimulations nociceptives à la fois, la stimulation la plus forte apparaît avec extinction des autres par rétrocontrôle.

- ❖ Le contrôle intra-thalamique a un mécanisme mal connu.

- ❖ Au niveau cortical, les thérapies cognitivocomportementales permettent de renforcer l'inhibition du cortex préfrontal en association avec les antidépresseurs sérotoninergiques, en cassant les mécanismes de renforcement de la douleur.

- Le premier centre inhibiteur est constitué des fibres A β situées sur la corne postérieure de la moelle épinière, avec l'activation du système GABAergique, et du gate control. Les

traitements pouvant renforcer cela sont les agonistes GABA (baclofène). Au niveau du tronc cérébral, la morphine a une action sur la formation réticulée. Le thalamus (filtre des sensibilités) joue le rôle du gate control (GABA).

2) Les médicaments utilisés dans la douleur chronique (18)

a) Les antalgiques

Les traitements antalgiques peuvent être classés en trois groupes :

- Les antalgiques de palier 1 (paracétamol, acide acétylsalicylique, AINS, nefopam) sont indiqués dans le traitement des douleurs d'intensité légère à modérée.
- Les antalgiques de palier 2 dits « opioïdes faibles » (codéine, tramadol et poudre d'opium, pouvant être utilisés seuls ou en association avec des paliers 1) sont indiqués dans le traitement des douleurs modérées à intenses.
- Les antalgiques de palier 3 dits « opioïdes forts » (agonistes purs (morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone,...), agonistes partiels μ (buprénorphine) ou agoniste κ -antagoniste μ (nalbuphine)), sont indiqués dans la douleur intense ou résistante aux antalgiques de palier inférieur.

b) Les coanalgésiques (dans la douleur neuropathique)

- Les antidépresseurs :

Les antidépresseurs tricycliques utilisés dans la douleur neuropathique périphérique sont :

- *l'amitriptyline* indiqué dans la douleur neuropathique périphérique, efficace sur la douleur continue et paroxystique, mais aussi sur la dépression;
- *l'imipramine et la clomipramine*, indiqués dans la douleur neuropathique.

Les Inhibiteurs de Recapture à la Sérotonine et à la Noradrénaline (IRSNA) utilisés dans la douleur neuropathique sont *la duloxétine* (AMM dans la polyneuropathie diabétique douloureuse) et *la venlafaxine* (hors AMM).

Les antidépresseurs sérotoninergiques purs sont peu efficaces dans la douleur neuropathique donc peu utilisés.

- Les antiépileptiques modulateurs des canaux calciques :

- *La gabapentine* est utilisée dans la douleur neuropathique (AMM dans la douleur neuropathique diabétique et post-zostérienne).
- *La prégabaline* est indiquée dans les douleurs neuropathiques.
- *Le carbamazépine* est indiqué dans la névralgie trijumeau.
- *Le topiramate* est indiqué dans les migraines.
- *Le lamotrigine* est parfois utilisé dans la douleur neuropathique, cependant une étude Cochrane a conclu à son absence d'efficacité dans les douleurs neuropathiques.(19)

c) Autres

- *La Kétamine®* (antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA), est utilisée dans la douleur neuropathique (hors AMM).
- *La lidocaïne topique* (patch, crème), est indiquée dans les douleurs neuropathiques post-zostériennes.
- *La capsaïcine* est indiquée dans la douleur neuropathique périphérique.
- *Les cannabinoïdes* sont utilisés dans les douleurs spastiques de la sclérose en plaques.
- *Les myorelaxants* (valium, baclofène).
- *Les antispasmodiques.*

d) Les techniques algologiques

- Infiltrations
- Anesthésies locorégionales
- Pompes intrathécales (morphine, baclofène)
- Neurochirurgie fonctionnelle (neurostimulation médullaire ou corticale, ou chirurgie interruption type thermolésion ou DREZotomie).

3) Les stratégies médicamenteuses selon les recommandations

Nous aborderons dans ce paragraphe les différentes recommandations de prise en charge de la douleur chronique en axant sur la lombalgie chronique. Les supports bibliographiques étaient: les recommandations générales de l'HAS, de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du

Médicament (ANSM) ; les recommandations des sociétés savantes (SFETD, CEDR), les recommandations internationales (NICE, le Collège des médecins du Québec), Science Direct, EM consult, Springer Link. Les mots clés utilisés étaient : recommandations douleur chronique, douleur chronique et morphine, prise en charge de la douleur chronique, recommandations lombalgie, recommandations treatment neuropathic pain.

a) Les recommandations générales françaises

En 2004, l'AFSSAPS (20) émet une « mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses ». Les opioïdes forts sont un **traitement de deuxième intention**, que l'on peut introduire après avoir identifié la cause somatique de la douleur ; et **lorsque celle-ci est intense et non soulagée par les traitements étiologiques, et/ou par les antalgiques de palier 1 et 2** malgré une prescription et une observance correctes. L'introduction d'opioïdes doit être discutée et un contrat d'objectifs et de moyens réalisé ; elle s'intègre dans une prise en charge globale. Seule la morphine est indiquée et doit être débutée avec une posologie faible. Les modifications des doses ou les corrections d'éventuels effets indésirables justifient un suivi hebdomadaire au cours du premier mois de traitement. Une réponse insuffisante pour des posologies journalières supérieures à 120mg de morphine doit conduire à une réévaluation des mécanismes de la douleur et de l'intérêt du traitement. Il doit être interrompu en cas de non respect du contrat d'objectifs, d'absence de soulagement satisfaisant après 1 mois de traitement et d'amélioration de la symptomatologie douloureuse.

En 2011, l'AFSSAPS (21) émet des recommandations sur « la prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses » (modifiées après le retrait du marché du dextropropoxyphène). Elles se basent sur la consommation antérieure de ce traitement. Le paracétamol reste l'antalgique de palier 1 de référence. Les AINS ne doivent être utilisés qu'en cure courte inférieure à 5 jours. Lorsque la douleur est contrôlée avec « 2 à 4 gélules par jour de dextropropoxyphène », un relai par paracétamol à dose optimale est recommandé. En cas d'échec, un antalgique de palier 2 est prescrit avec une titration progressive sur 1 semaine. Lorsque la douleur est contrôlée avec une « dose supérieure à 4 gélules par jour de dextropropoxyphène », un relai par antalgique de palier 2 est recommandé avec ou sans complément de paracétamol, avec une réévaluation au bout d'une semaine.

En 2014, l'ANSM (22) émet un avertissement sur les risques liés à l'utilisation de l'oxycodone. Elle rappelle son indication dans les douleurs sévères ne pouvant être soulagées correctement que par des opioïdes forts, en particulier d'origine cancéreuse. Devant un risque d'abus médicamenteux, une surveillance particulière des prescriptions d'oxycodone est instaurée par l'ANSM et son réseau d'addictovigilance. Le risque est similaire avec les médicaments de la même classe (morphine et fentanyl).

b) Les recommandations des sociétés savantes

En février 2010, la SFETD établit des recommandations sur le diagnostic, l'évaluation et le traitement des douleurs neuropathiques en médecine ambulatoire (23). Les douleurs neuropathiques ne répondent pas aux traitements antalgiques de palier 1 (paracétamol et AINS). Le patient doit être informé de l'efficacité modérée des traitements des douleurs neuropathiques et du risque d'iatrogénie. L'objectif est le soulagement et non la guérison. Le choix du traitement médicamenteux ne repose pas sur l'intensité des symptômes, mais sur le meilleur rapport bénéfice-risque et l'éventuelle action conjointe sur les comorbidités. Les traitements validés en première intention en monothérapie sont :

- *Les antidépresseurs tricycliques* indiqués dans la douleur neuropathique périphérique sont :
 - o l'amitriptyline : 25 à 150mg par jour en 1 ou 2 prises (efficace sur la douleur continue et paroxystique, mais aussi sur la dépression (à des posologies supérieures)) ;
 - o l'imipramine et la clomipramine.
- *Les IRSNA* utilisés dans la douleur neuropathique sont:
 - o la duloxétine (AMM dans la polyneuropathie diabétique douloureuse) ;
 - o la venlafaxine (hors AMM en 2^e intention)
- *Les antiépileptiques modulateurs des canaux calciques* :
 - o la gabapentine (1200 à 3600mg/ jour en 3 prises), est utilisée dans la douleur neuropathique périphérique (AMM dans la douleur neuropathique diabétique et post-zostérienne). Elle est efficace sur les troubles du sommeil.
 - o la prégabaline (150-600mg/jour en 2 prises), a un effet dose-dépendant. Elle est indiquée dans les douleurs neuropathiques périphériques et centrales. Elle est efficace sur les troubles anxieux et les troubles du sommeil.
- *Le tramadol* est reconnu efficace seul et en association avec le paracétamol dans les polyneuropathies sensitives. Il est également efficace sur les douleurs par excès de nociception, d'où son intérêt dans la prise en charge des douleurs mixtes en première

intention. Il est aussi recommandé en cas d'accès douloureux, mais compte-tenu de ses effets indésirables, il doit être utilisé avec prudence.

- *Les emplâtres de lidocaïne* n'ont l'AMM que dans les douleurs post-zostériennes chez des patients ayant une allodynie au frottement.

Il existe une présomption d'efficacité pour la maprotiline dans les douleurs neuropathiques, et pour le valproate de sodium et la capsaïcine dans les douleurs post-zostériennes. Les traitements inefficaces dans la douleur neuropathique sont : les antidépresseurs sérotoninergiques, les antiépileptiques bloqueurs de canaux sodiques ou potassiques, le clonazépam, les neuroleptiques, les benzodiazépines et certains antagonistes glutamaergiques.

Une titration est nécessaire, avec une augmentation progressive en fonction de l'efficacité et de la tolérance, et une évaluation régulière. Elle doit se poursuivre, selon la tolérance jusqu'aux doses maximales reconnues comme efficaces avant de parler d'échec du traitement. Un traitement jugé efficace doit être poursuivi au minimum 6 mois. En cas d'échec complet ou d'effets secondaires importants d'un médicament de première intention, il est légitime de le substituer contre un traitement de classe thérapeutique différente d'efficacité également démontrée.

Les opioïdes forts sont efficaces sur la douleur neuropathique périphérique, notamment diabétique et post-zostérienne. Les doses nécessaires pour obtenir cette efficacité sont souvent élevées. Leur prescription ne doit être proposée **qu'après échec des autres traitements disponibles, en s'entourant de précautions d'emploi usuelles des morphiniques au long cours.**

Un avis spécialisé doit être demandé devant :

- l'intensité des douleurs ou la présence de comorbidités psychiatriques sévères (dépression, anxiété importante) nécessitant un soulagement urgent;
- un échec de traitement bien conduit se définissant par : l'échec de plusieurs classes thérapeutiques différentes du fait d'une inefficacité aux doses maximales tolérées ou d'effets indésirables ; l'efficacité modeste (< 30 % d'effet sur la douleur) d'une association médicamenteuse ;
- un abus médicamenteux ;
- un échec d'une initiation de traitement par morphiniques à des doses de 120 mg d'équivalent de morphine par jour.
- en cas de litiges et/ou de facteurs socioprofessionnels prédominants.

En 2010, le Centre d'Etude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR) émet une recommandation sur l'usage des opioïdes dans les douleurs chroniques ostéoarticulaires non cancéreuses: « les recommandations de Limoges » (24). Une démarche diagnostique approfondie est nécessaire avant l'introduction d'un opioïde fort. En cas de doute, un avis spécialisé est recommandé. **Il confirme l'efficacité similaire entre les différents opioïdes forts, la nécessité de privilégier la forme per os et en libération prolongée (LP).**

Dans la lombosciatique chronique, avec une composante neuropathique, les opioïdes forts ne peuvent être envisagés qu'après échec ou intolérance aux antidépresseurs tricycliques ou mixtes, aux antiépileptiques, et aux techniques non médicamenteuses recommandées dans le traitement des douleurs neuropathiques. Un contrat de soins médecin-patient est nécessaire avec des objectifs, les limites et les modalités et critères d'arrêt du traitement. Une information claire doit être fournie au patient. Un avis psychiatrique est conseillé chez les patients jeunes et ceux atteints de troubles psychiatriques et/ou suspects d'abus. Le suivi doit être régulier et si possible par le même médecin, avec l'évaluation du rapport bénéfice-risque à chaque renouvellement. La dose efficace d'entretien n'est pas définitive et doit être adaptée. Le traitement doit être arrêté si :

- inefficacité sur la douleur, la fonction ou la qualité de vie en fonction des objectifs initiaux établis avec le patient ;
- mésusage ou abus ou signes d'addiction ;
- amélioration nette de la symptomatologie douloureuse ou de la fonction permettant d'espérer un sevrage.

En cas de difficulté de sevrage, le patient peut être adressé en addictologie ou centre de la douleur. L'association des opioïdes forts à du paracétamol peut permettre une diminution de la consommation d'opioïdes forts et/ou les effets indésirables. Le patient conduisant un véhicule doit être informé du risque de somnolence. A chaque visite, il faut rechercher un mésusage ou dépendance psychique qui pourraient faire reconsidérer le traitement. La prescription des antalgiques de palier 3 **doit être limitée.**

Dans la lombalgie chronique, elle ne peut être envisagée « qu'après échec des traitements conventionnels médicamenteux ou non médicamenteux ; ou dans les cas où les composantes psychologiques et/ou socioprofessionnelles ne sont pas prépondérantes, avec un objectif fonctionnel, pour aider à la mise en place d'un programme réadaptatif, chez des patients réévalués très régulièrement. »

En 2015, Le Dr Piano (SFETD)(25) fait un point sur le traitement médicamenteux de la douleur neuropathique chronique, sur la base d'une revue de la littérature et des méta-analyses des essais randomisés. Le tableau suivant résume ses recommandations :

1 ^{ère} intention	<u>Antidépresseurs tricycliques :</u> - amitriptyline 25 à 150mg en 1 ou 2 prises <i>Grade modéré</i>	<u>IRSNA :</u> - duloxétine 60-120mg en 1 prise - venlafaxine (hors AMM) <i>Grade élevé</i>	<u>Antiépileptiques :</u> - gabapentine 1200-3600mg/j en 3 prises - prégabaline 300-600mg/j en 2 prises <i>Grade élevé.</i>
2 ^e intention	<u>Opioides faibles :</u> - tramadol (200-400mg/j en 2 ou 3 prises) <i>Grade modéré</i>	<u>Patch de capsaïcine</u> à haute concentration 1 à 4 patchs de 30-60 min <i>Grade élevé</i>	<u>Patch de lidocaïne</u> (1 à 3 patchs sur 12 heures) <i>Grade faible</i>
3 ^e intention	<u>Opioides forts :</u> Titration variable, prises variables <i>Grade modéré</i>	<u>Toxine botulique</u> (50-200 unités tous les 3 mois) <i>Grade modéré</i>	

Tableau 3 : Résumé des recommandations SFETD 2015

En 2016, la SFETD émet de nouvelles recommandations sur l'utilisation des opioïdes en douleur chronique. Les traitements de première intention sont résumés dans le tableau suivant (12) :

<u>Douleur neuropathique</u>			
Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNA) et/ou antiépileptiques gabapentinoïdes seuls ou en association.		Patch de lidocaïne et/ou capsaïcine haute concentration dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées	Neurostimulation
<u>Lombalgie chronique</u>			
Antalgiques palier 1 et/ou 2 Et/ou AINS	Traitements locaux	Exercices physiques et rééducation	Thérapies cognitivocomportementales

Tableau 4 : Traitements de première intention à envisager avant l'introduction des opioïdes forts SFETD 2016

Ces traitements doivent être prescrits progressivement selon la tolérance et l'efficacité. L'échec du traitement de première intention est défini par l'absence d'efficacité des traitements aux doses maximales ou l'intolérance des traitements entrepris. Tous les patients doivent bénéficier d'un suivi psychologique en cas de comorbidités associées. Devant une

efficacité modérée des opioïdes forts démontrée dans le soulagement des lombalgies chroniques réfractaires (discopathie dégénérative, spondylolisthésis, hernie discale ou canal lombaire étroit), et des douleurs neuropathiques périphériques ou centrales, il est recommandé de les envisager comme une **possibilité thérapeutique dans ces situations**, sous réserve impérative de respecter les recommandations. Il est recommandé d'introduire les opioïdes forts uniquement après avis d'expert et :

- **diagnostic précis de l'étiologie des douleurs chroniques ;**
- **« échec des traitements médicamenteux recommandés en première intention donnés aux doses maximales efficaces tolérées ;**
- **prise en charge globale du patient comprenant au minimum une prise charge psychologique chez les patients présentant une comorbidité dépressive ou anxieuse, une prise en charge sociale, professionnelle et rééducative pour les douleurs arthrosiques et les lombalgies chroniques » ;**
- **rédaction d'un contrat de soin entre le médecin prescripteur et le patient.**

Les situations nécessitant un avis spécialisé sont résumées dans le tableau 2. **Au-delà de 3 mois de traitement par un opioïde fort, il n'est pas recommandé de le poursuivre en l'absence de bénéfice sur le soulagement de la douleur, et/ou l'amélioration de la fonction et/ou l'amélioration de la qualité de vie.**

Les recommandations de 2016 sont en accord avec les précédentes concernant l'efficacité similaire des différents opioïdes forts. Les formes LP doivent toujours être privilégiées. Les libérations immédiates (LI) ne sont indiquées qu'en phase de titration.

c) Les recommandations internationales

En 2010, le Collège des Médecins du Québec émet des recommandations sur la douleur chronique et les opioïdes. **Les opioïdes forts peuvent être utilisés en deuxième voire troisième intention dans la douleur neuropathique et en deuxième intention dans la douleur nociceptive. Le suivi doit être rigoureux. Là aussi, les formes LP sont à privilégier, de même que les patches. Les formes LI sont à limiter.** La rotation des opioïdes peut se faire en cas d'échec du traitement à condition d'utiliser le tableau d'équianalgésie : il est conseillé de réduire d'un tiers les doses car la sensibilité du patient à la molécule choisie n'est pas connue. Il n'y a pas de doses maximales recommandées, en revanche l'apparition d'effets indésirables ou d'hyperalgésie induite aux opioïdes limitent l'augmentation des doses. En cas d'absence de réponse au-delà de **200mg d'équivalent morphinique**, une

réévaluation est nécessaire. En cas de sevrage souhaité, une diminution de 25% par mois est recommandée pour éviter un syndrome de sevrage.

Ces recommandations sont en cours de révision.(26)

En 2013 au Royaume-Uni, le National Institute for health and Care Excellence (NICE) (27) émet des recommandations sur les stratégies thérapeutiques dans la douleur neuropathique. En première intention dans les douleurs neuropathiques, peuvent être utilisés :

- *l'amitriptyline* (hors AMM en 2013 pour le Royaume-Uni)
- *la duloxétine* (AMM dans les douleurs neuropathiques périphériques diabétiques)
- *la gabapentine* (AMM dans les douleurs neuropathiques périphériques)
- *la prégabaline* (AMM pour les douleurs neuropathiques périphériques et centrales)

En cas d'inefficacité ou d'intolérance au bout de 3 mois, il faut changer pour un autre de ceux cités ci-dessus. Si le deuxième ou troisième est inefficace, il faut changer ainsi de suite. Le *tramadol* doit être utilisé seulement pour les traitements d'urgence. La *capsaïcine* est réservée aux douleurs localisées chez les patients préférant éviter ou ne supportant pas les traitements par voie orale. Les traitements suivants ne peuvent être prescrits en première intention sans avis spécialisé : *cannabis*, *patchs de capsaïcine*, *lamotrigine*, *levetiracetam*, *morphine*, *oxcarbazepine*, *topiramate*, *tramadol* (réservé aux utilisations courtes), et *venlafaxine*. Les associations de traitements ont montré une meilleure tolérance en raison d'une utilisation de doses moindres pour chaque traitement. Peu d'essais ont étudié les combinaisons médicamenteuses dans les douleurs neuropathiques.

III. Méthodes

Une étude qualitative a été réalisée, basée sur le dossier clinique et des entretiens semi-dirigés réalisés auprès du patient, de sa compagne et des professionnels de santé l'ayant pris en charge.

A. Méthodes de recueil des données

Nous avons choisi d'aborder l'histoire de la maladie du patient à partir de l'année T0 qui correspondait selon lui à l'origine des douleurs.

1) Le cas clinique

Le cas clinique a été rédigé à partir des informations recueillies dans le dossier clinique du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) de l'hôpital central. Ce dossier contenait les courriers des chirurgiens, des médecins généralistes et de l'algologue n°2. Il contenait également les courriers des algologues de l'hôpital central ayant géré le patient mais aussi l'observation clinique réalisée lors de l'hospitalisation, les entretiens du psychologue du CETD et les diverses ordonnances.

Nous n'avons pas pu récupérer le dossier clinique des médecins généralistes n°2 et 3 étant donné que le patient avait récupéré son dossier clinique lors des divers changements de médecins traitants. Nous n'avons pas pu récupérer les courriers du médecin spécialiste de la fibrose.

Nous avons fait le choix de ne pas inclure la phytothérapie dans les tableaux d'ordonnances.

2) L'entretien semi-dirigé

La méthode choisie était l'entretien semi-dirigé. Il constitue un schéma de rencontre souple, différent du questionnaire (liste de questions invariables), en fonction de la situation. (28) Malgré le guide d'entretien, l'enquêteur ne sait pas à l'avance le fond ou la forme où mènera un entretien donné. Le degré de directivité agit sur la densité de l'information et son orientation. Moins l'entretien est directif et plus l'enquêté participe à la production du sens : dans la forme, les associations d'idées, dans le fond et le contenu du discours. Ici, nous

dispositions déjà de données, ce qui a permis de réaliser un entretien semi-directif plus facile à analyser par la suite.

Nous avons élaboré un guide d'entretien reposant sur les éléments essentiels de notre questionnement (28), (29), (30). Il a été élaboré à partir de l'évaluation recommandée d'un patient douloureux chronique et selon la prise en charge avec les quatre axes (3), (31). Ce guide a permis de suivre notre ligne directrice tout en conservant une certaine flexibilité. Il est composé de trois grandes parties :

- Histoire de la maladie du patient
- Les traitements (prescrits, automédication, effets secondaires, observance)
- Avis sur la prise en charge du patient

Il était sous deux formats : un premier guide d'entretien adapté au patient et un autre adapté aux professionnels de santé l'ayant pris en charge.

B. Recueil des entretiens semi-dirigés

1) L'entretien du patient

Nous avons contacté le patient par téléphone afin de présenter notre travail de recherche, et d'obtenir son accord de participation ainsi que celui des professionnels de santé le prenant en charge. L'entretien du patient a été réalisé à son domicile (en octobre 2016), seul dans un premier temps, puis en présence de sa compagne. Son ex-femme n'a pas été contactée au vu du contexte familial.

2) Les entretiens des professionnels de santé

Nous avons ensuite contacté les professionnels de santé par téléphone ou par email afin de présenter le travail de recherche et d'obtenir leur accord de participation. Les entretiens se sont déroulés aux cabinets des professionnels. Ils ont eu lieu sur un créneau réservé pendant leurs consultations entre le mois d'octobre 2016 et novembre 2016.

3) Les professionnels sollicités

Nous avons contacté uniquement les professionnels dont l'identité nous a été communiquée par le patient.

Les médecins généralistes :

Parmi les médecins généralistes, ont été interrogés un homme et une femme. Plusieurs médecins généralistes, dont l'exercice était semi-rural, se sont succédés dans la prise en charge de Mr X. Le patient a consulté parfois plusieurs médecins différents durant la même période.

Nous n'avons pas contacté le médecin généraliste n°1 étant donné que le patient ne nous a pas communiqué son identité. Ce dernier est intervenu avant la chute mais n'a pas été présent pour la suite de la prise en charge.

Le médecin généraliste n°2 (MG n°2) a pris en charge le patient lors de l'année T2 essentiellement. Il avait une formation d'ostéopathie. Suite à une formation d'éducation thérapeutique réalisée après la prise en charge de Mr X, il a été amené à modifier sa perception de la situation.

Le médecin généraliste n°3 (MG n°3) a pris en charge le patient à partir du milieu de l'année T2.

Lors des entretiens, nous avons appris que le patient a demandé son dossier au médecin généraliste n°3 pour changer de médecin traitant.

Les pharmaciens :

Trois pharmaciens ont été contactés suite aux informations données par le patient. Ils ont accepté de nous remettre en main propre les copies des ordonnances qu'ils avaient en leur possession. Seul un pharmacien a accepté de participer aux entretiens, il s'agissait d'une femme exerçant en semi-rural. Les deux autres pharmaciens ne se souvenaient pas de l'histoire du patient.

Les algologues :

L'algologue interrogée était une femme, exerçant en milieu urbain. Elle l'a pris en charge à partir de l'année T4.

L'algologue n°1 n'a pas été contacté étant donné qu'il n'a rencontré le patient qu'une seule fois et que le patient ne nous a pas donné son accord.

4) Le recueil de données

L'intégralité de chaque entretien a été enregistrée puis retranscrite suivant le guide d'entretien pour permettre une relecture fidèle et faciliter l'analyse des données. Afin de préserver l'anonymat du patient, les noms, dates et lieux ont été remplacés par des noms de

codes. Nous avons constitué ainsi le verbatim. La version complète des verbatim est en annexe CD-Rom, (disponible sur demande). Il n'y a pas eu de retour des transcriptions des entretiens vers les enquêtés.

Les extraits d'entretiens ont été classés avec la lettre E, suivie de la première lettre de la personne interrogée (P pour patient, C pour compagne, M2 pour médecin généraliste n°2, M3 pour médecin généraliste n°3, A pour algologue, Ph pour pharmacien), suivie de la ligne citée de l'entretien.

C. Analyse des entretiens

L'analyse de discours regroupe différents outils d'analyse (analyse lexicale, linguistique, cognitive, thématique), dont le choix dépend de la méthode utilisée, de la constitution du corpus et de l'analyse statistique. Nous avons utilisé l'analyse lexicale et thématique(32). L'analyse lexicale permet de décrire « de quoi on parle » en se fondant sur les proximités entre les mots employés et la statistique fréquentielle. L'analyse thématique permet d'analyser un contenu en lisant un corpus, fragment par fragment, pour en définir le contenu et le coder selon des catégories. C'est un outil dans la recherche des perceptions et des sens permettant d'identifier les principaux objets discursifs qui circulent dans un texte donné (thèmes, concepts, mots, idées). Les logiciels d'analyse qualitative sont utilisés pour codifier, sauvegarder, chercher et extraire, lier les données, constituer des mémos, analyser le contenu. La figure suivante résume les différentes étapes d'analyse qualitative assistée par informatique :

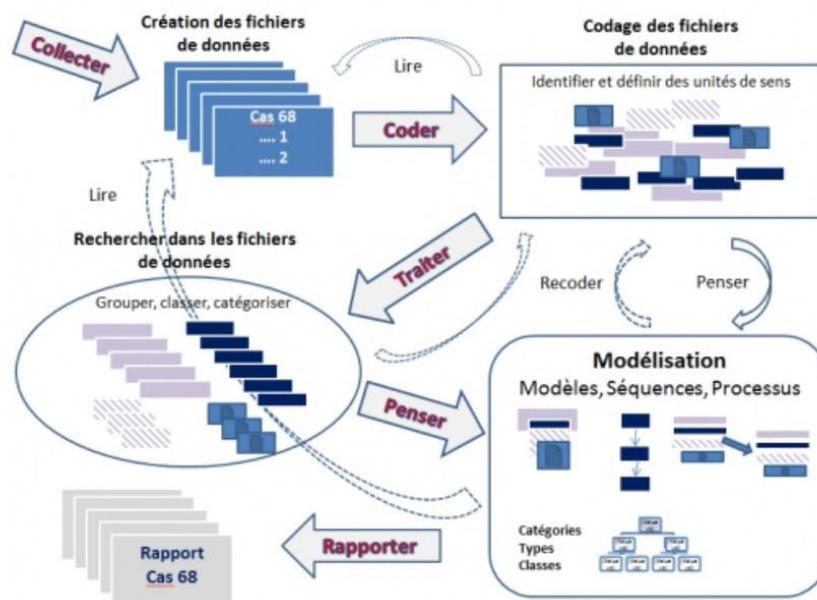


Figure 3: Le processus d'analyse supporté par les techniques informatisées. (33)

Le logiciel N'Vivo est un outil d'aide à l'analyse, qui permet d'informatiser les traitements mais n'effectue que très peu d'actions automatiques. Il se base sur la démarche de décontextualisation-recontextualisation :

- La décontextualisation consiste à sortir de son contexte un extrait du texte, afin de le rendre sémantiquement indépendant : cette étape de codage, entièrement libre et le plus souvent manuelle, permet de stocker les informations, de les qualifier et de les organiser. Pour chaque document et pour chacun des nœuds qui sont créés (un nœud est comme un répertoire qui permet de coder chaque extrait de documents), on est amené à décrire ainsi des attributs (avec un type et une valeur) et des sets (ensembles de documents similaires ou de nœuds similaires).
- La recontextualisation consiste dans N'Vivo à regrouper les nœuds pour en faire un tout intelligible et porteur de sens. Il permet de faire une relecture assistée du corpus : recherche textuelle sur un mot ou une expression, recherche des cooccurrences en croisant un attribut et un nœud.

Une analyse lexicale a été réalisée à partir du logiciel N'Vivo à partir de deux types d'analyse :

- l'analyse de fréquence de mots pour chaque corps de métiers (critères de recherche arbitraires : 7 lettres minimum, 20 mots les plus fréquents avec l'analyse des synonymes). Le terme « douleur » regroupait « douleur(s) » et « douloureux ».
- l'analyse de recherche textuelle avec les 3 mots les plus fréquemment retrouvés dans les entretiens : « douleur », « morphine », « médecin ».

Une analyse thématique a ensuite été réalisée. Pour cela le verbatim a été découpé en « unité d'analyse », c'est à dire des fragments de discours porteurs de sens. Nous avons également utilisé le logiciel N'Vivo pour nous aider dans cette analyse avec l'utilisation des nœuds suivants : drapeaux jaunes, axe médicamenteux, axe fonctionnel, axe psychologique, axe socioprofessionnel.

IV. Résultats

La durée des entretiens a varié de 30 à 45 minutes (pour les médecins et la pharmacienne) à 2 heures (pour le patient puis le patient et sa compagne).

Par soucis de lisibilité, des abréviations ont été faites (MG pour médecin généraliste, R-MG pour remplaçant du médecin généraliste).

A. Cas clinique

Mr X, âgé d'une quarantaine d'années, a été hospitalisé dans un CETD d'un hôpital central durant l'année T6, pour une prise en charge multidisciplinaire d'une lombosciatalgie chronique résistante aux antalgiques de palier 3. Après une prise en charge ambulatoire de 5 ans, marquée par des prescripteurs multiples, une escalade thérapeutique peu efficace, des effets secondaires avec une suspicion d'hépatite médicamenteuse ; une mise en échec répétée des différentes prises en charge (médicale, rééducative, psychologique) ; le patient a été adressé dans cet hôpital central pour un essai de sevrage morphinique et une évaluation multidisciplinaire.

* Antécédents médicaux et chirurgicaux :

- Asthme stade 3 traité par Seretide® et Ventoline®
- Lombalgies chroniques quelques années avant l'année T0.
- Allergie aux AINS : crise d'asthme sous diclofénac et kétoprofène.
- Pas d'antécédents chirurgicaux avant l'année T0.

* Mode de vie :

Il a été marié pendant 15 ans et a eu 2 enfants de ce premier mariage (garde alternée). Durant l'année T3, il a quitté sa femme pour vivre avec la meilleure amie de sa femme, qui a quitté également son compagnon. Un autre enfant est né de cette union. Il élevait également l'enfant de la nouvelle compagne (en garde alternée). Ils étaient donc trois à la maison une semaine sur deux, et six l'autre semaine. Les relations étaient conflictuelles avec son ex-femme, avec qui il était en instance de divorce.

Sur le plan scolaire, Mr X. a effectué des études secondaires.

Sur le plan professionnel, avant l'année T0, il était à son compte comme installateur d'alarme, son entreprise a connu des difficultés financières. Après un arrêt de travail de 6 mois, il s'est reconverti comme commercial dans le même domaine durant l'année T1. Après

un nouvel arrêt de travail de 3 ans, il a été licencié pour inaptitude professionnelle suite à une reconnaissance en invalidité de catégorie 2.

Il était inscrit à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), et bénéficiait d'une carte de stationnement et de priorité.

* Histoire de la maladie :

Année T0 :

Les lombalgies chroniques ont été majorées par une chute mécanique survenue en mars en jouant avec son fils. Une fracture sacro-coccygienne a été diagnostiquée aux urgences, à l'origine d'une douleur intense (cotée à 9/10 sur l'EN). Il a été traité par antalgiques de palier 3 (morphine), à domicile avec un alitement. Il a été en arrêt de travail durant 6 mois. Durant cette période il cotait ses douleurs à 4/10 sur l'EN.

Etant à son compte, sa situation professionnelle et financière était compliquée car il devait attendre la liquidation de sa société pour pouvoir s'inscrire à Pôle emploi et bénéficier du chômage. Il ne pouvait pas non plus bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité sociale car il était inscrit au Régime Social des Indépendants (RSI). Après de multiples démarches il a pu obtenir le RSA (Revenu de Solidarité Active).

A la fin de son arrêt de travail, il a obtenu un nouveau poste de commercial mais il a donné sa démission au bout de 3 mois, pour une incompatibilité d'humeur avec son employeur. Les douleurs (cotées à 4/10 sur l'EN) étaient traitées par de l'Actiskenan® et du paracétamol-codéiné.

Un mois après sa démission il a retrouvé un poste de commercial dans le même domaine, avec beaucoup de déplacements, environ 80000km par an en voiture et en avion. Les ordonnances de l'année T0 sont résumées dans le tableau suivant:

Mars T0	Mars T0	Avril T0	Mai T0	Juin T0
R- MG n°1	MG N° 1	MG N° 1	MG N° 1	R- MG N°1
Dafalgan-Codéiné®, 2-2-2	Skenan® LP 10mg, 1-0-1	Skenan® LP 10mg, 2-0-2	Skenan® LP 30mg, 1-0-1, 8j puis Skenan® LP 10mg, 2-0-2, 8j	Skenan® LP 10mg, 2-0-2, 8j puis Skenan® LP 10mg, 1-0-1, 8j
tétrazepam 50mg, 0,5cp-0,5cp-1cp	Actiskenan® 10mg, 3cp/jour	Actiskenan® 10mg, 3cp/j	Actiskenan® 10mg, 6cp/j, 8j puis Actiskenan® 5mg, 6cp/j, 8 j	Actiskenan® 5mg, 6cp/j
		paracétamol 1g, 3cp/j	paracétamol 1g 3 cp/j	paracétamol 1g, 3cp/j
7 jours	1 mois	14 jours	16 jours	15 jours
Juillet T0		Novembre T0		Décembre T0
R- MG N°1		R- MG N°3		R- MG N°3
Actiskenan® 5mg, 6/j, 5j puis Actiskenan® 5mg, 1-0-1, 5j puis Actiskenan® 5mg 1-0-0, 5j puis arrêt		Dafalgan Codéiné®, 2-2-2		Dafalgan Codéiné®, 2-2-2
		Actiskenan® 10mg, 2cp/j		Actiskenan® 10mg, 2cp/j
		prednisolone 20mg, 4cp le matin, 8j		
15 jours		28 jours		28 jours

Tableau 5: Ordonnances des antalgiques année T0.

Année T1 :

En novembre, après une reprise de travail de 11 mois au total, les douleurs à type de sciatalgies, se sont majorées brutalement (EN entre 6/10 et 8/10). Des antalgiques de palier 3 et des AINS ont été instaurés. Mr X. a de nouveau été en arrêt de travail à partir de cette date. Le bilan étiologique (radiographie de rachis, TDM rachis lombaire et IRM lombaire) réalisé retrouvait des discopathies L3-L4, L5-S1, avec un canal lombaire étroit.

C'est le médecin généraliste n°2 qui le suivait essentiellement, et lui a fait une séance d'ostéopathie. Les ordonnances de l'année T1 sont résumées dans le tableau suivant:

Octobre T1	2 jours plus tard	Novembre T1	Décembre T1
R- MG N°3	R- MG N°3	MG N°2	R- MG N°2
Oxynormoro® 10mg, 6cp/j	kétoprofène LP 100mg, 1cp en cas de migraine	Skenan® LP 30mg, 1-0-1	Skenan® LP 30mg, 1-0-1
	paracétamol 1g	Actiskenan® 10mg	Actiskenan® 10mg, 4/j
		diclofénac LP 100mg, 1-0-1	diclofénac LP 100mg, 1-0-1
28 jours	2 boîtes	28 jours	28 jours

Tableau 6 : Ordonnances des antalgiques année T1.

Année T2 :

Devant l'absence d'amélioration clinique avec les antalgiques de palier 3, il a été adressé au chirurgien n°1. Une cure de hernie discale L5-S1 droite a été réalisée en mars, soulageant ses douleurs pendant une très courte durée en postopératoire. La reprise chirurgicale, réalisée 4 mois plus tard, a été peu bénéfique également.

En septembre, une prise en charge a été débutée avec un médecin spécialiste de la fibrose cicatricielle, dans un grand hôpital avec la mise en place d'un protocole « fibrose ».

Plusieurs médecins généralistes le suivaient régulièrement. (Les médecins généralistes n°2 et n°3 et leurs remplaçants). Son médecin référent était le médecin généraliste n°2. Il était également pris en charge par plusieurs kinésithérapeutes, mais la prise en charge ne lui convenait pas (étirements, gainage, exercices seul).

En octobre, le médecin généraliste n°2, l'a adressé dans une clinique de la douleur, devant des lombalgies résistantes malgré des posologies élevées de morphine.

Les ordonnances de l'année T2 sont résumées dans le tableau suivant:

Janvier T2	Février T2	Mars T2	Mars T2	Avril T2	Juin T2	Juin T2
MG N°2	MG N°2	Chirurgien N°1	MG N°2	MG N°2	MG N°2	MG N°2
Skenan® LP 60mg, 1-0-1	Skenan® LP 30mg, 1-0-1	kétoprofène LP 100mg, 1-0-1, 10j	prednisone 20mg, 3-0-0, 5 j	Skenan® LP 30mg, 1-0-1	Dafalgan® 1g, 3/J	Dafalgan Codéiné®, 2-2-2
Actiskenan® 20mg, 4/j	Actiskenan® 20mg, 4/j	paracétamol 1g, 4/j	puis 2-0-0, 5 jours	Actiskenan® 20mg, 4/j	Dafalgan-Codéiné®, 6/j	prednisone 20mg, 3-0-0, 10j
				Dafalgan Codéiné®, 2-2-2	tétrazepam 0,5-0-1	nefopam 1 ampoule 2 fois/j
				prégabaline 50mg, 0-0-1		prégabaline 150mg, 1-0-1
				flurbiprofène 200mg LP 1-0-0		
28 jours	28 jours	10 jours		28 jours	1 mois	1 mois
Juillet T2	2 semaines plus tard	2 semaines plus tard	Août T2	5 jours après	Août T2	Septembre T2
MG N°2	MG N°2	Chirurgien n°1	MG N°2	MG N°3	R- MG N°3	MG N°2
nefopam IM, 1-0-1	Dafalgan Codéiné® 2-2-2	kétoprofène LP 100mg, 1-0-1	Skenan® LP 30mg, 1-0-1	Dafalgan® 1g, 3/j	Skenan® LP 60mg, 1-0-1	Skenan® LP 60mg, 1-0-1
Dafalgan Codéiné®, 2-2-2	prégabaline 150mg, 1-0-1	Dafalgan Codéiné®, 2-2-2	Actiskenan® 20mg, 1-0-1	tétrazepam, 1cp au coucher, 7J	Actiskenan® 20mg, 8 cp/j	Actiskenan® 20mg, 1 à 4 cp/j
	lamotrigine 5mg, 1 à 2 cp /j					Dafalgan® 1g
15 jours	15 jours	10 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours
Septembre T2	Octobre T2	Octobre T2	Novembre T2	Décembre T2		
Chirurgien N°1	MG N°2	MG N°2	MG N°2	MG N°2		
gabapentine 400mg 1-0-1, 8 j Puis 2-0-2, 2 mois	Skenan® LP 30mg, 2-0-2	Skenan® LP 120mg, 1-0-1	Skenan® LP 120mg, 1-0-1	Skenan® LP 120mg, 1-0-1		
	Skenan® LP 10mg, 2-0-2	Actiskenan® 20mg, 1 à 4 cp/j	Actiskenan® 20mg, 1 à 4 cp/j	Actiskenan® 20mg, 1 à 4 cp/j		
		prednisone 20mg, 3-0-0, 10j		prégabaline 50mg, 1-0-1		
2 mois	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours		

Tableau 7 : Ordonnances des antalgiques année T2.

Année T3 :

Cette année a été marquée par la séparation avec son ex-femme, en juin et l'installation concomitante avec sa nouvelle compagne.

En début d'année, il a rencontré l'algologue n°1 à une seule reprise, dans une clinique de la douleur.

Le médecin spécialiste de la fibrose le suivait tous les 6 mois de septembre T2 à août T3. Une prise en charge parallèle était réalisée par les médecins généralistes.

En septembre, un avis sur sa lombosciatalgie droite a été demandé auprès du chirurgien n°2 par le médecin spécialiste de la fibrose. Mr X avait une kinésiophobie majeure. La lombosciatalgie était mixte avec une composante mécanique (diminution de la douleur au repos) et une composante articulaire (soulagement en cyphose et une impossibilité de rester assis sans chercher une position antalgique). Elle était déclenchée par l'hyperextension du rachis et la rotation lombo-sacrée. Il y avait une cellulomyalgie au palper-rouler à la face latérale de la cuisse droite et à la jambe droite, confortant la participation des articulaires. Son traitement comprenait de la morphine et le protocole « fibrose ». La radiographie de rachis lombaire en charge montrait un pincement discal complet L5-S1 postérieur, avec une mobilité résiduelle de 5 degrés sur les clichés dynamiques, une discopathie L3-L4 et un rétrolisthésis par affaissement discal. L'IRM lombaire montrait une anomalie des plateaux vertébraux avec un stade Modic 1 à 2 en L5-S1, et un stade Modic 3 avec un hyper signal des articulaires L4-L5. Le chirurgien n°2 recommandait une hospitalisation en centre de rééducation pour la réalisation d'infiltrations articulaires L4-L5 droit et L5-S1 droit et gauche; suivie d'une immobilisation test et transitoire par corset hémibermuda droit. L'objectif était d'essayer de sortir le patient de sa kinésiophobie. Si cette prise en charge était un échec, une prise en charge chirurgicale par arthrodèse L5-S1 devrait être discutée.

En septembre, le médecin généraliste n°3 est devenu son médecin référent jusqu'en octobre de l'année T6. Les ordonnances de l'année T3 sont résumées dans le tableau suivant:

Janvier T3	Février T3	Mars T3	Mars T3	Mars T3	Mars T3
Médecin spécialiste fibrose	MG N°3	R- MG N°2	MG N°2	MG N°2	MG N°2
oxycodone LP 80mg, 1-0-1	oxycodone LP 100mg, 1-0-1	oxycodone LP 80mg, 1-0-1	oxycodone LP 80mg, 1-0-1	fentanyl 25µg, 1 patch toutes les 72h à la place de l'oxycodone et de l'oxynorm	fentanyl 100µg, 1 patch toutes les 72h
Oxynorm® 10mg, 1 à 4 cp /j	Oxynorm® 10mg, 1 à 4 cp /j		Oxynorm® 10mg, 1 à 4 cp /j		
28 jours (chevauchement)	28 jours (chevauchement)	1 boîte	28 jours	28 jours	28 jours
Avril T3	Mai T3	Juin T3	Juillet T3	Aout T3	Septembre T3
R- MG N°2	MG N°2	MG N°2	MG N°2	R- MG N°2	MG N°3
fentanyl 125µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 100µg, 1 patch toutes les 72h + fentanyl 50µg, 1 patch toutes les 72h + fentanyl 25µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 100µg, 1 patch toutes les 72h + fentanyl 50µg, 1 patch toutes les 72h + fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 100µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 150µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 150µg, 1 patch toutes les 72h
				Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp/j	Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp / jour
					(chevauchement)
28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours
Octobre T3	Novembre T3	Décembre T3	Décembre T3		
R- MG N°3	R- MG N°3	SSR	SSR		
fentanyl 150µg, 1 patch toutes les 72h + fentanyl 50µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 100µg, 2 patch toutes les 72h	oxycodone LP 20mg, 2-0-2 + oxycodone LP 10mg, 1-0-1	oxycodone LP 20mg, 1-0-1 + oxycodone LP 10mg, 1-0-1		
		Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp /j	Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp /j		
28 jours	14 jours	3 jours	3 jours		

Tableau 8: Ordonnances des antalgiques année T3.

Année T4 :

En janvier, la prise en charge en centre de rééducation n°1 a été marquée par un échec. Lors de ce séjour de 5 semaines, Mr X. a bénéficié d'un corset hémibermuda; les morphiniques ont été diminués tout en majorant progressivement l'activité physique. La rééducation a été arrêtée devant l'intensité des douleurs.

En février, le chirurgien n°2 constatait le soulagement initial des douleurs par l'immobilisation par corset hémibermuda, ce qui confortait leur caractère mécanique. L'IRM lombaire révélait une discopathie L5-S1 stade Modic 2 sans discopathie sus-jacente. Une prise en charge chirurgicale a été proposée devant la concordance radio-clinique, l'ancienneté des douleurs et le handicap. Une arthrodèse L5-S1 postéro-latérale instrumentée et intersomatique a été recommandée. Un deuxième avis a été demandé par le patient auprès du chirurgien n°3, qui a réalisé une arthrodèse L5-S1 par voie antérieure en février T4. En postopératoire, l'oxycodone a été arrêté avec un relai par tramadol et des interdoses d'Oxynorm®.

En mars, une prise en charge en consultation de la douleur a été débutée dans un hôpital périphérique par l'algologue n°2, avec un suivi trimestriel. L'amitriptyline introduite par l'algologue, était efficace mais a été arrêtée à la demande du patient devant une prise de poids de 15 kilogrammes en 1 an.

En mai, Mr X. a été pris en charge en centre de rééducation n°2 pendant 5 semaines.

En septembre, une évaluation par un médecin rééducateur dans le centre de rééducation n°3 a été demandée par l'algologue n°2 ; il le rencontrera en février T5.

En novembre, le patient a été reconnu en invalidité catégorie 2 avec perception d'une pension de la valeur de son salaire (demande effectuée par le médecin généraliste n°2), puis licencié pour inaptitude professionnelle par son entreprise après 3 ans d'arrêt de travail.

Un psychologue, rencontré à deux reprises, a conclu que la prise en charge n'était pas nécessaire.

En décembre, la duloxétine a été introduite pendant 3 mois par l'algologue n°2 mais peu efficace et marquée par l'apparition concomitante d'une perturbation du bilan hépatique.

Les ordonnances de l'année T4 sont résumées dans le tableau suivant:

Janvier T4	Février T4	Février T4	Février T4	Mars T4
SSR Centre N°1	R- MG N°3	Anesthésiste	R- MG n°3	Algologue n°2
oxycodone LP 10mg, 1-0-1	Oxynorm® 10mg, 4 cp/j	Oxynorm® 10mg, 4 cp/j	tramadol LP 100mg, 1-0-1	oxycodone LP 10mg, 1-0-1, 7 j puis 1-0-0, 7 j puis ARRET
Oxynormoro® 10mg, 4/j si besoin	oxycodone LP 10mg, 1-0-1	tramadol LP 100mg, 1-0-1	oxycodone LP 10mg, 1-0-1	Oxynorm® 10mg, 1 à 6 cp/j
paracétamol 1g, 1-1-1			Oxynorm® 10mg, 4 cp/j	
prégabaline 200mg, 1-0-1			paracétamol 1g, 4/j	
14 jours	14 jours	14 jours	28 jours	28 jours
Avril T4	Mai T4	Mai T4	Mai T4	Juin T4
Algologue n°2	SSR centre n°2	SSR centre n°2	SSR centre n°2	Algologue N°2
amitriptyline 25mg, 1cp à 21h, 7 jours, puis 2 cp à 21h, 3 semaines	Moscontin® LP 10mg, 1-0-1	Moscontin® LP 30mg, 1-0- 1	tramadol LP 100mg, 1-0-1	tramadol LP 200mg, 1-0-0
à l'arrêt de l'oxycodone LP : prendre tramadol LP 200mg, 1-0-1	Sevredol® 10mg, 6/j	Sevredol® 10mg, 6/j	Orozamudol® 50mg, 1-1-1	tramadol LP 100mg, 0-0-1
		amitriptyline 75mg 0-0-1	amitriptyline 75mg 0-0-1 si amélioration des douleurs, diminution à 50mg dans 2 semaines	tramadol 50mg, 1 à 2 cp si douleur
		paracétamol 500mg, 2-2-2-	paracétamol 500mg, 2-2-2-	amitriptyline 50mg, 0-0-1
	3 jours	14 jours	1 mois	1 mois
Juillet T4	Octobre T4	Novembre T4	Décembre T4	
Algologue N°2	MG N°3	Algologue N°2	Algologue N°2	
arrêt tramadol	oxycodone LP 40mg - 0 - 30mg	arrêt amitriptyline	oxycodone LP 40mg, 1cp à 9h	
oxycodone LP 10mg, 1-0-1 2j	Oxynorm® 10mg, 4 cp / jour si douleur	duloxétine 30mg, 1-0-0, 1 mois	oxycodone LP 30mg, 1 cp à 21h	
puis oxycodone LP 10mg, 2-0-2	amitriptyline 50mg, 0-0-1	puis duloxétine 60mg, 1-0-0, 1 mois	Oxynormoro® 10mg, 6cp/j si douleur	
Oxynormoro® 10mg 4cp/j si douleur	amitriptyline 25mg, 1-0-0		duloxétine 60mg, 1-0-0	
	paracétamol 1g, 1-1-1		paracétamol 1g	
1 mois	1 mois	2 mois	28 jours	

Tableau 9: Ordonnances des antalgiques année T4.

Année T5 :

Le patient a essayé la sophrologie, (arrêtée pour des raisons financières et parce qu'il ne réussissait pas à utiliser les techniques lorsque la douleur était intense), l'acupuncture et le reiki. Il a rencontré deux psychologues qui lui ont conseillé de faire de l'hypnose. Le TENS a également été essayé en mode gate control, mais peu efficace. La chaleur a été aussi utilisée pour soulager ses douleurs de manière partiellement efficace.

En février, la rééducation en hôpital de jour, préconisée par le médecin rééducateur du centre de rééducation n°3, n'a pas été mise en place.

Un nouveau séjour en centre de rééducation n°3 a eu lieu en milieu d'année pendant 2 semaines.

En septembre, Mr X. a été hospitalisé 3 jours pour des perfusions de Kétamine® à l'hôpital périphérique, dans l'objectif de réduire de deux tiers les doses de morphine ; cela n'a pas été bénéfique.

Il a été de nouveau hospitalisé en centre de rééducation n°3 en septembre.

En octobre, il a essayé le cannabis inhalé pendant 10 jours, soulageant la douleur pendant une heure. Le temps d'inhalation de cannabis a été progressivement augmenté mais la survenue d'un « bad trip » avec des hallucinations a motivé son arrêt.

En novembre, Mr X a revu le chirurgien n°3 devant la persistance des douleurs. A l'examen, il n'y avait pas de conflit disco-radicaire résiduel sur les 3 derniers disques lombaires, l'arthrodèse était bien consolidée.

A la fin de cette année, une demande de prise en charge au CETD de l'hôpital central a été réalisée par l'algologue n°2, devant l'échec de la prise en charge. Le patient n'avait plus de suivi psychologique : il n'a bénéficié que d'une seule consultation chez le psychologue de l'hôpital périphérique avant de passer à un psychologue libéral dont le suivi était suspendu. Les douleurs n'étaient pas soulagées par la morphine. Elle suspectait une hyperalgésie à la morphine et souhaitait une évaluation multidisciplinaire pour évoquer les facteurs de renforcement. Une addiction aux opioïdes était également suspectée devant des posologies élevées depuis 4 ans.

Les ordonnances de l'année T5 sont résumées dans le tableau suivant:

Janvier T5	Février T5	Mars T5	Avril T5	Avril T5	Mai T5
MG N°3	MG N°3	MG N°3	R- MG N°3	MG N°3	MG N°3
oxycodone LP 40mg, 1-0-1	oxycodone LP 40mg, 1-0-1	oxycodone LP 40mg, 1-0-1	oxycodone LP 40mg, 1-0-1	oxycodone LP 40mg, 1-0-1	oxycodone LP 40mg, 1-0-1
Oxynorm® 10mg, 4 cp/j	Oxynorm® 10mg, 4 cp/j	Oxynorm® 10mg, 3 à 5 cp/j si douleur	Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp/j si douleur
amitriptyline 25mg, 0-0-1, 1 semaine puis, 0-0-2, 1 semaine puis, 0-0-3, 2 semaines		amitriptyline 40mg, 20 gouttes le soir, puis diminuer de 5 gouttes tous les 5 jours jusqu'à arrêt définitif			
paracétamol 1g		paracétamol 1g			
28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours
Juin T5	Août T5	Août T5	Septembre T5	Octobre T5	Novembre T5
MG N°3	MG N°3	MG N°3	MG N°3	MG N°3	Algologie N°2
oxycodone LP 40mg, 1-0-2	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 25µg, 1 patch toutes les 72h
Oxynorm® 10mg, 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 10mg, 4 à 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 20mg, 4 à 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 20mg, 4 à 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 20mg, 6 cp/j si douleur	Oxynorm® 20mg, 6cp / j
28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	28 jours
Novembre T5	Décembre T5	Décembre T5	Fin Décembre T5		
Algologie N°2	MG N°3	Algologie n°2	MG n°3		
amitriptyline 3 gouttes matin midi 3j, puis 5 gouttes matin midi	fentanyl 50µg 1 patch toutes les 72h	escitalopram 5mg, 1cp/j	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h		
amitriptyline 25mg 0-0-1		diazépam 5mg, 0,5-0,5-0,5 surveillance dyspnée	Oxynorm® 20mg, 6cp par jour		
14 jours	14 jours	1 mois	28 jours		

Tableau 10: Ordonnances des antalgiques année T5.

Année T6 :

Le suivi psychologique et kinésithérapeutique était interrompu. Seule la chaleur était utilisée pour soulager ses douleurs.

En mars, le bilan pré-admission (réalisé par le psychologue du CETD) évaluait le retentissement de la douleur ; un contrat de soins a été rédigé avec le patient. Ce dernier décrivait un sommeil difficile avec des réveils nocturnes provoqués par la douleur.

Concernant l’item « anxiété et troubles de l’humeur », il disait : que « le moral n’était pas bon » ; avoir vu des psychologues en rapport avec la douleur : « L’hypnose me fait du bien ». Pour l’item « stratégies d’appréhension de la douleur et coping », il disait : « Je survis et je fais avec » ; il demandait d’« être mieux au quotidien, profiter de la vie ». Les objectifs de soins négociés étaient les suivants : le patient aimerait être sevré de la morphine à cause de l’hépatite médicamenteuse, et souhaiterait refaire des étirements. Les résultats des différents questionnaires étaient les suivants :

- Questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression): Anxiété 5/ 21 Dépression 10/21
- Questionnaire appréhension-évitement concernant l’activité physique: 8/30
- Questionnaire DN4 : 5/7

Coping Strategies Questionnaire (CSQ):
Soutien social : 27/36 soit 75/100
Evitement : 18/24 soit 75/100
Réinterprétation des sensations douloureuses : 17/24 soit 70/100
Auto Encouragement : 21/24 soit 87,5/100
Déni : 19/24 soit 79/100
Prière Espoir : 18/24 soit 75/100
Catastrophisme : 19/24 soit 79/100
Activités Comportementales : 15/20 soit 75/100
Thérapeutiques : 17/20 : soit 85/100

En avril, lors de la consultation de suivi, l’algologue n°2 décrivait un déconditionnement physique global lombaire et sous pelvien. Le traitement comprenait un patch fentanyl 75µg tous les 3 jours. Une hyperalgésie et une addiction à la morphine étaient suspectées. Elle évoquait une substitution à la méthadone dans le cadre d’un sevrage à visée antalgique, et suspectait également une hépatite médicamenteuse devant un bilan biologique perturbé (cytolyse et une cholestase biologique). Une consultation en gastroentérologie a été proposée au patient.

Deux mois plus tard soit 7 mois après la demande de l’algologue n°2, le patient a été hospitalisé pendant 2 semaines au CETD de l’hôpital central (hôpital de semaine avec retour à domicile le weekend).

A l’admission, l’examen clinique retrouvait un syndrome rachidien majeur, une lombosciatalgie et cruralgie droite, des troubles proprioceptifs du membre inférieur droit avec

une perte d'équilibre unipodal droit, sans déficit moteur. Il se plaignait de constipation chronique. La douleur était cotée à 7/10 sur l'EN pour un intervalle allant de 6 à 9/10.

Le traitement d'entrée comprenait : fentanyl 75µg/72h, Oxynormo® 20mg 6 à 8 cp/jour, paracétamol 1g, 1 à 2 cp/j, la lidocaïne 5% un emplâtre le soir, salbutamol, Seretide®, macrogol.

Sur le plan fonctionnel, il y avait un retentissement majeur de la douleur avec une kinésiophobie : une clinophilie de 20 à 22 heures par jour (il déjeunait parfois au lit) et un périmètre de marche de 800 mètres avec appui. Il avait un dérouillage matinal de 2 heures. La kinésithérapie était interrompue.

Sur le plan psychologique, le moral était fluctuant avec des troubles du sommeil en lien avec des douleurs nocturnes.

Le patient n'avait plus d'activité professionnelle depuis l'année T1.

Une évaluation pharmacologique a été réalisée : le patient déclarait que l'effet recherché par les consommations d'opioïdes était antalgique et ne recherchait aucun effet psychoactifs positifs. Il décrivait un dégoût pour l'Oxynorm®, et ne supportait plus le goût du médicament. Plusieurs items du score d'évaluation de la dépendance aux substances étaient positifs pour le fentanyl et l'oxycodone (oxycodone: tolérance, signes de sevrage à l'arrêt; désir d'arrêt actuel ; persistance de la consommation malgré les conséquences sur sa santé (constipation) ; fentanyl: tolérance ; désir d'arrêt actuel et tentatives infructueuses d'arrêt (essais précédents avec encadrement médical - Kétamine®) ; persistance de la consommation malgré les conséquences sur sa santé (constipation)).

Concernant l'observance, il avait un score MMAS- 8 (Morisky-Medication Scale Adherence ; version validée en français) de 5.75/8 correspondant à une observance modérée.

Une évaluation des « représentations sur le traitement antalgique par le patient » à l'aide du questionnaire BMQ (Beliefs about Medicine Questionnaire validé en français) a été réalisée. Les scores obtenus par le patient étaient:

- partie 1 : représentation des médicaments antalgiques prescrits :
 - axe 1 : perception de la nécessité du traitement prescrit. Score : 5/25
 - axe 2 : perception d'inquiétudes en termes de risque de dépendance, de toxicité à long terme et d'effets indésirables. Score : 16/25
- partie 2 : représentation des médicaments en général :
 - axe 3 : perception d'une dangerosité vis-à-vis des médicaments en général. Score : 18/20
 - axe 4 : perception d'une sur-prescription médicamenteuse. Score : 19/20.

Cela signifiait que le patient percevait son traitement antalgique comme peu nécessaire et nuisible à sa santé.

Prise en charge pluridisciplinaire au CETD:

❖ Prise en charge médicamenteuse :

- Diminution progressive de la morphine avec un relai par du Skenan® et des interdosages d'Actiskenan®.
- Trois perfusions d'amitriptyline à une dose croissante de 25, 50 et 75mg : bien tolérées.
- Syndrome de sevrage pallié par du cyamémazine 5 gouttes 3 fois par jour à la demande.
- Séances d'éducation thérapeutique avec apprentissage des stratégies de gestion des accès douloureux.

Le traitement de sortie comprenait : fentanyl 25µg, Actiskenan® 10mg pendant 3 semaines ; puis diminution du fentanyl à 12,5µg avec de l'Actiskenan® 10mg pendant 2 semaines ; puis arrêt du Skenan® avec un relai par du tramadol LP 100mg, du tramadol LI et du paracétamol.

Une prise en charge par rTMS (stimulations répétées magnétique transcrânienne) a été proposée au patient (une séance quotidienne pendant 5 jours puis une séance mensuelle pendant 6 mois) après la réalisation d'un IRM de neuronavigation.

❖ La prise en charge fonctionnelle comprenait une prise en charge kinésithérapeutique avec des ateliers de groupe visant à l'apprentissage des auto-étirements, des séances individuelles, une activité physique régulière de marche. Il a également essayé le TENS en mode « gate control » de manière plus régulière. Cela a permis de diminuer le temps de récupération après l'activité physique. Une prise en charge en ostéopathie a été débutée. Lors du bilan fonctionnel à la sortie du CETD, il cotait sa douleur à 6/10 sur l'EN et le retentissement fonctionnel de la douleur à 8/10. Le périmètre de marche était supérieur à 800 mètres par jour avec une canne. Il utilisait le TENS pour mieux récupérer physiquement. Il a évoqué une prise de conscience sur l'importance de la reprise d'activité physique adaptée et régulière. L'équipe a préconisé des séances de kinésithérapie active puis un séjour en rééducation fonctionnelle en octobre.

❖ L'évaluation initiale psychologique n'a pas retrouvé d'affects anxiodépressifs (score HAD). Cela a été confirmé par la consultation avec un psychiatre. Lors de l'hospitalisation, il a participé à des séances de thérapie à médiation corporelle : relaxation, sophrologie. Il a aussi participé aux groupes de parole et a bénéficié d'entretiens

conjugaux pour travailler le mode de fonctionnement du couple. Une proposition d'antidépresseurs a été refusée par le patient. L'équipe médicale aurait souhaité travailler sur la mise en place d'un suivi psychiatrique. Un suivi psychothérapeutique a été débuté avec le psychologue du service.

❖ Sur le plan socioprofessionnel, Mr X. a évoqué l'idée d'une association.

Le suivi devait être fait par l'algologue n°2 en prescripteur unique.

L'IRM cérébrale, réalisée 2 semaines après la sortie, était normale.

Deux semaines après la sortie du CETD, le patient a contacté par email l'algologue n°2 devant l'impossibilité de suivre la prescription d'antalgiques. Il consommait jusqu'à 7 comprimés d'Actiskenan® par jour. L'Actiskenan® 10 mg a été renouvelé avec 4 comprimés par jour, en chevauchement, avec information du CETD.

La semaine suivante, la rTMS a été débutée tous les jours pendant 5 jours. Des céphalées bilatérales, en casque sont apparues une semaine après les séances de rTMS.

Un mois plus tard lors de la consultation avec l'algologue n°2, les séances de rTMS n'avaient pas eu d'effets bénéfiques. Le traitement par morphine qui avait été diminué des deux tiers lors de l'hospitalisation au CETD, était de nouveau majoré par le patient. Le suivi kinésithérapeutique n'était pas débuté, le patient ne se projetait pas dans cette prise en charge. Le temps d'alitement était réduit et les activités reprises. Le patient disait avoir compris l'importance de lutter contre la sédentarité. Le bilan hépatique s'était amélioré.

Le mois suivant, lors de la consultation avec l'algologue n°2, Mr X. restait difficilement assis sur sa chaise, il n'avait toujours pas fait de kinésithérapie. Le niveau d'activité était conservé. Son principal objectif était de rester actif. Son traitement comprenait du fentanyl 25µg tous les 3 jours et de l'Actiskenan® 20 mg toutes les 4 heures. La rTMS avait été arrêtée devant les céphalées pariétales persistantes. Elle a décidé de le laisser réduire les interdoses d'Actiskenan®. Elle s'est interrogée sur la prescription de tramadol, qui ne pourrait être prescrit à son sens qu'en cas de réduction de l'Actiskenan® à 40 mg par jour.

Trois semaines plus tard, Mr X. a revu l'algologue du CETD. Les séances de rTMS n'avaient pas eu d'effets bénéfiques sur les douleurs. Les céphalées survenues secondairement aux séances de rTMS étaient en cours de régression. Il marchait 30 à 60 minutes par jour avec une canne. Le temps passé au lit n'était plus que de 15 heures par jour. Son traitement

comprenait de l'Actiskenan® 10mg 8 comprimés par jour, fentanyl 25µg un patch tous les 3 jours. La stimulation médullaire a été évoquée, mais le patient était réticent.

En octobre T6, le patient a de nouveau changé de médecin traitant.

Les ordonnances de l'année T6 sont résumées dans le tableau suivant :

Janvier T6	Février T6	Mars T6	Mars T6	Avril T6
Algologue N°2	MG N°3	MG N°3	MG N°3	MG N°3
fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	lidocaïne 5%, 1 emplâtre une fois par jour pendant 12h
Oxynorm® 20mg, 6 cp/j	Oxynorm® 20mg, 6 cp/j	Oxynorm® 20mg, 6 cp/j	Oxynorm® 20mg, 6 cp/j	paracétamol 1g, 4cp/j si douleur
28 jours	28 jours	14 jours	28 jours	1 mois
Avril T6	Mai T6	Mai T6	Juin T6	Juin T6
Algologue N°2	Algologue N°3	Interne CETD	Algologue N°3	Autre Algologue
fentanyl 75µg, 1 patch toutes les 72h	Skenan® LP 100mg, 1-0-1, 3 jours	Skenan® LP 100mg, 1-0-1, 2 jours	fentanyl 25µg, 1 patch toutes les 72h	Actiskenan® 10mg, 8cp par jour
Oxynorm® 20mg, 6 cp/j si douleur	Actiskenan® 30mg, 4 cp par jour	Actiskenan® 30mg, 4 cp par jour, 2 jours	Actiskenan® 10mg, 4 cp par jour	
lidocaïne 1 emplâtre toutes les nuits pendant 12h	cyamémazine 5 gouttes, 3 fois par jour			
28 jours			28 jours	14 jours
Juillet T6	Juillet T6	Septembre T6	Octobre T6	
MG N°3	Algologue n°2	Algologue n°2	MG n°4	
paracétamol 1g, 3cp/j	fentanyl 25 µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 25 µg, 1 patch toutes les 72h	fentanyl 25 µg, 1 patch toutes les 72h	
	Actiskenan® 10mg, 4 cp/j	Actiskenan® 10mg, 4 cp/j	Actiskenan® 10mg, 4 cp/j	
		paracétamol 1g, 3 cp/j	Actiskenan® 5mg, 2 cp 4 fois par jour	
28 jours	28 jours	28 jours	28 jours	

Tableau 11: Ordonnances des antalgiques année T6

B. Analyse lexicale

1) Requête par la recherche par fréquence de mots via logiciel N'Vivo

Les tableaux sont en annexe.

Dans tous les entretiens, le mot le plus cité était la « **douleur** » (130 fois). La « **morphine** » était citée 93 fois. Le terme « traitement » (associant traitement et prescriptions) revenait 79 fois. Les personnes les plus citées étaient le « **médecin** » (98 fois), le « patient » (57 fois), le « généraliste » (35 fois), le « chirurgien » (33 fois), l'« algologue » et la « compagne » (respectivement citées 25 fois). La « rééducation » était citée 36 fois. Le terme « consultation » était cité 27 fois. Le « travail » était abordé 24 fois, le « problème » 23 fois. Les verbes les plus utilisés étaient « demandais » (23 fois), et « adressé » (22 fois). Les adverbes les plus utilisés étaient : « toujours » (51 fois) et « beaucoup » (30 fois).

Les termes les plus cités par le patient étaient la « **douleur** » (29 fois) et « **morphine** » (25 fois). Les termes « **médecins** » et « **traitements** » (regroupant traitements et médicaments) étaient cités 22 fois respectivement. L'« algologue » revenait 12 fois. Le « généraliste » était cité 11 fois. La « rééducation » était citée 9 fois. Les autres traitements cités le plus souvent étaient le « paracétamol » (9 fois) et « amitriptyline » (8 fois). Les verbes les plus utilisés par le patient étaient « arrêter » (11 fois), « voulais » (10 fois), « faisais » (9 fois), « prenais » (7 fois). Les adverbes les plus cités étaient « maintenant » (regroupant aujourd'hui et maintenant : 16 fois) et « efficace » (11 fois). La « maladie » était citée 8 fois et le « problème » 7 fois.

Le terme le plus cité par les professionnels de santé était la « **douleur** » (83 fois). La « **morphine** » était citée 57 fois. Les personnes les plus citées étaient le « **médecin** » (66 fois), le « patient » (55 fois), le chirurgien (24 fois), la compagne (19 fois), le généraliste (19 fois). Le « **traitement** » (regroupant les termes traitement, traitant, prescriptions) revenait 62 fois. La « rééducation » était citée 23 fois, le centre « antidouleur » 17 fois. Le « travail » était cité 19 fois. Les termes « compliqué » et « problème » étaient cités 16 fois respectivement. Les adverbes les plus utilisés étaient « toujours » (40 fois), « beaucoup » (21 fois), « quelque » (18 fois). Le verbe « adressé » était utilisé 17 fois.

Les termes les plus cités par les médecins étaient « **douleur** » (73 fois), « **médecin** » (51 fois), « **patient** » (48 fois) et **morphine** (47 fois). Le terme traitement (regroupant traitant, traitement et prescriptions) était cité 45 fois, l'«**amitriptyline** » était citée 11 fois. Les personnes les plus citées étaient le « **chirurgien** » et le « **généraliste** », respectivement 23 fois, et le psychologue (11 fois). La « **consultation** » revenait 25 fois, la « **rééducation** » 19 fois, le « **travail** » 16 fois, et l'« **hôpital** » 14 fois. Les verbes les plus cités étaient « **adressé** » (17 fois), « **demandé** » (12 fois). Les adverbes les plus employés étaient « **toujours** » (31 fois), « **beaucoup** » (16 fois). Le mot « **compliqué** » revenait 13 fois.

Les termes les plus cités par le pharmacien étaient les « **médecins** » (17 fois) et la « **douleur** » (16 fois). La « **compagne** » était citée 11 fois alors que le « **patient** » était cité 7 fois. La « **morphine** » et les « **traitements** » étaient cités respectivement 10 fois. Le mot « **problèmes** » revenait 7 fois, le mot « **hépatique** » (6 fois) et sevrage (5 fois). Les verbes les plus utilisés étaient « **commencé** » (5 fois) et « **fonctionnait** » (5 fois). Les adverbes les plus cités étaient « **toujours** » (10 fois), « **beaucoup** » (5 fois) et « **vraiment** » (5 fois). Les termes les moins fréquents (cités respectivement 4 fois) étaient « **parcours** », « **pharmacien** », « **professionnel** », « **conjoint** ».

Les mots les plus cités par la compagne étaient la « **douleur** » (13 fois) et la « **morphine** » (11 fois). Les personnes les plus citées étaient le « **médecin** » (10 fois), les « **enfants** » (7 fois), « **l'algologue** » (5 fois), le « **généraliste** » (5 fois), le « **chirurgien** » (4 fois). La « **fibrose** » était citée 6 fois, la « **relation** » (5 fois). Le mot « **difficiles** » était utilisé 5 fois. Les mots « **période** » et « **rééducation** » respectivement cités 4 fois. Les verbes les plus utilisés étaient « **demandais** » (9 fois), « **adressé** » (4 fois) et « **faisais** » (4 fois). Les adverbes les plus utilisés étaient : « **toujours** » (6 fois), « **beaucoup** » (5 fois), « **vraiment** » (5 fois), « **important** » (4 fois).

2) Requête par la recherche textuelle via le logiciel N'Vivo

Les trois mots les plus fréquents dans les entretiens étaient la douleur, le médecin et la morphine. Nous avons donc choisi ces termes pour la recherche textuelle. Les figures sont en annexe.

La recherche textuelle du terme médecin via la synapsie faisait apparaître d'autres termes: « **généraliste** », « **traitant** », « **changement** », « **adressé** » « **spécialiste** de la

fibrose », « rééducateur », « ostéopathe », « dialogue », « renouvellement », « gère les traitements », « compliqué », « pas satisfaisant », « essaie de faire au mieux ».

La recherche textuelle du terme douleur via la synapsie faisait apparaître les termes suivants: « **chronique** », « **consultation** », « **centre antidouleur** », « seuil de tolérance », « morphine », « je vis avec », « c'est la maladie qui nous », « je fais avec », « c'est toujours insurmontable », « souffrance », « persistante », « revenait », « parcours de vie », « intensité », « trop forte », « présente », « surconsommation d'antalgiques », « antidépresseur », « conséquences », « pas d'effet sur ».

La recherche textuelle du terme morphine via la synapsie faisait apparaître: « **prescription** », « **posologie** », « essayer de me sevrer », « augmentation », « diminution », « bien toléré », « paracétamol », « interdoses », « contractualise », « drogué », « addiction », « soulagé », « dépassé un peu l'ordonnance », « échec », « foie », « constipation », « essoufflé ».

C. Analyse thématique

La prise en charge a été divisée en quatre axes : médicamenteux, fonctionnel, psychologique et socioprofessionnel.

1) Axe médicamenteux

La prise en charge a été très médicalisée avec de multiples avis chirurgicaux, de multiples changements de thérapeutiques et l'intervention de beaucoup de médecins différents.

a) Perception des drapeaux jaunes :

Le patient n'était pas concerné par les drapeaux suivants : « âge élevé », « sexe féminin », « mauvais état général avec arrêt maladie », « litiges médico-légaux », « autre douleur associée » (« *jeune, sportif en bon état général* » EA/10).

Les facteurs de chronicisation retrouvés étaient :

- Les antécédents de lombalgie et de chirurgie lombaire, cités par tous sauf la compagne et le MG n°2.

- La sciaticque a été décrite par l'algologue et le patient (« *douleur neuropathique L5 droite* » EA/13; « *sciaticques à répétition* » EP/36).
- Tous ont abordé la durée de la lombalgie (« *chute en mars T0* » EP/30 ; « *Avant l'accident j'avais des petites lombalgies mais sans plus "comme tout le monde"* » EP/36 ; « *Je l'ai vu de novembre T1 à octobre T4* » EM2/48 ; « *sous morphine avant l'opération, depuis longtemps* » EM3/11 ; « *année T0. [...] à partir de là que les problèmes physiques ont commencé à mon avis* » EPh/8 ; « *lombalgies puis une hernie discale. La première chirurgie en l'année T2 [...] A partir de là, s'installe la chronicisation* » EA/11), et l'intensité de la douleur (« *j'avais 10/10* » EP/218 ; « *comportement douloureux spectaculaire* » EA/190; « *très douloureux* » EM2/19 ; « *douleur est trop forte* » EC/127 ; « *douleurs intenses* » EM3/178 ; « *insurmontable* » EPh/90).
- La médicalisation de la douleur a été décrite (« *un tas de problèmes passaient par le médecin, la thérapeutique, les médicaments* » EPh/19). Les résultats du questionnaire BMQ (rempli lors de l'hospitalisation), montraient que le patient pensait à une sur-prescription médicamenteuse. Dans son entretien, il a confirmé cette pensée par rapport à la morphine (« *Oui surtout de la morphine* » EP/253).

b) Prise en charge médicamenteuse :

➤ Les antalgiques :

Le parcours médicamenteux était complexe avec de multiples variations de posologies (« *un autre médecin qui avait majoré le Skenan®* » EM2/29 ; « *diminution de la morphine a été dure* » EC/117 ; « *On faisait un copier-coller de la prise en charge de trois ans auparavant où il avait pris du fentanyl 200µg avec une consommation d'interdoses de morphine* » EA/83) ; et de molécules (« *Il était passé à 120 mg de Skenan LP®* » EM2/29 ; « *je l'ai mis sous oxycodone, je ne savais plus quoi faire. Je me suis dit si le Skenan® ne fonctionne pas peut être qu'il faut changer de molécule* » EM2/40 ; « *Il était sous fentanyl 75µg* » EM3/17 ; « *il avait pris du fentanyl 200µg avec une consommation d'interdoses de morphine. Ensuite il a eu de l'oxycodone* » EA/84 ; « *patch de 200µg de morphine avec de l'oxycodone libération immédiate 20 mg* » EC/95). Certains se sont alertés devant des posologies élevées de morphine (« *doses faramineuses de morphine* » EC/92 ; « *Qu'est-ce qui fait qu'un patient d'une quarantaine d'années se retrouve avec cette posologie de morphine pour une douleur chronique non cancéreuse* » EA/226 ; « *Cela commençait à faire de bonnes doses [...] cela ne relevait plus de la compétence d'un médecin généraliste.* » EM2/30 ;

« dosages assez importants : Skenan® LP 60 mg matin et soir » EM3/12). La majoration des posologies pouvait s'expliquer par la plainte verbale et le comportement douloureux du patient selon l'algologue. (« L'augmentation de la morphine a du être favorisée par la plainte verbale, le comportement douloureux et la description d'incapacités fonctionnelles. » EA/188).

Ces multiples changements étaient parfois justifiés par de nouveaux traumatismes (« Suite à la chute, j'ai été mis sous morphine (car la douleur était forte) » EP/34; « douleur était soulagée par la morphine mais c'était nécessaire car le coccyx et le sacrum, ça fait très mal » EP/48), ou par une recrudescence douloureuse (« Le 27 novembre de l'année T1, j'ai eu une douleur brutale intense [...] Le médecin généraliste n°2 m'a remis sous morphine, il disait que ça pouvait être les suites de la fracture de sacro-coccygienne et qu'en général ce genre de fracture ce n'est pas bon » EP/55); j'ai été seulement sous morphine, car je suis allergique aux anti-inflammatoires » EP/72; « était déjà sous morphine. [...] diclofénac car [...] composante inflammatoire et je l'ai remis sous Skenan® » EM2/10; « rechute des douleurs en octobre avec l'entrée dans l'automne » EC/51), ou par certains effets secondaires (« il est passé de sa propre initiative et très rapidement de 200 à 100 µg, car ça allait bien mais aussi car il voulait assurer sexuellement » EC/120).

Plusieurs douleurs ont justifié les prescriptions : la chirurgie (« reprise chirurgicale. Je l'ai vu à cette occasion à deux reprises pour des prescriptions de morphine dans le cadre de l'absence de son médecin généraliste » EM3/5); puis les douleurs postopératoires (« Trois jours après j'ai dû voir un médecin en urgence car ça n'allait pas. » EP/266).

Le traitement par opioïdes était partiellement efficace sur la douleur (« il restait algique malgré le traitement » EM3/15; « patch de 200µg de morphine [...] Dououreux. » EC/95; « Malgré le traitement, les douleurs persistaient. » EP/110; « fentanyl. On était à 25µg, avec de l'Actiskenan® 20 mg toutes les 4 heures, avec un comportement douloureux » EA/134), et sur la fonction (« des troubles urinaires, un alitement quasiment toute la journée, il avait arrêté la kinésithérapie » EM3/179).

Plusieurs tentatives de sevrage ont été essayées avec des relais par palier 2, sans succès. (« A chaque arrêt de la morphine c'était pour un relai en palier 2. Il a été sous tramadol et oxycodone en même temps en septembre T4. Mais il avait toujours des douleurs intenses » EM3/177; « essais de sevrage, il se disait trop douloureux. Je lui ai toujours dit que l'objectif était d'arrêter la morphine [...] C'était aussi le discours du patient, de vouloir arrêter la morphine » EM3/170). Ces tentatives étaient parfois marquées par un syndrome de sevrage (« syndrome de sevrage » EC/117; « le tramadol ne me faisait rien, peut être qu'il y

avait le problème de sevrage de la morphine, car à une époque j'étais à 200 µg de fentanyl et là je n'avais plus que de l'oxycodone LP 20mg x2» EP/112 ; « J'ai eu des épisodes où c'était très douloureux, surtout quand on diminuait la morphine » EP/111). A plusieurs reprises, les sevrages en morphine ont été rapides et sont survenus dans des contextes de remise en activité (« Ils ont voulu arrêter la morphine et intensifier la rééducation » EP/95) ou en postopératoire (« le chirurgien n°1 ne voulait pas entendre parler de morphine, il me l'a arrêtée du jour au lendemain quand il m'a opéré » EP/264). Certains ont évoqué que les tentatives de sevrage n'ont pas toujours été suivies par le patient (« il n'a jamais fait l'effort qu'il fait actuellement de se sevrer, depuis l'atteinte hépatique. Je ne sais pas s'il a été sollicité pour le faire avant » EPh/50).

Les relais par tramadol étaient mis en échec par le patient (« tramadol [...] arrêté car il n'y avait pas d'effets sur la douleur » EP/122).

Les variations de posologies ont également été concomitantes d'évènements de vie (« la douleur est revenue il a eu des idées noires pendant une période[...] Les pires moments c'était à cette période et après la consultation avec l'algologue n°1 » EC/111 ; « arrêt de travail de cette date jusqu'en juillet T4 où j'ai été licencié» EP/58 ; « invalidité depuis le 27 novembre de l'année T4 » EP/3 ; « mon ex-femme cherchait le conflit également » EP/100 ; « Pendant l'été T3 il était en rémission. [...] son ex-femme qui l'a ennuyé tout l'été. Tout le mois d'août il préparait son déménagement. Il a sollicité son dos tous les jours, avec des allers-retours et des ports de charge. » EC/50).

Effets secondaires de la morphine dépistés lors des entretiens : somnolence, constipation, dyspnée, impuissance, tremblements (« bien toléré la morphine [...] constipation comme effet secondaire » EP/49 ; « je sais que j'ai eu des problèmes respiratoires, au changement de prise j'ai un peu été essoufflé » EP/253 ; « pas informé des effets de la morphine et les risques sur la conduite. On ne m'a pas parlé de la commission du permis de conduire, aucun des médecins que j'ai vu » EP/287 ; « bouffées de chaleur [...] t'endormir de manière plus facile » EC/101 ; « passé de sa propre initiative [...] 200 à 100 µg, car [...] voulait assurer sexuellement. Oui il faut le dire car ça a un impact. » EC/120 ; « Il s'est plaint de sédation mais pourtant il a quadruplé la dose de Skenan® malgré ça. [...] tremblements, je n'ai pas le souvenir de constipation » EM2/79).

➤ **La Kétamine® :**

L'essai de Kétamine® réalisé lors de l'hospitalisation en septembre T5, avec pour objectif de diminuer la posologie de morphine, a été un échec. (« *Ils ont essayé de me sevrer des deux tiers des doses de morphine. Ça a été un échec total. On a du me remettre les doses initiales. Cela m'a dégouté. Je refusais au départ les hospitalisations* » EP/153 ; « *essayer les perfusions de Kétamine®, dans le but de réduire d'un tiers la posologie de morphine, car il y avait déjà une cytolyse avec une cholestase biologique [...] réduction trop brutale de la morphine et un syndrome de sevrage. C'est cela qui a mis en échec la Kétamine®.* » EA/91). Le patient n'a pas déclaré d'effets secondaires liés à la Kétamine® (« *pas provoqué d'effets secondaires*» EP/153).

➤ **Les antidépresseurs :**

L'amitriptyline :

L'amitriptyline, introduite à deux reprises, était partiellement efficace (« *amitriptyline avec l'algologue en l'année T4 à petites doses, sans effet sur la douleur. Puis on a essayé à des doses plus fortes. C'était efficace* » EP/105 ; « *amitriptyline était efficace sur la douleur de jambe mais la lombalgie persistait.* » EP/114). Elle a été arrêtée à la demande du patient en raison d'une prise de poids importante (« *J'ai demandé à arrêter le traitement à cause de la prise de poids* » EP/107 ; « *mise en échec par le patient car il y a eu une grosse prise de poids. Au début il a eu un bénéfice antalgique car il y a eu une période où on a réussi à reprendre une kinésithérapie* » EA/87; « *il l'avait arrêté un moment car il trouvait que cela lui faisait prendre du poids, puis quand il l'a arrêté ça n'allait pas donc il l'a repris par lui-même.* » EM3/126).

Les effets secondaires mis en évidence étaient : la prise de poids, les troubles de l'humeur, la constipation, sécheresse buccale et troubles urinaires (« *j'ai pris 15 kilogrammes en 1 an* » EP/106 ; « *humeur, c'était très oscillant avec l'amitriptyline* » EP/228 ; « *changements de posologie étaient difficiles au niveau de l'humeur, il était plus irritable* » EC/109 ; « *constipé, il avait la bouche sèche et des troubles urinaires. Forcément, l'association amitriptyline et morphine ont majoré la constipation* » EA/119).

La duloxétine :

La duloxétine à doses progressivement croissantes n'a pas semblé efficace (« *Au niveau des douleurs je n'ai pas vu de différence*» EP/119).

Les effets secondaires mis en évidence étaient l'agitation, les troubles du sommeil, une irritabilité (« *s'est plaint d'agitation, de troubles du sommeil et d'irritabilité. Etait-ce la duloxétine ou le syndrome de manque ?* » EA/118). Certains pensaient que la perturbation du bilan hépatique était secondaire à la prise de duloxétine (« *je ne le supportais pas du tout : il y avait une perturbation du bilan hépatique et je faisais des malaises. [...] Le bilan hépatique s'est amélioré initialement à l'arrêt du duloxétine puis il s'est dégradé de nouveau.* » EP/118 ; « *C'est l'association du duloxétine et de la morphine qui aurait entraîné les effets hépatiques.* » EPh/100). D'autres pensaient que la duloxétine n'en était pas responsable (« *indépendant de la prise de duloxétine. Car la réduction de la consommation d'interdoses et de posologie de base de morphine et du paracétamol était concomitante de la stabilisation des bilans biologiques.* » EA/112).

L'escitalopram et le diazépam :

L'escitalopram et le diazépam prescrits en décembre T5 par l'algologue, à l'arrêt de l'amitriptyline, n'ont pas été pris par le patient (« *je n'étais pas trop pour, j'ai arrêté assez rapidement. Je ne voulais plus de médicaments* » EP/124 ; *l'escitalopram, [...] je ne les prenais pas. Et on sait que les antidépresseurs font grossir. Surtout depuis l'amitriptyline j'étais un peu bloqué sur la prise de poids secondaire aux médicaments.* » EP/130 ; « *Il ne l'a pas pris longtemps, il l'a arrêté de suite car il ne le tolérait pas. Il l'a pris de décembre T5 à mars T6. Il n'avait pas tiré de bénéfices mais je ne suis pas sûre qu'il l'ait pris assez longtemps pour en tirer des bénéfices* » EM3/131).

➤ Les antiépileptiques :

Trois antiépileptiques ont été utilisés lors de cette prise en charge : la prégabaline, la lamotrigine et la gabapentine.

La prégabaline :

La première introduction de prégabaline 50mg a été faite devant la persistance des douleurs en postopératoire en avril T2, par le MG n°2, avec la réintroduction du Skenan® concomitante. L'augmentation rapide de la prégabaline (300mg/j), a été faite dans un contexte d'arrêt de la morphine en juin T2 (par le MG n°2), avec un relai par palier 2 (codéine et nefopam), et introduction de tétrazepam jusqu'en juillet (« *essayé le prégabaline, qui n'a pas du tout fonctionné, malgré le dosage (au début une petite dose puis une grosse dose)*» EP/74). La prégabaline a été arrêtée par le chirurgien en postopératoire suite à la reprise chirurgicale en août T2. Elle a de nouveau été prescrite en décembre T2 à un dosage de 100mg/j par le

MG n°2 dans un contexte de persistance des douleurs sous morphine (seulement pour 1 mois non renouvelé par la suite). Puis elle a été prescrite lors d'un séjour en rééducation en janvier T4, au dosage de 400mg/j dans un contexte de réduction rapide de la morphine (fentanyl 100µg à oxycodone 20mg/j) pendant 15 jours non renouvelée.

Les effets secondaires mis en évidence étaient des troubles digestifs (« *je n'ai pas eu d'effets secondaires* » EP/75 ; « *pas bien toléré le prégabaline à cause des troubles digestifs.* » EM3/118).

Le lamotrigine :

Le MG n°2 a fait un essai avec du lamotrigine 10mg/j en juillet T2, associé à une majoration de la prégabaline et des antalgiques de palier 2 (juste avant la chirurgie) (« *toujours très douloureux. [...] J'ai augmenté la prégabaline [...] introduis du lamotrigine [...] il semblait y avoir des résultats avec ce genre de traitement.* » EM2/19). Il a été arrêté par le chirurgien n°1 en post opératoire en juillet T2.

Aucun effet secondaire n'a été abordé lors des entretiens.

La gabapentine :

Lors d'une consultation de réévaluation postopératoire en septembre T2, le chirurgien n°1 a introduit de la gabapentine à dose croissante progressive. Cela n'a pas été renouvelé ensuite. (« *C'est le moment où il a dû se brouiller avec le chirurgien n°1 [...] Il ne se sentait pas soulagé avec les chirurgies, et il trouvait qu'il ne faisait rien pour lui* » EM3/23)

Aucun effet secondaire n'a été abordé lors des entretiens.

➤ **Les anesthésiques locaux :**

Les patchs de lidocaïne ont été essayés en avril T6 par le MG n°3 et renouvelés par l'algologue en avril T6. Cette prescription n'a pas été abordée lors des entretiens.

➤ **La corticothérapie :**

Deux cures de 10 jours de corticothérapie ont été prescrites par le MG n°2. La première est intervenue en mars T2, lorsque le patient a consulté en urgence en postopératoire devant des douleurs séquellaires. Cela n'a pas été efficace, le patient a reconsulté 15 jours plus tard et la morphine a été reprise. La deuxième cure a été faite en octobre T2, devant la suspicion d'un rhumatisme inflammatoire (tout en conservant les mêmes doses de morphine) Cela n'a pas été concluant (« *soupçonné une pathologie rhumatismale chronique type spondylarthrite et j'ai testé une corticothérapie pendant dix jours.* » EM2/26).

Aucun effet secondaire n'a été abordé lors des entretiens.

➤ **Les autres thérapeutiques et automédication :**

Le patient a essayé d'autres traitements que ceux prescrits pour les lombalgies : le protocole fibrose, de l'homéopathie, de la phytothérapie (« *Chardon Marie® et le Quantasmodium® : très efficace* » EP/258 ; « *beaucoup de médecine parallèle. [...] l'homéopathie, la phytothérapie, l'aromathérapie* » EPh/103 ; « *Il doit prendre des médicaments contre la constipation, les troubles urinaires et probablement de l'homéopathie* » EA/160), des traitements pour le sommeil (« *doxylamine par lui-même* » EM3/133), mais aussi du cannabis. (« *J'ai essayé en cigarette électronique [...] des bouffées deux min par jour voire deux fois, pendant une semaine. C'était efficace pendant une heure. Au bout d'une semaine j'ai voulu augmenter mais ça s'est mal passé. J'étais paranoïaque, [...] J'ai arrêté pour de bon* » EP/186).

* **L'efficacité des traitements :**

Les avis concernant l'efficacité des traitements divergeaient. Certains pensaient que la morphine et l'amitriptyline étaient les deux traitements qui auraient été le plus efficace (« *amitriptyline et la morphine (mais il ne faut pas aller trop loin non plus), et l'arthrodèse.* » EP/201 ; « *Il était soulagé par la morphine, en tout cas quand il l'arrêtait il se disait très algique. [...] L'amitriptyline l'avait plutôt bien soulagé* » EM3/136). Certains étaient plus réservés quant à l'efficacité de ces traitements. (« *Non, rien ne fonctionnait. L'amitriptyline et la morphine fonctionnait mieux* » EPh/86 ; « *Ce que j'ai remarqué, c'est qu'il fallait toujours augmenter la morphine et qu'il consultait les médecins très souvent* » EPh/77). D'autres pensaient qu'aucun traitement n'était plus efficace que les autres. (« *Non* » EM2/83 ; « *Je pense que la solution n'était pas dans le médicament* » EA/135).

* **L'observance :**

Les résultats du questionnaire MMAS- 8 (réalisé en hospitalisation) retrouvaient un score de 5.75/8 correspondant à une observance modérée. **Chaque professionnel a émis un doute quant à l'observance du patient.** Lui-même a avoué avoir été non-observant. (« *Avec la morphine j'ai un peu dépassé l'ordonnance en accord avec le médecin. En revanche je ne prenais pas certains antidépresseurs* » EP/203 ; « *80% des patients que l'on pense observant ne le sont pas. A l'époque je pensais que oui, avec le recul je me dis peut-être pas* » EM2/73 ; « *L'amitriptyline : il l'arrêtait puis le reprenait, il l'avait arrêté un moment car il trouvait que*

cela lui faisait prendre du poids, puis quand il l'a arrêté ça n'allait pas donc il l'a repris par lui-même. J'ai appris par la suite qu'il avait conservé beaucoup de médicaments à domicile. Il le reconnaît maintenant qu'il prenait plus de morphine que les doses prescrites. [...] L'escitalopram. Il ne l'a pas pris longtemps, il l'a arrêté de suite car il ne le tolérait pas. Il l'a pris de décembre T5 à mars T6. Il n'avait pas tiré de bénéfices mais je ne suis pas sûre qu'il l'ait pris assez longtemps pour en tirer des bénéfices » EM3/126 ; « Non je ne pense pas, je pense qu'il s'automédiquait » EA/126 ; « Non, vu toutes les boîtes de médicaments qu'ils nous ont ramenées [...] On fait tout le temps attention avec les morphiniques. Le dossier pharmaceutique partagé » EPh/95).

*** La recherche d'effets psychoactifs avec les traitements:**

Lors de l'évaluation pharmacologique réalisée lors de l'hospitalisation, le patient déclarait ne pas rechercher d'effets psychoactifs. Dans le questionnaire POMI réalisé lors de son entretien, il a répondu par la négative quant aux questions concernant la recherche d'euphorie, ou la prise de traitement pour faire face à des problèmes. **Les avis étaient mitigés.** Dans les entretiens, certains ont affirmé que le patient a recherché à avoir des effets psychoactifs. (*« Oui les morphiniques en général, et avec l'amitriptyline, il n'est sûrement pas resté aux dosages que je lui avais prescrit » EM2/76 ; « son problème c'est l'addiction, c'est cela qu'il ne reconnaît pas. C'est plus facile de dire "j'ai mal" » EA/114 ; « Oui, avec ses opioïdes, et avec la consommation de cannabis. Il disait qu'il en avait pris une semaine, mais je pense qu'il en a pris plus longtemps » EA/138).* D'autres ne se sont pas prononcés (*« ce n'est pas ce qu'il mettait en avant » EPh/82).*

*** Le mésusage des traitements :**

Lors de l'hospitalisation, plusieurs items de l'évaluation de la dépendance étaient positifs pour l'oxycodone et le fentanyl. Dans le questionnaire POMI (Prescription Opioid Misuse Index), le patient a répondu positivement aux questions concernant la prise d'une posologie supérieure à celle prescrite, et au raccourcissement du temps prescrit entre 2 prises. Cela a conduit à un score de 2/6, devant faire suspecter un mésusage. Ce mésusage a été abordé par tous dans les entretiens (*« il n'est sûrement pas resté aux dosages que je lui avais prescrit » EM2/76 ; « Il prenait de l'orodispersible qu'il avait accumulé depuis le début. Il prenait toujours les boîtes à la pharmacie malgré le fait qu'il en avait encore à domicile. Il a reconnu en avoir pris parfois huit à dix comprimés par jour » EM3/145 ; « la compagne m'avait également contacté, pour me faire part d'une surconsommation d'antalgiques. Elle avait un doute sur des effets secondaires avec une somnolence et des hallucinations » EA/93 ;*

« nous étions plusieurs prescripteurs notamment avec les interdoses de morphine [...] “ah mais j’ai appelé le CHU ils m’ont dit d’augmenter les prises“. On n’avait aucune trace dans le dossier et lui il n’avait pas d’ordonnance » EA/128 ; « Je me suis posée à un moment donné la question de la méthadone car il avait une consommation d’antalgique importante à ce moment là, avec un retentissement biologique » EA/107 ; « craignait un mésusage de la morphine » EPh/88).

*** Accord avec les recommandations :**

Tous savaient qu’ils n’étaient pas en accord avec les recommandations et ont évoqué la difficulté de suivre les recommandations avec ce “type de patient “ (« on en a beaucoup, donc on appelle un certain nombre de médecins pour certains cas mais pas pour tout le monde car on serait souvent au téléphone surtout maintenant avec les secrétaires. C’est épuisant pour tout le monde, pour les médecins aussi » EPh/123 ; « pas forcément en accord avec les recommandations officielles avec un patient comme ça. Le tout est d’essayer de le contenir lui, de nous contenir nous dans nos prescriptions » EA/186 ; « cela m’arrive très souvent [...] Ce n’est pas mon problème, je suis médecin j’essaie de faire au mieux, je ne suis pas toutes les recommandations » EM2/109 ; « Oui, par rapport à la prescription de morphine. Mais ce n’est pas si simple quand le patient est algique. [...] Je lui ai toujours dit que l’objectif était d’arrêter la morphine. Je l’ai adressé au centre antidouleur, c’était aussi pour arrêter ça. [...] Je savais qu’on était hors recommandations mais on n’avait pas beaucoup le choix. » EM3/169).

*** Quelques incohérences entre les ordonnances et les entretiens :**

Les ordonnances récupérées montraient que l’amitriptyline a été introduite par l’algologue en avril T4. Dans leurs entretiens, les médecins généralistes, parlaient d’une introduction d’amitriptyline par eux-mêmes. La même incohérence a été identifiée pour l’introduction d’oxycodone, qui selon les ordonnances aurait été introduite par le médecin spécialiste de la fibrose (« mon collègue qui a introduit l’amitriptyline en février T4 à 15 gouttes par jour. Il a été maintenu par le centre antidouleur. Il soulageait les douleurs mais le patient a demandé de l’arrêter à cause d’une prise de poids. » EM3/120 ; (« je l’ai mis sous amitriptyline car on n’avait pas encore essayé cette voie là. Cela n’a pas été efficace même si on était à 16 gouttes. Ensuite je l’ai mis sous oxycodone, je ne savais plus quoi faire. Je me suis dit si le Skenan® ne fonctionne pas peut être qu’il faut changer de molécule dans l’attente de son rendez-vous à la clinique. C’était une époque où on avait tendance à dire qu’il fallait prescrire plutôt l’oxycodone que le Skenan® » EM2/39).

c) Prise en charge de la fibrose :

Le patient a été suivi dans un grand hôpital pour une fibrose cicatricielle à partir de septembre T2 (« *médecins considèrent que c'est normal d'avoir de la fibrose et ne reconnaissent pas que chez certains cela peut être responsable de douleur importante* » EC/70). Il a été traité par un protocole spécifique (« *Il m'a donné des traitements spécifiques* » EP/90 ; « *acide clodronique, alpha-tocophérol, Chardon Marie®* » EP/68). Il a été suivi pendant 18 mois à l'origine d'une prise en charge parallèle entre l'hôpital central et les médecins généralistes. (« *Tous les six mois jusqu'en T4* » EC/66 ; « *parti se faire suivre dans un grand hôpital ensuite, son traitement a été modifié. Je l'ai revu en septembre T3, où j'ai commencé à être son médecin traitant* » EM3/15 ; « *il est revenu ravi en me disant que c'était une excellente prise en charge et qu'il fallait que je note le nom du médecin et du protocole* » EM3/30).

d) Prise en charge en algologie :

Trois prises en charge en algologie ont marqué cette prise en charge.

Le patient a été adressé une première fois en consultation d'algologie en l'année T2 par le MG n°2. (« *J'ai décidé de lui prendre un rendez-vous avec le centre antidouleur (algologie n°1). Je trouvais que cela ne relevait plus de la compétence d'un médecin généraliste* » EM2/31 ; « *Ce genre de patients nécessite une prise en charge multidisciplinaire et non mono-disciplinaire, la preuve il change sans arrêt de médecin car ce n'est pas satisfaisant.* » EM2/100). La consultation a eu lieu en janvier T3 mais ne s'est pas bien passée (« *rendez-vous dans un centre antidouleur dans une clinique qui s'est très mal passé. On avait été orienté par le médecin traitant. L'algologue n°1 était très désagréable.* » EC/7). Suite à ce rendez-vous, le moral du patient était très bas. (« *J'ai eu mes phases dépressives avec des idées suicidaires* » EP/228 ; « *Il s'est senti complètement incompris* » EC/11). Il a été de nouveau adressé à la consultation d'algologie de l'hôpital périphérique en T4 par le MG n°3. Le patient aurait été à l'origine de cette initiative. (« *J'ai rencontré l'algologue n°2 début de l'année T4 entre la rééducation et la chirurgie. J'en avais entendu parler, et j'ai pris la décision d'aller la voir. J'en ai parlé au médecin traitant qui a fait le nécessaire.* » EP/102 ; « *C'est encore nous qui avons décidé de voir l'algologue n°2, car je ne trouvais pas cela normal qu'il ne soit pas suivi par une algologue* » EC/83 ; « *Il présentait une douleur chronique avec un contexte très spécifique et surtout une consommation de morphiniques depuis plusieurs années* » EM3/108 ; « *le temps passe vite. Le temps que le*

patient accepte d'aller sur telle ou telle prise en charge, je dirai qu'il a finalement accepté d'aller sur ses prises en charge. Il y allait parfois à reculons, sans forcément qu'elles aboutissent. Je lui laissais ce temps là. » EM3/163). L'algologue n°2, devant l'échec des différentes prises en charge en externe, l'a adressé au CETD de l'hôpital central pour une prise en charge pluridisciplinaire en T6 (*« Je le connaissais depuis 2 ans [...] La prise en charge était mono-disciplinaire » EA/99 ; « hospitalisé [...] car mon bilan hépatique était perturbé, je n'étais pas pour cette hospitalisation mais l'algologue n°2 m'a convaincu et j'avais peur pour mon foie » EP/159).*

La rTMS a été un échec en raison de céphalées importantes (*« céphalées en casque dès la première semaine, puis j'ai eu très mal pendant un mois. [...] ils m'ont dit qu'il fallait arrêter car c'était trop douloureux ».* EP/176).

e) Suivi médical :

Le patient était à l'initiative de beaucoup de prises en charge, parfois difficile à gérer pour les médecins (*« j'étais là pour lui prescrire son Skenan®, pour lui demander un rendez-vous dans un centre antidouleur et la mise en invalidité. » EM2/60 ; « Il me disait systématiquement qu'il voulait d'abord essayer "ça" avant de faire autre chose. Il est donc passé par plein de prises en charge en parallèle. » EM3/157 ; « sans doute pris d'autres avis ailleurs sans qu'on le sache » EA/31).* La prise en charge a été marquée par un nomadisme médical (*« J'ai changé de médecin traitant en l'année T2. [...] il me faisait mes ordonnances par téléphone, il ne prenait plus le temps. Aujourd'hui je suis en train de chercher un nouveau médecin, car c'est pareil avec le médecin n°3, on arrive au bout » EP/135 ; « J'ai une pathologie qui est compliquée, les médecins traitants sont perdus, à un moment donné on le voit. Ils n'ont pas la baguette magique » EP/143, « vous trouverez peut-être des incohérences. Cela a été compliqué car il y avait une alternance avec le centre antidouleur ». EM3/141).*

f) Prise en charge chirurgicale :

Il y a eu 3 interventions sur le rachis lombaire. La première chirurgie réalisée par le chirurgien n°1 en mars T2, était une cure de hernie discale L5-S1. Elle a été peu bénéfique et concomitante d'un sevrage en morphine postopératoire (*« J'ai été soulagé 15 jours » EP/69).* Il y a eu une reprise chirurgicale en août T2, sans bénéfice au long terme. Cette période est marquée par des conflits avec son ex-femme (*« compliqué avec l'abandon de mon ex-femme »*

EP/77 ; « *Il ne se sentait pas soulagé avec les chirurgies, et il trouvait qu'il ne faisait rien pour lui. Ce qui revient beaucoup dans les différentes prises en charge* » EM3/33). La troisième chirurgie réalisée en février T4, a fait l'objet de multiples avis chirurgicaux (« *je l'avais adressé à l'hôpital central, avec le chirurgien n°2, il a voulu avoir l'avis d'un autre orthopédiste. Sachant qu'il avait déjà vu le chirurgien n°4 en janvier T2 avant la prise en charge par le chirurgien n°1. Il est retourné le voir pour un nouvel avis en fait. Et c'est le chirurgien n°3 qui l'a opéré en T4* » EM3/43). Un corset hémibermuda a été prescrit par le chirurgien n°2 à visée antalgique et diagnostique dans le cadre d'une rééducation (« *corset hémibermuda qui bloquait la jambe droite, qui a été efficace* » EP/92). La rééducation s'est mal passée avec l'intensification des douleurs dans un contexte de sevrage en morphine. Le chirurgien n°2 proposait une arthrodèse par voie postérieure. Une arthrodèse L5-S1 par voie antérieure a été réalisée par le chirurgien n°3 sollicité par le patient, sans bénéfice au long terme. (« *J'ai vu le chirurgien n°3 pour un deuxième avis, car avec la fibrose j'avais peur* » EP/93 ; « *J'ai senti une amélioration pendant un mois environ.* » EP/94).

Les professionnels interrogés étaient réservés quant au bénéfice de ces chirurgies. (« *Il a été question d'une reprise chirurgicale qui a été refusée par le chirurgien compte tenu du contexte.* » EM3/58 ; « *La première chirurgie en l'année T2 était justifiée, il y avait une corrélation anatomo-clinique à l'époque* » EA/11 ; « *opéré quatre fois, ce qui est pathologique si on y réfléchit. [...] certaines pour plainte douloureuse. Je pense que si l'on reprend les comptes rendus opératoires, il n'y a pas toujours de récurrence sur les imageries ni d'instabilité rachidienne.* » EA/38 ; « *je n'ai jamais senti que le niveau de la douleur baissait, où cela durait très peu de temps puis ça repartait* » EPh/47). Le MG n°2 n'était pas informé des prises en charge chirurgicales (EM2/60).

g) Avis des professionnels sur la prise en charge :

Certains professionnels s'accordaient pour dire qu'ils l'adresseraient plus vite au centre antidouleur, et qu'il a manqué la prise en charge psychologique. (« *Aller plus vite vers le centre antidouleur.* » EM2/120 ; « *formation éducation thérapeutique, [...] je n'aurai sûrement pas mis de morphine. Et je n'aurai pas mis aussi longtemps pour l'envoyer au centre antidouleur. (J'ai mis un an). Et je l'enverrai très vite voir un psychologue* » EM2/155 ; « *Plus ils sont adressés tôt, mieux c'est* » EA/220). Certains insistaient sur le manque de coordination entre les différents professionnels dans la prise en charge de Mr X. (« *L'inter-professionnalité [...] Qu'on ait un vrai dialogue médecin-pharmacien-infirmier. Je pense que ça aurait permis des échanges intéressants* » EPh/135 ; « *Quand on est amené à*

voir que le patient a été vu plusieurs fois par le chirurgien, [...] pourquoi ne pas essayer de prendre un temps pour discuter ce cas là. » EA/221). D'autres pensaient que la coordination avait été faite (« plusieurs appels de la pharmacie car elles ne comprenaient pas la prescription de morphine » EM3/216).

2) Axe fonctionnel

a) Perception des drapeaux jaunes :

La sévérité de l'incapacité fonctionnelle a été décrite par tous sauf la compagne et le MG n°2 (« *le temps passé au lit [...] 20h/24* » EP/168 ; « *mon périmètre de marche [...] 500 mètres* » EP/213 ; « *presque porté par sa conjointe. Il peut très bien ne pas pouvoir se lever de la chaise et aller sur la table d'examen. [...] patient qu'on peut aider à habiller* » EA/190 ; « *Il avait une canne et s'appuyait dessus* » EPh/69). Le MG n°3 a émis des doutes quant à la sévérité de l'incapacité fonctionnelle (« *Je l'ai déjà vu sur le parking marcher sans canne alors qu'au cabinet il marchait avec* » EM3/217). Ces doutes ont été repris par la pharmacienne (« *je le trouve douloureux seulement depuis qu'il a commencé le sevrage de la morphine* » EPh/92).

Les comportements inadaptés avec la réduction de l'activité physique ont été évoqués (« *alitement quasiment toute la journée* » EM3/179 ; « *on vit un peu selon mon état* » EP/19).

L'évitement a également été abordé (« *Il m'a avoué clairement qu'il n'avait pas envie d'y retourner, que ça lui augmenterait les douleurs et qu'il pensait qu'il pouvait faire lui-même le travail* » EA/155).

b) TENS et physiothérapie :

Le TENS a été utilisé pour la première fois en l'année T5, mais peu efficace. (« *Au début je l'utilisais en mode gate control 3 fois par jour pendant 30 minutes, je mettais 2 électrodes sur le trajet du nerf et deux autres dans le dos, c'était peu efficace.* » EP/191). Lors de l'hospitalisation au CETD, le patient a réessayé le TENS. Après une utilisation initiale excessive 24h/24, il l'a utilisé tous les soirs et lors des pics douloureux. (« *TENS 24/24h mais elles se décollaient du coup je recevais des décharges électriques. C'était plus efficace car on m'a appris à placer correctement les électrodes. Maintenant j'utilise le TENS quand j'ai mal et au coucher.* » EP/194).

Il a utilisé la chaleur pour soulager ses douleurs en l'année T5 et T6. (« *J'utilise du chaud* » EP/174).

c) Kinésithérapie

La prise en charge par les kinésithérapeutes a été marquée par de multiples changements car le patient ne se sentait pas bien suivi, pour finir par une rupture de suivi. (« *Le kinésithérapeute, je le voyais 2 à 3 fois par semaine pendant 2 mois. Mais le suivi n'était pas fait correctement, je ne faisais que des étirements et du gainage. J'ai changé de kinésithérapeute [...]. Mais on me laissait faire mes exercices seul dans une salle. Ce n'était pas mieux avec le kinésithérapeute n°2. J'arrive à saturation au niveau de la kinésithérapie.* » EP/82 ; « *plus de kinésithérapie [...]. Je ne voulais plus voir personne* ». EP/158 ; « *la kinésithérapie s'était mal passée et qu'il voulait un ostéopathe* » EM2/88; « *toujours été compliqué [...] Il n'y allait pas parfois parce que c'était trop douloureux et parfois trop douloureux pour y aller* » EM3/182).

d) Rééducation

Le patient a fait **plusieurs séjours en centre de rééducation sans bénéfice** (« *toujours exprimé des échecs quelle que soit la prise en charge [...] il avait toujours besoin d'être rassuré et accompagné car il partait toujours avec un à priori* » EM3/98). Le premier séjour a été marqué par des conflits avec son ex-femme de manière concomitante (« *Tu as voulu tout arrêter à cause d'elle* » EC/37) et par une réduction brutale de la morphine avec une majoration des douleurs lors de la remise en activité. La durée d'un des séjours a été considérée comme trop courte par le patient (« *a duré que deux ou trois semaines, ça n'a servi à rien* » EC/76). Certains professionnels ont décrit une prise en charge compliquée (« *plusieurs séjours en centre de rééducation en postopératoire et en dehors de ces périodes. Les différentes rééducations étaient sans bénéfice : un des séjours a été arrêté devant la majoration des douleurs ; un autre a été marqué par la reprise de la morphine alors qu'on l'avait presque arrêtée avant la rééducation en l'année T4. A chaque réactivation physique, il y avait une mise en échec de la rééducation par l'augmentation des douleurs. Les rééducateurs disaient que le seuil de tolérance à la douleur ne permettait pas de faire grand-chose, et le patient décrivait des douleurs importantes.* » EA/144 ; « *pas allé au bout de sa prise en charge. Il était douloureux, il y avait un contexte familial compliqué [...]. Il est rentré à domicile avec son corset. [...] c'était une rééducation très éprouvante* » EM3/64).

Malgré un désir de lutter contre l'alitement depuis l'hospitalisation au CETD, le patient ne souhaitait pas refaire de séjour en rééducation. (« *Il m'a avoué clairement qu'il n'avait pas envie d'y retourner* » EA/155).

3) Axe psychologique

a) Perception des drapeaux jaunes :

Les facteurs émotionnels ont été abordés par plusieurs d'entre eux (« *il ne m'en parlait pas* » EM2/116; « *incapable de faire* » EM2/68). La compagne a évoqué une irritabilité au moment des douleurs (« *plus hargneux. Il supporte moins le bruit, c'est un peu difficile.* » EC/107). Elle a décrit une souffrance (« *ex-femme, elle t'a fait souffrir [...] C'était très dur [...] psychologiquement [...] ça contribue à son état actuel [...] lorsque le divorce sera prononcé, cela lui permettra d'aller mieux.* » EC/18). Le MG n°3 a évoqué des pleurs (« *pleurer en consultation* » EM3/88). L'algologue n°2 a évoqué une addiction (« *addiction, c'est cela qu'il ne reconnaît pas. C'est plus facile de dire "j'ai mal"* » (EA/114). La personnalité du patient a été décrite par plusieurs d'entre eux (« *personnalité pathologique* » EA/167 ; « *personnalité est complexe* » (EPh/64). La pharmacienne a parlé de besoin de réassurance (« *apaisement tant qu'il y a la prise en charge* » EPh/54). Quant à lui, le patient disait se sentir bien (« *un psychologue [...] pour lui tout allait bien* » EP/196 ; « *maintenant je me sens mieux mais ça n'a pas toujours été le cas* » EP/293).

La dépression (autre facteur de chronicisation) n'a pas été abordée par les deux médecins généralistes et la pharmacienne. Le MG n°3 a évoqué les antidépresseurs sans aborder les symptômes (« *escitalopram* » EM3/131). Le patient et sa compagne ont décrit des phases dépressives (« *phases dépressives avec des idées suicidaires* » EP/228 ; « *il a eu des idées noires pendant une période* » EC/112). D'autres pensaient qu'il ne reconnaissait pas son syndrome dépressif (« *estimait qu'il allait bien moralement* » EA/36).

Le questionnaire HAD rempli par le patient, retrouvait un score d'anxiété de 5/21 (absence de symptomatologie anxieuse) et de dépression de 10/21 (symptomatologie dépressive douteuse).

Le catastrophisme et les fausses croyances ont été décrits par plusieurs corps de métiers. Le patient a exprimé plusieurs croyances dans son entretien (« *c'est la maladie qui va*

me dire si je peux le faire » EP/233 ; « c'est que mon corps fabrique trop de tissus cicatriciels » EP/69 ; « avec la fibrose j'avais peur » EP/93 ; « avec les lombalgies on sait que la prise de poids ce n'est pas bien » EP/107 ; « j'avais peur pour mon foie » EP/161 ; « partie psychologique je ne trouve pas que ça m'apporte quelque chose[...] je connaissais déjà toutes les techniques » EP/165 ; « traitements [...] qui ont des effets secondaires et certains à long terme peuvent créer d'autres maladies » EP/249 ; « médecins ont leurs limites, pour certains médecins les patients sont des numéros » EP/263). Le MG n°3 a évoqué la méfiance du patient vis-à-vis des médecins qui ne pouvaient rien pour lui (« il trouvait qu'il ne faisait rien pour lui » EM3/33 ; « échecs quelle que soit la prise en charge [...] la médecine ne pouvait rien pour lui » EM3/98). L'algologue a évoqué la place du médicament dans la prise en charge (« "Vous ne faites rien docteur". Car faire quelque chose c'est donner un médicament » EA/172). Notamment concernant les antidépresseurs, le patient estimait qu'il n'en avait pas besoin et pensait qu'ils faisaient grossir (« prendre un antidépresseur quand on trouve qu'on va bien, ce n'est pas logique. Il va revenir en disant qu'il est inefficace » EA/128 ; « Il estimait qu'il allait bien moralement. Les échecs selon lui étaient liés aux thérapeutes » EA/36).

Le coping :

Lors de la consultation de pré-admission au CETD, le patient a rempli le questionnaire CSQ, outil évaluant le coping. Les résultats de ce questionnaire montraient que le patient utilisait de manière quasiment égale les différentes stratégies. Ainsi on retrouvait (par ordre décroissant), des stratégies d'auto-encouragement à 87,5/100, la thérapeutique à 85/100, le catastrophisme et le déni à 79/100. Puis avec un score égal, apparaissaient la recherche de soutien social, l'évitement, la prière, les activités comportementales à 75/100. Pour finir la réinterprétation des sensations douloureuses avait un score de 70/100.

Les stratégies de coping mises en place par le patient ont été abordées par plusieurs corps de métiers. Le déni a été évoqué (« déni » EPh/133). L'acceptation du patient (récente) a été décrite (« difficultés à accepter cette situation physique [...] le faible seuil de tolérance à la douleur. Cette plainte douloureuse et ce recours aux antalgiques de palier 3, c'était plus facile à faire accepter » EA/54 ; « c'est de l'acceptation même si je pense que je n'ai pas encore tout accepté. C'est très récent, [...] on se bat moins contre soi, on a l'impression de se battre contre la maladie et on n'avance pas. Alors qu'il faut accepter la maladie pour pouvoir avancer et vivre avec. » EP/297). La compagne a évoqué un deuil des activités antérieures (« deuil de ce que tu faisais avant » EC/146). L'algologue évoque un déclic (« déclic » EA/153). La recherche de soutien social par le biais de sa compagne a été évoquée (« Celle

qui m'a aidé c'est ma compagne » EP/230 ; « beaucoup aidé par sa compagne comme il l'était par son ex-femme. » EM3/199). La notion de prière a été évoquée (« une solution miracle ». (EM2/13). La recherche d'information a également été abordée (« J'avais vu son nom sur internet « EP/90 ; « Il avait une prise en charge particulière, il faisait beaucoup de recherches, et avec le bouche à oreille il a voulu avoir d'autres avis » EM3/42).

La situation familiale difficile faisait aussi partie des drapeaux jaunes ; elle a été décrite à de nombreuses reprises (« *l'abandon de mon ex-femme* » EP/40 ; « *des conflits conjugaux* » EPh/7). Le patient a décrit sa relation avec son ex-femme difficile (« *j'ai failli quitter ma femme mais je suis resté pour les enfants.* » EP/55). La pharmacienne a décrit une ex-femme qui assumait toutes les tâches (« *assumait les enfants, un travail régulier, c'est elle qui assurait la stabilité* » EPh/37).

Plusieurs d'entre eux ont évoqué une procédure de divorce très conflictuelle. (EP/4, EC/23, EM3/80, EA/209) dans un contexte familial difficile (« *relation reste conflictuelle avec son ex-femme* » EA/67). La compagne a évoqué des insultes de la part de l'ex-femme (« *drogué de morphine* » EC/30 ; et « *handicapé* » EC/29). Le MG n°3 suivait l'ensemble de la famille compliquant la prise en charge. (« *Je suivais son ex-femme qui était en arrêt prolongé pour d'autres raisons que des lombalgies. Il a beaucoup soutenu son ex-femme. Tout cela s'est terminé quand elle a repris son travail par une demande de divorce complètement inattendue [...] il attendait sa demande d'invalidité [...] et son ex-femme était en arrêt [...]* » EA/69).

Avec sa compagne, la famille s'était réorganisée autour du syndrome douloureux. (« *On vit avec la maladie et en fonction de la maladie* » EP/20 ; « *La famille s'est réorganisée autour du syndrome douloureux du patient. Sa future femme ne travaillait pas non plus. Toute tâche avait un rituel [...]. Il sortait peu et participait peu aux tâches ménagères. Avec sa compagne, je pense qu'il y avait des facteurs de renforcements, des bénéfiques secondaires affectifs et matériels.* » EA/62). Plusieurs professionnels ont décrit leur vision du mode de fonctionnement du couple. La compagne apparaissait être très aidante et occupait une place importante dans la prise en charge. Le MG n°3 et l'algologue ont décrit des consultations similaires avec le couple (« *toujours accompagné de sa femme au départ, avec la main sur la cuisse, il se faisait des bisous pendant la consultation. Du jour au lendemain c'est sa compagne qui l'a remplacée, avec le même comportement la main sur la cuisse et les bisous* » EM3/212 ; « *toujours en présence de sa conjointe. Il ne me regardait pas, il mettait sa chaise à côté de sa compagne et la regardait. Il s'adressait à elle, les mains posées sur ses jambes. C'était très difficile de consulter avec ce couple* » EA/71). En revanche, le MG n°2 voyait le

patient seul (« *Il venait seul* » EM2/66). La pharmacienne a évoqué leur comportement à la pharmacie (« *Avant je le voyais jamais [...] son ex-femme qui venait chercher son traitement de fond* » EPh/65 ; « *c'est toujours sa compagne qui parle, c'est elle qui sait* » EPh/67).

La notion de victimisation a été décrite à plusieurs reprises (« *victime* » EA/202 ; « *la médecine ne pouvait rien pour lui* » EM3/99 ; « *abaissait beaucoup* » EC/27 ; « *l'abandon de mon ex-femme* » EP/40 ; « *se battre contre les institutions* » EP/41).

b) Lien douleur-parcours de vie

Tous, s'accordaient pour dire qu'il y avait un lien entre la douleur et le parcours de vie du patient. Le divorce conflictuel et les problèmes professionnels ont été cités comme pouvant avoir un lien avec sa douleur. (« *Dans ma vie je pense que la séparation, le divorce en cours ont influencé mes douleurs. Mais aussi l'arrêt de la société, ça n'a pas dû aider non plus.* » EP/280 ; « *J'espère que lorsque le divorce sera prononcé, cela lui permettra d'aller mieux* » EC/20 ; « *Oui, même si je n'ai pas eu la réponse à l'ensemble de mes questions [...], travail [...] c'était compliqué. La situation familiale n'était pas sereine* » EM3/190 ; « *Il y a forcément des antécédents biographiques, des facteurs de fragilisation dans son parcours. Je ne les connais pas, je n'ai jamais pu les connaître. Après c'est surtout le rôle du psychologue [...]. Avec moi, il abordait le passé professionnel positif, le passé sportif, certains éléments du passé subi et mal vécus dans le cadre du divorce, cette situation un peu de victime.* EA/198 ; « *le côté professionnel et familial* » EPh/128).

c) Thérapies psychocorporelles

Plusieurs techniques psychocorporelles ont été essayées par le patient (« *l'hypnose, l'acupuncture* » EP/183 ; « *reiki* » EC/80). Il a décrit des difficultés à les mettre en place lorsque la douleur était intense (« *essayé la sophrologie en l'année T5, mais c'est trop dur quand la douleur est forte* » EP/180). La mise en place de ces techniques a posé un problème financier (« *problème financier à terme* » EP/181). L'autre difficulté mise en évidence a été la pratique régulière de ces techniques (« *problème de régularité* » EP/181 ; « *rapidement abandonné, je pense par lassitude, manque d'investissement* » EA/52). Certaines ont été peu efficaces. (« *L'acupuncture a été peu efficace car j'avais trop de morphine selon le professeur, je dois le refaire quand je serai sevré.* » EP/184). Pour autant le patient souhaiterait réessayer l'hypnose (EP/179).

d) Prise en charge psychologique

Le parcours psychologique du patient a été marqué par plusieurs débuts de prise en charge rapidement arrêtées, sans suivi au long cours (« *plusieurs psychologues, plusieurs thérapeutes. A chaque fois, il y avait un emballement d'emblée avec une première puis une deuxième consultation puis il arrêtait. Il n'y avait pas de travail de fond, ni de remise en question de ses ressources et de son seuil de tolérance. [...] Les échecs selon lui étaient liés aux thérapeutes* » EA/33 ; « *J'ai rencontré un psychologue en l'année T4, je l'ai vu deux fois, pour lui tout allait bien. En l'année T5, j'en ai rencontré un autre à deux reprises qui m'a conseillé de faire de l'hypnose* » EP/196). Depuis l'hospitalisation, le patient est suivi régulièrement par le psychologue du CETD (« *je [le] vois une fois par mois. La partie psychologique je ne trouve pas que ça m'apporte quelque chose c'est pour ça que j'aimerais faire de l'hypnose en plus.* » EP/165, « *accepte le psychologue du CETD car je pense que ça fait partie de la structure du CHU. Il va en "consultation douleur" et non chez le psychologue. Mais en libéral ce n'était pas possible.* » EA/181, « *tu as vraiment commencé à en parler avec le dernier psychologue lors de la dernière hospitalisation (en T6)* » EC/43).

Pour certains professionnels de santé, la prise en charge psychologique a manqué (« *prise en charge psychologique qui a manqué* » EPh/132 ; « *Tout le côté psychothérapie* » EM2/122; « *prise en charge était mono-disciplinaire : il n'y avait pas de suivi psychologique* » EA/102). D'autres ne l'ont pas abordé lors des entretiens. (MG n°3).

4) Axe socioprofessionnel

a) Perception des drapeaux jaunes :

Au niveau professionnel plusieurs drapeaux jaunes ont été relevés :

- L'absence de poste aménagé a été décrite par le patient (« *conduite était impossible et ça faisait partie de mon travail* » EP/57 ; « *pas rencontré le médecin du travail* » EP/59).
- L'arrêt de travail prolongé a été décrit par le patient (« *arrêt de travail de cette date jusqu'en juillet T4* » EP/58), et l'algologue (« *arrêt de travail prolongé* » EA/15).
- L'indemnisation et compensations attendues ont été évoquées régulièrement. C'est le patient qui l'a le plus abordé (3 fois : « *invalidité catégorie 2* » EP/142, EP/221, EP/3). Il a décrit également des difficultés financières lors de son premier arrêt : « *financièrement c'était très dur car je n'avais plus de salaire.* » (EP/40). Les autres professionnels l'ont décrit en invalidité de catégorie 2 (EM2/46, EM3/87, EA/51).

- La pénibilité du travail a été évoquée par le patient (« *trajets en voiture n'ont pas aidé pour les douleurs* » EP/62 ; « *grosses valises* » EP/52) et par l'algologue (« *beaucoup de déplacements* » EA/10).
- Le travail perçu comme stressant a été décrit par la pharmacienne (« *de quoi secouer quelqu'un* » EPh/15 ; « *j'étais auto-entrepreneur, ça a été compliqué* » EP/32).
- L'insatisfaction au travail a été abordée par la pharmacienne (« *J'ai l'impression qu'il s'est passé quelque chose au niveau du travail, qu'il a fait tout ce qu'il a pu pour se faire exclure du monde du travail* » EPh/113). D'autres l'ont décrit plutôt triste d'avoir arrêté le travail (« *travail lui manquait* » EM3/87, « *D'arrêter de travailler ça a été très dur* » EP/293).

Le patient n'était pas concerné par les drapeaux suivants : accident de travail. Le salaire et la qualification professionnelle n'ont pas été évoqués.

b) Prise en charge professionnelle :

Le patient a été auto-entrepreneur, puis lors de son premier arrêt a connu des difficultés financières. (« *Il fallait se battre contre les institutions. En étant auto-entrepreneur, Pôle emploi ne voulait pas me prendre en charge, car la société n'était pas liquidée, [...]. La sécurité sociale ne voulait pas me prendre en charge car j'étais au RSI [...]. Après j'ai finalement réussi à obtenir le [...] RSA* » EP/41). Il s'est ensuite reconverti en tant que cadre commercial en septembre T0 pendant 3 mois. Il a quitté son poste pour incompatibilité d'humeur avec son patron, en décembre T0. Des douleurs modérées sont réapparues en novembre T0 nécessitant un traitement antalgique de palier 2. Il a retrouvé un poste de commercial en janvier T1, où il effectuait beaucoup de déplacements. (« *J'avais une sciatique toute la semaine mais je travaillais quand même. Je n'écoutais pas mon corps. Les douleurs revenaient régulièrement mais ne m'empêchaient pas de travailler.* » EP/52).

Il a décrit les différents changements de perspectives professionnelles comme difficiles : l'arrêt de la société en T0, des divers changements de poste, le licenciement en T4 (« *l'arrêt de la société, ça n'a pas dû aider non plus.* » EP/281 ; « *D'arrêter de travailler ça a été très dur, d'être licencié ça a été très dur.* » EP/293)

Il n'y a pas eu de prise en charge par la médecine du travail (« *pas rencontré le médecin du travail. Je ne les ai pas poursuivis [...] j'en avais marre des procédures* » EP/59).

Il a été reconnu en invalidité de catégorie 2 suite à la demande du MG n°2. La demande de MDPH initialement renouvelée par le MG n°3 a été refaite par l'algologue à la demande du patient car il trouvait qu'elle n'était pas assez remplie (« *un dossier de la MDPH*

[...], il n'y avait quasiment aucune information dessus. Je n'aurai eu aucune reconnaissance si j'avais envoyé son dossier. On a refait un dossier avec l'algologue [...] reconnu en invalidité ». EP/139). Ce statut d'invalidité était perçu par le patient comme une reconnaissance de son statut de douloureux chronique selon l'algologue (« être en invalidité était une reconnaissance de son statut de douloureux chronique et de ses incapacités fonctionnelles. Je pense qu'il en tirait des bénéfices secondaires. » EA/57).

Il s'est formé au REIKI mais a abandonné (« formation de 2 jours » EC/81). L'algologue a évoqué une lassitude (« a essayé de se former au reiki qu'il a mis en place. Mais il a rapidement abandonné, je pense par lassitude, manque d'investissement » EA/52).

Aucun des professionnels interrogés hormis le pharmacien, ne l'a connu au travail. (« Je ne l'ai jamais connu au travail depuis que je le suis » EA/49 ; (« jamais connu au travail » EM3/86). Les douleurs étaient secondaires aux problèmes professionnels selon la pharmacienne (« Les douleurs sont secondaires au problème professionnel » EPh/25).

V. Discussion

Avant de débiter cette discussion, nous souhaitons préciser que les recommandations sont des aides pour guider les médecins, mais ceux-ci ont toujours le libre choix de leurs prescriptions. Ainsi ce travail n'est pas un jugement de valeur des compétences de chaque professionnel et ne cherche pas à pointer les failles de prescription mais une analyse groupée de cette prise en charge et les points de rupture ou défaillances indépendantes du professionnel.

A. Les forces et faiblesses de notre travail

➤ Les points forts

Ce travail s'est appuyé sur les regards croisés des personnes (patient lui-même, professionnels et compagne) intervenant auprès du patient. Ainsi il permet une analyse complète de la prise en charge du patient.

➤ Les points faibles

Le cas clinique était long et complexe, reflétant bien l'histoire de ce patient qui s'est prolongée dans le temps avec l'intervention de multiples professionnels; expliquant les points faibles mentionnés ci-dessous.

Le contexte dans lequel s'est déroulée l'enquête qualitative a pu avoir un effet sur leur discours étant donné la posture médicale de l'enquêteur et l'objet de l'enquête (analyse de la prise en charge du patient). Nous avons constaté un biais de mémoire par rapport aux divergences entre les entretiens et les ordonnances récupérées.

Un biais d'information a été constaté puisqu'il manquait quelques ordonnances. Cela signifierait qu'il y ait une quatrième pharmacie car les pharmaciens ont déclaré nous avoir tout transmis en main propre.

Le cas clinique a été élaboré à partir du dossier clinique du CETD uniquement. Nous n'avons pas pu récupérer le dossier clinique des médecins généralistes n°2 et 3 (la raison évoquée étant le changement de médecin traitant). Cela a pu être responsable du manque de données de certains professionnels. Nous avons pallié à ce manque en les questionnant sur l'histoire de la maladie lors des entretiens.

Nous avons prévu de réaliser d'autres entretiens notamment avec les deux autres pharmaciens, mais ceux-ci ont refusé évoquant un défaut de mémoire. L'algologue du CETD n'a pas été interrogée en raison d'un conflit d'intérêt.

Avoir l'avis des kinésithérapeutes, médecins rééducateurs, psychologues et chirurgiens aurait pu être intéressant dans ce travail pour analyser la prise en charge. Néanmoins les principaux acteurs de la prise en charge de Mr X. ont été interrogés.

Lors de l'analyse par fréquence de mot, les critères de recherche ont été attribués arbitrairement, avec un nombre de 7 lettres minimum, correspondant au mot « douleur ». Lorsque les recherches ont été effectuées avec un nombre de lettres inférieures, beaucoup de mots sont apparus comme étant peu utiles à la recherche (pronom, prépositions,...). Cela a pu engendrer un biais dans la recherche.

B. Analyse de notre travail

1) Analyse de la prise en charge : facteurs liés au patient

a) Les croyances

L'approche cognitive de la lombalgie est fondée sur l'idée que les croyances erronées du patient entretiennent sa détresse émotionnelle. Les croyances du patient étaient diverses, à la fois sur la maladie (*mon corps fabrique trop de tissus cicatriciels* » EP/69), sur les traitements (« *on sait que les antidépresseurs font grossir* » EP/131), sur les médecins (« *médecins ont leurs limites, pour certains médecins les patients sont des numéros* » EP/263). La restructuration cognitive (visant à apprendre au patient à identifier ses pensées dysfonctionnelles, à les remettre en question et à développer des pensées alternatives plus adaptées) est la technique la plus utilisée. (34)

b) Les stratégies de coping

Dans la littérature, le coping a été décrit chez un patient douloureux chronique comme « sa façon de faire face ou de s'adapter à sa douleur » (35). Les lombalgiques chroniques sembleraient utiliser trois stratégies de coping ou d'efforts cognitifs de contrôle qui sont l'auto-encouragement, la dramatisation et l'évitement (34). Le patient utilisant des stratégies

de coping actif, aurait un fort sentiment de contrôle de la douleur et un retentissement fonctionnel de la douleur moins important. Celui qui utilise des stratégies de coping passif, aurait tendance à la dramatisation, à la focalisation sur les aspects aversifs de la douleur avec un faible sentiment de contrôle de la douleur.

Le questionnaire CSQ utilisé au CETD ne correspond pas à la version française validée du CSQ (CSQ-F). Le facteur « auto-encouragement » a été retiré en 2008 du CSQ-F en raison d'une faible consistance interne.(36) La version du CSQ-F ne comprend plus que 21 items, permettant d'évaluer cinq stratégies de coping (prière, réinterprétation, ignorance, dramatisation, distraction).(37) L'analyse de ce questionnaire est donc contestable car il ne s'agit pas de la dernière version validée. Son utilité dans le bilan de pré-admission en hospitalisation au CETD pourrait être remise en cause, étant donné qu'il n'est plus utilisé par les psychologues du CETD devant la difficulté d'interprétation. D'autres questionnaires mesurant le coping existent comme le questionnaire de coping WCC (Way of Coping Checklist) (38). Bien que le WCC ne soit pas conçu pour la douleur chronique, son interprétation paraît plus claire : il a l'avantage de mesurer les trois grandes stratégies de coping : le coping centré sur le problème, le coping centré sur les émotions, la recherche de soutien social.(39)

Les résultats du questionnaire CSQ rempli par le patient au CETD, montraient qu'il utilisait les deux types de stratégies de coping, en effet tous les items avaient un score supérieur à 75/100 donc d'une interprétation délicate. L'interprétation de ce questionnaire doit se faire avec réserve étant donné qu'il a été réalisé à un moment T de la prise en charge (mars T6), et que les entretiens reposaient sur les sept années de l'histoire du patient. Il aurait été intéressant de réaliser ces questionnaires à différentes périodes de la prise en charge.

L'auto-encouragement avait le score le plus élevé (coping actif). Dans les entretiens on retrouvait également la recherche d'information comme stratégie de coping actif. (« *Il avait une prise en charge particulière, il faisait beaucoup de recherches, et avec le bouche à oreille il a voulu avoir d'autres avis* » EM3/42). Bruchon a décrit que les efforts cognitifs de contrôle et de recherche d'information (coping actif) paraissaient être des stratégies efficaces dans la lombalgie chronique. (34)

La dramatisation (catastrophisme), l'évitement, la prière avaient également un score élevé (stratégies de coping passif). Les stratégies passives telles que l'évitement et la dramatisation se révèlent être les plus dysfonctionnelles.(36) Il a été décrit dans la littérature, un degré élevé de dramatisation chez les patients présentant des douleurs neuropathiques contribuant à l'aggravation du handicap et aux syndromes dépressifs et anxieux. Le coping passif pourrait favoriser l'apparition ou la persistance d'une douleur chronique notamment neuropathique après une intervention chirurgicale. (35) On retrouvait dans les entretiens cette

notion de dramatisation (« *la médecine ne pouvait rien pour lui* » EM3/99), de prière (« *solution miracle* » EM2/13), d'évitement (« *pas envie d'y retourner, que ça lui augmenterait les douleurs* » EA/155).

Le score (élevé) des activités comportementales était un peu discordant par rapport aux entretiens. Les activités comportementales ont varié au fil de la prise en charge avec une amélioration après l'hospitalisation au CETD (« *avant j'y étais 20h/24h depuis l'année T3. Ils m'ont dit qu'il fallait être plus actif, maintenant je suis moins alité (plus que 15-16h/24h). J'essaie de me lever le matin même si c'est dur car j'ai un déverrouillage, j'essaie de faire des périodes plus courtes d'alitement. Je fais de la marche, mon périmètre de marche est de 2km contre 500 mètres quand j'étais au plus mal* » EP/168).

La recherche de soutien social avait également un score élevé, ce qui confirme la place importante de la compagne dans la prise en charge. « Le conjoint peut faciliter le développement et le maintien du comportement douloureux s'il se montre d'une sollicitude excessive et considère son conjoint comme invalide » (34) (« *c'est toujours sa compagne qui parle, c'est elle qui sait* » EPh/67). La procédure de divorce conflictuelle a eu un effet majeur sur les douleurs également (« *relation reste conflictuelle avec son ex-femme.* » EA/67 ; « *ex-femme, elle t'a fait souffrir [...] C'était très dur [...] psychologiquement [...] ça contribue à son état actuel [...] lorsque le divorce sera prononcé, cela lui permettra d'aller mieux.* » EC/18). Nous pourrions nous interroger sur le rôle des bénéfices secondaires de la douleur dans le jugement du divorce. Le rôle de la compagne dans la vie du patient était prépondérant, de telle sorte qu'une certaine dépendance s'était installée. Le terme « compagne » était d'ailleurs l'un des mots les plus cités par la pharmacienne. Elle était très aidante, tout s'organisait autour du syndrome douloureux. Y'avait-il un bénéfice secondaire à cette douleur ? Pourquoi aller mieux si tout tournait autour de lui ? Aurait-il autant de soins de la part de sa compagne s'il allait mieux ? Et sa compagne, n'avait-elle pas intérêt à prendre soin de lui ? Quel sera son rôle s'il va mieux ?

Le score élevé du CSQ concernant la thérapeutique montrait le rôle important du médicament dans la stratégie d'adaptation du patient à la douleur (« *faire quelque chose c'est donner un médicament* » EA/172). Alors que dans le questionnaire BMQ, le patient avait un score faible concernant la nécessité du traitement pour se maintenir en bonne santé. Dans son entretien il a expliqué qu'il aimerait vivre sans médicaments (« *j'essaie de vivre sans médicaments, je vois qu'on arrive au bout. J'aimerais arrêter la morphine* » EP/239). Cela montre une certaine ambivalence du patient vis-à-vis des médicaments. (« *Il était très ambivalent* » EM3/212).

Le patient a aussi sa part dans l'échec de la prise en charge. Les recommandations de l'HAS (3) stipulaient que la prise en charge de la douleur chronique nécessitait d'investir les quatre axes. Si le patient ne souhaite pas investir un axe, le risque est d'investir de manière plus importante les autres axes. Dans le cas de Mr X, l'axe médicamenteux était disproportionné.

2) Analyse de la prise en charge : facteurs liés à la pathologie

* Le rôle du médicament dans la vie du patient.

La morphine et la douleur étaient les mots les plus fréquemment cités par le patient. Quelle place avait la morphine dans la vie du patient ? Les modifications majeures de posologie des antalgiques correspondaient souvent à un événement de vie du patient.

La première rechute des douleurs est survenue en novembre T0, date qui correspondait à un conflit avec son employeur suivi d'une démission : le patient a été traité par antalgiques de palier 2. Une rencontre compliquée avec l'algologue n°1 en janvier T3, a été à l'origine d'un syndrome dépressif avec majoration des douleurs, puis de la morphine 1 mois plus tard en février T3 (« *rendez-vous dans un centre antidouleur dans une clinique qui s'est très mal passé. [...] Il a craqué dans la voiture lors du retour puis après chez lui. Il s'est senti complètement incompris* » EC/7 ; « *Les pires moments c'était [...] après la consultation avec l'algologue n°1* » EC/114). Au moment de la séparation avec son ex-femme en juin T3, les doses de fentanyl ont été majorées rapidement d'avril à juin T3. Au final, les douleurs se sont améliorées suite à cette séparation et le début de relation avec sa compagne : diminution de la morphine par le patient et une « rémission » des douleurs (« *Pendant l'été T3 il était en rémission* » EC/50). La fin de l'été T3, a été marquée par un déménagement donc par une reprise de contact avec son ex-femme, et une majoration des douleurs concomitantes et de la morphine. Un nouvel essai de sevrage morphinique en rééducation en décembre T3 a été un échec, secondaire selon le patient et sa compagne, aux conflits avec son ex-femme (« *mon ex-femme cherchait le conflit également* » EP/100). Une nouvelle rechute des douleurs avec la reprise de la morphine a eu lieu en juillet T4, date correspondante à la fin de l'arrêt de travail et au licenciement (« *d'être licencié ça a été très dur* » EP/294). La morphine a de nouveau été majorée en octobre T4, un mois avant la reconnaissance en invalidité de catégorie 2 (« *invalidité depuis le 27 novembre de l'année T4* » EP/3).

La question qui se pose est le rôle de ces événements de vie dans les modifications de traitement et les échecs de prise en charge. La morphine avait-elle un rôle de pansement ?

Etait-elle consommée à des fins autres qu'antalgiques, nous savons l'effet psychique euphorisant des morphiniques.

3) Analyse de la prise en charge : facteurs liés aux professionnels de santé et à leurs prescriptions

a) Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge a été marquée par une médicalisation de la douleur. La recherche par fréquence des mots faisant ressortir les mots « douleur », « morphine », « médecin » confirmait cela. Les termes rattachés à la morphine faisaient référence aux prescriptions et aux modifications des posologies. Dans la littérature, nous avons retrouvé cette notion de surmédicalisation : dans le cas de la lombalgie chronique, les patients la considéraient comme un problème purement médical qui nécessitait donc une solution médicale. Ils restaient donc toujours en attente d'un autre traitement, surmédicalisant leur douleur, dans une errance médicale continue, que les médecins eux-mêmes entretenaient fréquemment.(11) Cette notion a été reprise également dans les entretiens du pharmacien, du patient, de l'algologue (« *un tas de problèmes passaient par le médecin, la thérapeutique, les médicaments* » EPh/19 ; « *Car faire quelque chose c'est donner un médicament* » EA/172 ; « *Oui surtout de la morphine* » EP/253).

➤ **Les antalgiques**

○ La morphine :

La première prescription de morphine s'est faite dans un contexte de douleur résistante aux antalgiques de palier 2, après 2 semaines de traitement aux posologies maximales. On était dans le cadre d'une douleur aigüe (fracture) chez un patient lombalgique chronique. Cette prescription d'opioïdes dans le cadre d'une douleur aigüe était en accord avec les recommandations en vigueur, qui stipulaient que les opioïdes devaient être utilisés en deuxième intention, après échec des paliers inférieurs (20). Les douleurs persistaient, malgré une majoration initiale de la morphine, jusqu'à une posologie de 60mg/jour pendant 6 mois, avec une diminution secondaire puis un sevrage. Les premiers signaux d'alerte apparaissaient, en effet il était recommandé l'arrêt du traitement au bout d'un mois en l'absence d'amélioration des douleurs.(20)

Lors de la rechute modérée en novembre T0, le patient a été traité par antalgiques de palier 2, donc en accord avec les recommandations de prise en charge d'une douleur modérée(21). Mais des interdoses d'Actiskenan® ont été associées à la prescription.

Il n'y a pas eu d'utilisation des antalgiques de palier 2 aux doses maximales lors de la rechute douloureuse de T1 : il a été traité directement par morphine. La question principale à ce moment précis était d'identifier quel était le type de douleur ? Les recommandations de l'HAS de 2008 (3) rappelaient le rôle majeur du médecin généraliste dans l'identification de la douleur chronique. Nous pourrions déjà parler de douleur chronique au vu du contexte compliqué et des multiples rechutes douloureuses.

L'introduction d'opioïdes doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale, avec établissement d'un contrat d'objectifs. Le non-respect de ce contrat doit entraîner l'arrêt des opioïdes. Cette notion de contrat est apparue dès 2004 dans les recommandations de l'AFSSAPS, puis reprise dans les recommandations de la CEDR et de la SFETD, et récemment dans une mise à jour de Vidal (24), (12), (40). Pourtant, l'utilisation explicite de contrats n'a été réalisée qu'à partir de la prise en charge avec l'algologue n°2 (« *faire formuler des objectifs, les siens et non les miens* » EA/99). Le médecin généraliste n°3 a évoqué que l'objectif d'arrêter la morphine avait été abordé avec le patient (« *Je lui ai toujours dit que l'objectif était d'arrêter la morphine.* » EM3/170). De plus, l'introduction d'opioïdes nécessitait un suivi régulier voire hebdomadaire le premier mois et si possible par le même médecin (20), (24). La relecture des ordonnances a montré que ce n'était pas souvent le cas.

Avant d'introduire des opioïdes forts chez les patients douloureux chroniques, les facteurs de risque de mésusage doivent être évalués et le mésusage régulièrement recherché une fois le traitement instauré (12). L'outil « Opioid Risk Tool » permet un dépistage simple et rapide du risque potentiel d'addiction. Cela n'interdit pas la prescription mais justifie une attention et un suivi renforcé. Ce mésusage a été suspecté par tous les professionnels et la compagne (« *sûrement pas resté aux dosages que je lui avais prescrit* » EM2/76). Le questionnaire POMI réalisé lors de son entretien donnait un argument supplémentaire pour la suspicion de mésusage (score 2/6). Tous ont suspecté un mésusage de la morphine, mais ne l'ont ni dépisté ni pris en charge. Pourquoi ? A plusieurs reprises les recommandations préconisaient la demande d'un avis spécialisé devant la suspicion de mésusage (24), (23). L'ANSM a également émis un avertissement, sur les risques d'abus médicamenteux liés à l'oxycodone en particulier, mais en rappelant que le risque était similaire avec les médicaments de la même classe (22). Plusieurs recommandations préconisaient de favoriser la

forme LP et par voie orale afin d'éviter le mésusage (12), (24). En analysant les ordonnances, nous avons constaté qu'il y avait systématiquement des prescriptions de morphine à libération immédiate, sauf quelques exceptions lorsque le patient était sous patch de fentanyl.

Devant des douleurs résistantes à la morphine, les recommandations précisait qu'il fallait l'arrêter après une durée d'un mois de traitement pour celles de 2004, de 3 mois pour celles de 2016. Celles du CEDR de 2010, n'abordaient pas de durée mais disaient d'arrêter en l'absence d'efficacité sur les douleurs et la fonction, et qu'en cas de difficulté de sevrage le patient pouvait être adressé pour un avis addictologique ou algologique. Les recommandations abordaient également une valeur seuil devant alerter les médecins (120mg pour les recommandations de l'AFFSAPS de 2004 et de la SFETD en 2010, 150mg pour celles de la SFETD de 2016). Dans le cas de ce patient, la première fois que le Skenan® a dépassé le seuil de 120mg/j aucun professionnel n'a réagi. C'est lors de la deuxième majoration du Skenan® au-delà de ce seuil que le médecin généraliste s'est alerté et a adressé le patient à un algologue. (*« Cela commençait à faire de bonnes doses. J'ai décidé de lui prendre un rendez-vous avec la clinique de la douleur (algologue n°1). Je trouvais que cela ne relevait plus de la compétence d'un médecin généraliste. »* EM2/30). La prise en charge en algologie n'a pas été poursuivie. Durant l'année T3, les posologies de morphine étaient très élevées, il a consommé jusqu'à 480mg d'équivalent morphinique par jour (correspondance de l'oxycodone 200mg/j et de 4 comprimés d'oxynorm 10mg). Ce n'est qu'un an après, qu'un deuxième avis en algologie a été demandé (janvier T4).

Il y a eu plusieurs problèmes d'équivalence entre les morphiniques à l'origine de syndrome de sevrage brutaux ou de surdosage. En effet lorsque le switch de l'oxycodone 160mg/jour (correspondant à 320mg d'équivalent morphinique par jour) a été fait pour le fentanyl 25µg (correspondant à 60mg d'équivalent morphinique par jour), le patient était très douloureux. Lors de sa consultation 3 jours plus tard, la posologie a été majorée à 100µg (correspondant à 240mg d'équivalent morphinique par jour), donc une décroissance très rapide suivie d'une croissance importante mais qui ne correspondait toujours pas à l'équivalent de la posologie d'oxycodone initiale. (41) Le Collège des médecins du Québec, en 2010, conseillait d'utiliser un tableau d'équianalgésie lors de la rotation des opioïdes, tout en réduisant d'un tiers les doses devant la méconnaissance de la sensibilité du patient au nouvel opioïde prescrit.(26) L'utilisation de ce tableau est de nouveau conseillée dans la dernière mise à jour de Vidal de 2017. (40)

Aucune recommandation n'abordait la cinétique d'augmentation de la morphine, ni la posologie maximale de morphine. Récemment Vidal a recommandé l'arrêt progressif des opioïdes lorsqu'il y a une augmentation rapide des doses, mais sans préciser ce que signifiait une augmentation rapide. (40). Cela interroge sur le point de rupture et le moment où le professionnel devrait s'alerter. Les prescriptions de morphine de ce patient ont été marquées par une croissance exponentielle très rapide. L'augmentation de morphine était faite sans laisser le temps au médicament d'agir. Les recommandations précisaient que la prescription d'opioïdes nécessitait une titration progressive sans préciser les signes qui devaient alerter (23).

L'Opioid Induced Hyperalgesia (OIH) est un processus pro-nociceptif qui doit être suspecté lorsque la douleur est aggravée lors de la croissance des doses d'opioïdes et paradoxalement améliorée en les diminuant. Devant une douleur persistante malgré l'augmentation de morphine, une hyperalgésie aux opioïdes aurait dû être suspectée. Cela l'a été mais tardivement par l'algologue. (« *il avait une consommation d'antalgique importante* » EA/108 ; « *il fallait toujours augmenter la morphine* » EPh/77) (42), (43)

L'oxycodone a été prescrite dans le cadre d'une douleur chronique non cancéreuse. Les recommandations précisaient en 2004 que seule la morphine était indiquée, et que les autres opioïdes étaient réservés pour les douleurs d'origine cancéreuse.(20) En 2017, Vidal précisait que la morphine et le fentanyl pouvaient être utilisés dans la douleur chronique.(40) L'oxycodone a été prescrit une première fois avant l'avis de l'ANSM sur le risque d'abus médicamenteux. Mais il a été prescrit une nouvelle fois après parution de cet avis. Les contraintes de l'exercice en libéral peuvent être à l'origine d'une difficulté de mise à jour dans les recommandations, (manque de temps, isolement,...). Le renouvellement régulier des recommandations peut expliquer cette difficulté : un médecin généraliste n'est pas un spécialiste d'une discipline mais doit prendre en charge toutes les pathologies. Tous ont reconnu ne pas avoir suivi les recommandations dans cette situation et ne pas les suivre tout le temps. Il reste à savoir s'adapter au patient. Quelles recommandations doit-on suivre quand on est médecin généraliste ? Celles du VIDAL ? de l'HAS ? Lorsque ces recommandations semblent insuffisantes, il est important de vérifier celles des sociétés savantes mais est-ce le travail du médecin généraliste ? N'est-ce pas dans ce cas précis où il faudrait faire appel aux spécialistes ?

Des sevrages brutaux en morphine ont été réalisés lors des séjours en rééducation, ou en postopératoire par le chirurgien à l'origine d'un syndrome de sevrage et mettant en échec

les thérapeutiques associées (chirurgie, coantalgiques introduits en même temps que le sevrage, rééducation) (« *le chirurgien n°1 ne voulait pas entendre parler de morphine, il me l'a arrêté du jour au lendemain quand il m'a opéré. Trois jours après j'ai dû voir un médecin en urgence car ça n'allait pas.* » EP/261). Lors du sevrage en opioïdes, une diminution de 25% des doses par mois était préconisée dans les recommandations québécoises, afin d'éviter un syndrome de sevrage (26). L'un des symptômes les plus constants du syndrome de sevrage aux opioïdes est l'apparition d'une hypersensibilité à la douleur. Celle-ci apparaît d'autant plus importante qu'il a été montré qu'une mauvaise prise en charge des douleurs postopératoires est un facteur de risque élevé de développement d'une douleur postopératoire chronique. Elle est prévenue par l'administration d'un antagoniste NMDA (Kétamine® par exemple) juste avant l'agression tissulaire.(43)

Précisons que plusieurs choses ont été réalisées par les différents professionnels : la rotation des opioïdes, de multiples essais de sevrage avec relai par des antalgiques de palier 2. Le problème réside dans la difficulté pratique de ces mesures théoriques nécessitant un encadrement rapproché.

Concernant les contre-indications à la morphine, le RCP des morphiniques et les recommandations de 2004, stipulaient que les opioïdes étaient contre-indiqués chez les asthmatiques. (20) Aucun professionnel n'a parlé de retentissement respiratoire. Le patient a décrit des épisodes de dyspnée aux modifications de posologie (« *morphine, je sais que j'ai eu des problèmes respiratoires, au changement de prise j'ai un peu été essoufflé, je me demandais si je devais aller aux urgences mais vu que je faisais de l'asthme je me disais que c'était normal* » EP/253). Dans les ordonnances, nous avons retrouvé la mention « surveillance de l'état respiratoire » à 2 reprises.

Concernant les précautions de la conduite automobile sous morphine, les recommandations de 2010 soulignaient le risque de somnolence dans le cadre de la conduite.(24) Aucun professionnel ne l'a abordé avec le patient. (« *On ne m'a pas informé des effets de la morphine et les risques sur la conduite. On ne m'a pas parlé de la commission du permis de conduire, aucun des médecins que j'ai vu* » EP/287).

Nous pouvons nous interroger sur des bénéfices de la morphine étant donné que le patient avait un retentissement majeur sur sa qualité de vie. Plusieurs recommandations rappelaient l'arrêt de la morphine en l'absence d'amélioration des douleurs, et/ou de la fonction et/ou la qualité de vie (24),(12).

Concernant les recommandations, avant 2016, la morphine était indiquée dans la douleur chronique en troisième intention après échec des autres thérapeutiques bien conduites et aux doses maximales tolérées sur plusieurs semaines. Les recommandations de 2016 de la SFETD légitimisaient la morphine. Le problème est d'identifier les patients à risque de mésusage, d'abus et de dépendance comme ce cas clinique le révèle. Ce dépistage nécessite une formation. Comment peut-on identifier la dérive ? Tous les professionnels se sont alertés face à la surconsommation d'antalgiques et le mésusage potentiel du patient. Quels sont les éléments qui expliquent l'absence de réaction ?

Dans ces recommandations, il est préconisé de ne pas dépasser le seuil de 150mg d'équivalent morphinique par jour, et de demander un avis d'expert au-delà de ce seuil. Ce qui doit alerter est l'absence de doses maximales recommandées. Les effets secondaires de la morphine doivent également alerter : la perte de dynamisme et l'alitement du patient. Mais aucune recommandation n'aborde la cinétique d'augmentation de la morphine comme signal d'alarme, hormis Vidal récemment.

- Autres antalgiques

Le paracétamol était prescrit en association à la morphine mais pas systématiquement. Son association aux opioïdes permet d'avoir un effet synergique et de diminuer les posologies de morphine. (24)

- Co-antalgiques :

Chaque introduction de coantalgiques intervenait dans un contexte de sevrage en morphine, cela ne laissait pas sa chance aux traitements. Les posologies des coantalgiques étaient souvent modifiées en même temps que celles de la morphine, ainsi il n'était pas possible de savoir lequel des traitements était efficace ou non.

Dans la douleur neuropathique, les recommandations de la SFETD de 2010, préconisaient en cas d'échec d'un médicament de première intention, de le substituer à une autre classe thérapeutique différente. En cas d'efficacité partielle d'un de ces traitements, elle proposait une association médicamenteuse entre médicaments de première intention, en privilégiant des classes thérapeutiques distinctes ou des traitements de mécanismes d'action complémentaire, par exemple :

- un antidépresseur tricyclique et un antiépileptique bloqueurs des canaux calciques
- un IRSNA (duloxétine) et un antiépileptique bloqueurs des canaux calciques
- un opioïde faible (tramadol) et un antiépileptique bloqueurs des canaux calciques. (23)

Ceci n'a jamais été réalisé dans ce cas clinique.

➤ **Les antiépileptiques**

Concernant les antiépileptiques, la prégabaline a été essayée mais aucune titration n'a été réalisée (passage de 50mg/j à 300mg/j), responsable d'effets secondaires digestifs. Elle a été réintroduite de nouveau à la posologie de 400mg, sans titration progressive selon l'efficacité et la tolérance comme les recommandations le préconisent (23). Le traitement a été pris par le patient seulement 2 mois la première fois et seulement 1 mois la seconde fois, ne laissant pas le temps au traitement d'agir. On parle d'échec de traitement lorsqu'il a été prescrit aux doses maximales tolérées pendant plusieurs semaines. (Les doses efficaces pour la prégabaline dans la douleur neuropathique sont entre 150 et 600mg/jour) (23), (25).

Le lamotrigine a été prescrit une fois. Ce traitement n'est pas dans les recommandations de première intention, il est plutôt utilisé dans les douleurs neuropathiques centrales (23) ; ici il s'agit d'une douleur neuropathique périphérique. Les recommandations de NICE (27) conseillaient de ne pas l'introduire sans l'avis d'un spécialiste. L'étude Cochrane de 2011 ne reconnaissait pas son efficacité dans les douleurs neuropathiques et évoquait des effets secondaires assez fréquents (10%) à type d'éruptions cutanées.(19)

La gabapentine a été essayée par le chirurgien n°1, mais dans un contexte de conflit avec le patient et de sevrage de morphine. Ce traitement n'a pas été reconduit par les médecins généralistes. La titration progressive n'a pas été réalisée, et le traitement n'a pas été pris suffisamment longtemps et à des posologies suffisantes pour parler d'échec thérapeutique (doses minimales efficaces pour la gabapentine : 1200mg/jour (23)).

➤ **Les antidépresseurs**

○ L'amitriptyline :

L'amitriptyline a été reconnu efficace par le patient et quelques professionnels mais responsable d'une prise de poids. Prescrit une première fois par l'algologue n°2, une titration progressive a été faite avec la recherche de la dose minimale efficace. Il n'a jamais été prescrit en même temps qu'un antiépileptique, ce qui est parfois recommandé quand le soulagement est insuffisant. De plus il n'a jamais été pris en même temps qu'un antalgique de palier 2, mais toujours en même temps que les opioïdes forts.

○ La duloxétine

La duloxétine a été prescrite en relai de l'amitriptyline (traitement que le patient associait à une prise de poids). De plus elle a été prescrite dans un contexte de perturbation du bilan hépatique, que le patient a imputé au traitement. Concernant la prescription de

duloxétine, une titration croissante a été réalisée mais elle n'a pas été prise suffisamment longtemps pour en évaluer l'efficacité. La posologie maximale prescrite correspondait à la posologie minimale efficace dans les douleurs neuropathiques, selon les recommandations (23).

➤ **La Kétamine ®**

La Kétamine ® est un antagoniste du récepteur NMDA. Les récepteurs NMDA semblent jouer un rôle dans les phénomènes de tolérance aux opioïdes, en interagissant avec les récepteurs aux opioïdes. La Kétamine® contrebalance l'hyperalgésie liée à l'administration d'opioïdes.(44) Ainsi elle aurait pu permettre de diminuer les doses de morphine. Mais la morphine a peut-être été diminuée trop rapidement. Lors de cette hospitalisation, les doses ont été diminuées de 2/3 selon le dossier médical et le patient, d'un tiers selon l'algologue n°2. L'utilisation de Kétamine® dans la douleur chronique est hors AMM. Les protocoles d'administration sont hétérogènes selon les centres antidouleur. Morel et Pickering soulignaient la nécessité d'évaluer sa sécurité d'emploi et sa balance bénéfique/risque. Une étude nationale des pratiques des CETD concernant la Kétamine® est en cours.(45)

***Prise en charge chirurgicale**

Dans la lombalgie chronique, les indications chirurgicales restent assez limitées. (11) Trois chirurgies ont été réalisées avec un bénéfice de très courte durée. Avant de poser l'indication chirurgicale, il aurait été intéressant de faire une concertation entre professionnels afin d'évaluer la balance bénéfico-risque. De plus, certains professionnels avaient un doute quant à la véracité de la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, le patient ayant été vu marchant sans canne à l'extérieur alors qu'au cabinet il avait un syndrome douloureux spectaculaire. Des recommandations ont été publiées en 2016 par l'HAS, concernant la conduite à tenir avant de poser une indication opératoire dans la lombalgie d'origine dégénérative (dépistage des facteurs de risque de chronicité, évaluation multidimensionnelle). Ces recommandations permettront peut-être de dépister les patients à risque de douleurs postopératoires chroniques. (46)

*Prise en charge en algologie

La prise en charge en centre de la douleur s'est faite tardivement. Cela est dû aux demandes tardives et aux délais entre la première demande et le rendez-vous. La première demande a été faite après 1 an sous morphine par le médecin généraliste n°2, suivi d'un rendez-vous avec l'algologue n°1, 4 mois plus tard. De plus ce rendez-vous s'est mal passé, renforçant la méfiance du patient. La deuxième demande a eu lieu 2 ans plus tard par le médecin généraliste n°3, en janvier T4 avec un rendez-vous 2 mois plus tard avec l'algologue n°2. La troisième prise en charge s'est faite au bout de 2 ans de prise en charge avec l'algologue n°2 de l'hôpital périphérique, cette demande a été faite auprès de l'hôpital central devant une suspicion d'hyperalgésie à la morphine. Le premier rendez-vous a eu lieu 4 mois plus tard avec le psychologue du CETD, suivi d'une hospitalisation 2 mois plus tard.

Les recommandations préconisaient une prise en charge multidisciplinaire des lombalgies chroniques en investissant les quatre axes.(3) Dans le cas de Mr X., c'est surtout l'axe médicamenteux qui a été investi en dépit des autres axes qui ont été effleurés. Ainsi même lorsqu'il était suivi en algologie, il n'y avait pas de suivi psychologique ni de prise en charge kinésithérapeutique. Cela a conduit l'algologue à hospitaliser le patient. Depuis, le patient a accepté le suivi psychologique dans le cadre d'une consultation douleur.

b) Prise en charge fonctionnelle

Une revue de la littérature de 2011, a mis en évidence l'utilité des programmes intensifs de réadaptation multidisciplinaire permettant la restauration fonctionnelle. Cependant son intérêt était discuté : à court terme cela améliorerait l'indice de qualité de vie et l'incapacité fonctionnelle de manière significative ; en revanche les résultats à long terme seraient plus contrastés.(11)

La prise en charge fonctionnelle a été marquée par des échecs. A chaque séjour en rééducation, la douleur s'intensifiait en raison d'un seuil de tolérance à la douleur très faible. La remise en activité était concomitante au sevrage de morphine, ne laissant pas sa chance à la rééducation. Les douleurs provoquées par le syndrome de sevrage étaient imputées à l'activité (« *dès qu'on intensifiait les exercices, mon corps ne suivait pas. Mon nerf se réenflammait et j'étais complètement alité* » EP/97). De plus les séjours en rééducation ont été perturbés par des conflits avec son ex-femme.

La prise en charge par les kinésithérapeutes a aussi été défailante. Est-ce le patient qui était réfractaire ? Est-ce la prise en charge proposée par les kinésithérapeutes qui n'était pas

adaptée au patient ? Ce patient ayant besoin d'être accompagné et rassuré, le laisser faire des exercices dans une pièce ne lui correspondait pas (« *toujours besoin d'être rassuré et accompagné* » EM3/98). De plus, le TENS ne lui a été proposé qu'à partir de l'année T5, et l'éducation du patient n'a pas due être suffisante car ce n'était pas efficace (« *je mettais 2 électrodes sur le trajet du nerf et deux autres dans le dos, c'était peu efficace* » EP/192).

c) Prise en charge psychologique

Sur le plan psychologique, il a été difficile de rassembler tous les éléments pour les professionnels : l'information était parcellaire. Les drapeaux jaunes ont été repérés par tous y compris la compagne mais cela n'a pas été suivi d'action.

Le questionnaire HAD réalisé au CETD, ne nous a pas permis de confirmer un syndrome dépressif, le score de 10/21 correspondant à une symptomatologie douteuse. En revanche le patient ne présentait pas de symptômes d'anxiété.(34) Les antidépresseurs ont été prescrits pour la douleur neuropathique mais aucun n'a été prescrit pour le syndrome dépressif. Le patient a présenté des symptômes dépressifs selon le DSM V(47) mais difficiles à évaluer car les symptômes relevés (clinophilie, ralentissement psychomoteur, asthénie, diminution des activités, difficultés de concentration, irritabilité, insomnie) pouvaient être imputables à la douleur ou aux effets secondaires de la morphine, voire de son sevrage. Faire la distinction entre le syndrome dépressif caractérisé et la pathologie somatique aurait pu faire l'objet d'un avis psychiatrique. Aucun avis psychiatrique n'a été pris sauf au CETD. Pourtant, deux sociétés savantes en 2010, recommandaient la demande d'avis psychiatrique chez les patients jeunes, et/ou ayant des comorbidités psychiatriques sévères (dépression ou anxiété importante) et/ou suspects d'abus.(24),(23)

La présence d'idées suicidaires exprimées par le patient, et soulevée par la compagne, confortait la notion de syndrome dépressif caractérisé nécessitant un traitement. Mais les croyances du patient concernant les antidépresseurs, et la prise de poids n'ont pas facilité la mise en route d'un traitement. De plus, il estimait qu'il allait bien. L'amitriptyline prescrite pour la douleur neuropathique aurait pu être efficace dans le syndrome dépressif. Mais la posologie efficace dans le syndrome dépressif n'est pas la même (75 à 150mg) (18) ; il n'a pris qu'un seul mois à la posologie de 75 mg, ce qui est insuffisant pour évaluer les bénéfices.

Au niveau des techniques psychocorporelles, le patient en a essayé certaines, mais un manque de régularité et un coût important l'ont fait arrêter. Concernant les psychothérapies, il a consulté plusieurs psychologues, au départ il y avait un emballement puis au bout de deux

consultations le suivi s'arrêtait. Pourquoi ? Est-ce parce que les psychologues avaient cerné son fonctionnement ? Le patient estimait qu'il allait bien en dehors des phases dépressives. Il ne percevait pas son besoin de suivi psychologique, il ne mobilisait pas ses ressources. N'est-ce pas également un problème financier ? Les séances de psychologie ne sont pas remboursées par la sécurité sociale et peuvent engendrer des problèmes financiers.

Beaucoup de croyances sont venues interférer dans la prise en charge, celles du patient parfois alimentées par les médecins, et celles de la compagne. A chaque nouvelle prise en charge le patient partait avec un à priori négatif selon le médecin généraliste n°3. Il refusait chaque hospitalisation, chaque décision devait être négociée ; il avait besoin d'être rassuré et accompagné. Tout cela prend du temps, et c'est ce qui a pu expliquer le délai de demande de prise en charge au CETD.

d) Prise en charge socioprofessionnelle

Le patient n'a pas rencontré le médecin du travail ce qui n'a pas favorisé sa reprise du travail. Un reclassement de poste ou un mi-temps thérapeutique aurait peut-être pu être envisagé ? Ainsi il a été en arrêt prolongé puis cela a abouti à un licenciement. La reconnaissance en invalidité de catégorie 2 lui permettait de percevoir une pension (50% de son salaire brut calculé sur les dix meilleures années d'activité) et le déresponsabilisait. Il a déclaré lors de son hospitalisation percevoir le même montant que son salaire, cela signifierait qu'il percevrait un complément de salaire par une prévoyance privée ou d'entreprise ou une allocation supplémentaire d'invalidité. Cette pension est réévaluée régulièrement en fonction de l'état de santé du patient (amélioration, stabilisation, dégradation). Elle peut être cumulée avec d'autres aides. Il bénéficiait d'une place de stationnement handicapé. (48), (49) Y-a-t-il un intérêt à aller mieux et risquer de ne plus percevoir ces indemnités ? Un des professionnels connaissant le patient depuis le départ, soupçonnait en effet que le patient aurait tout fait pour se retirer du monde du travail depuis l'arrêt de sa société. Il s'agit d'un bénéfice secondaire non négligeable.

4) Analyse de la prise en charge : des facteurs liés au système de soins

La recherche textuelle du mot médecin, faisait apparaître le mot « changement » et le mot « généraliste ». En effet le système de soins actuel, avec la loi de 2002 «relative aux

droits des malades “, permet au patient de choisir son médecin et de changer lorsqu’il le souhaite.

La prise en charge de ce patient a été marquée par un nomadisme médical avec deux changements de médecins traitants, et au moment de mon analyse un nouveau changement de médecin. L’analyse des ordonnances permettait de constater un va-et-vient entre les divers médecins généralistes et leurs remplaçants, ainsi que les spécialistes. Cela empêchait le suivi régulier par le même médecin notamment celui des opioïdes comme les recommandations le préconisaient.

Le système de soins et l’absence d’avance des frais permettent au patient de consulter sans limitation financière. Mr X. a multiplié les avis ; lorsqu’un médecin n’allait pas dans son sens, il s’en référait à un autre. Cela a compliqué la prise en charge pour les professionnels mais aussi pour le patient qui a finit par se perdre au milieu de tous ces avis.

C. Les pistes d’amélioration

Il paraît difficile d’extrapoler l’histoire de ce patient à tous les patients lombalgiques chroniques. Mais notre analyse a permis de montrer l’importance de l’articulation des soins, du dépistage du mésusage, des facteurs de risque de chronicisation, du rôle clé du médecin généraliste et de la nécessité de faire appel au CETD dès les premiers signes. Quelques pistes d’amélioration de la prise en charge de la lombalgie chronique en médecine générale, émergent de notre travail :

- Favoriser la coordination des soins ville-hôpital, la prise en charge multidisciplinaire et l’accès aux avis spécialisés :

Généralement lorsqu’un médecin généraliste adresse son patient à une équipe de la douleur, il délègue de manière implicite la coordination des soins de tout ce qui a trait à la douleur. En 2016, Gillet a mis en évidence le rôle important de la concertation entre professionnels afin de coordonner le parcours de santé complexe tel que celui d’un patient douloureux chronique. (13) Celle-ci pouvait se faire par simple échange téléphonique entre l’évaluateur initial d’une équipe dédiée et le médecin traitant le plus souvent, voire jusqu’à la concertation pluridisciplinaire impliquant des experts de diverses spécialités médicales. La réunion de synthèse pluri-professionnelle au sein de l’équipe dédiée avait un rôle central dans la prise en charge. Le partage entre acteurs de la prise en charge passait le plus souvent par la voie épistolaire, mais la concertation au sens propre était rarement réalisable avec les acteurs ambulatoires. Les problèmes classiques concernant la concertation physique entre libéraux et

hospitaliers étaient la disponibilité, la rémunération et le temps à y consacrer dans l'agenda de chacun.

Prévoir un temps rémunéré pour réaliser ces concertations pluridisciplinaires peut être une piste d'amélioration de la prise en charge du patient douloureux chronique. Avec l'émergence des maisons de santé pluridisciplinaire, la création de projet de soins autour de la douleur chronique peut être intéressante, les acteurs de la prise en charge pourraient se trouver au sein du même local facilitant les réunions.

Il serait intéressant d'inclure les équipes hospitalières des structures spécialisées dans la douleur au sein d'une concertation pluridisciplinaire en ambulatoire ou vice-versa. Le développement des technologies comme des visioconférences pourrait faciliter les échanges.

Dans la même vision des maisons de santé, le développement des infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe) dans le cadre du diabète, hypertension artérielle, ... peut être intéressant dans la douleur chronique avec des séances d'éducation thérapeutique.(50)

- Favoriser le dialogue avec le patient pour l'aider à faire le lien entre son histoire de vie, les bénéfices primaires et secondaires et la chronicisation de la douleur

La poursuite des psychothérapies et des techniques psychocorporelles a un coût au long terme que le patient ne peut pas toujours assumer. Une autre piste pour améliorer la prise en charge de la douleur chronique selon les quatre axes serait de rembourser la prise en charge du suivi psychologique et des techniques psychocorporelles par la sécurité sociale au même titre que les traitements ou la kinésithérapie. Cela permettrait d'investir les axes sur le même pied d'égalité.

En revanche, un remboursement ne peut répondre qu'à une partie de la question car « être pris en charge » et « se prendre en charge » sont différents, il est important que le patient puisse mobiliser ses ressources. Par conséquent favoriser le dialogue avec le patient, pour l'amener à son rythme à faire des liens entre son histoire de vie et la chronicisation de la douleur paraît primordial. Cela nécessite une prise en charge pluridisciplinaire avec le binôme médecin-psychologue comme cela se fait au sein des équipes douleur.

- Faire une fiche mémo pour les médecins généralistes

Il serait intéressant de réaliser une fiche mémo avec les drapeaux jaunes en particulier ceux concernant la prescription de médicaments destinés à la médecine générale et avec les

situations nécessitant un avis spécialisé. Cela pourrait être un outil dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

➤ Nouvelles recommandations concernant la prescription des opioïdes

Il serait également intéressant de réaliser des nouvelles recommandations de bonne pratique afin d'identifier les doses maximales à prescrire et les situations devant alerter notamment la cinétique de majoration des doses.

VI. Conclusion

La douleur chronique nécessite une prise en charge globale selon les quatre axes (médicamenteux, fonctionnel, psychologique, socioprofessionnel), qui doivent être investis de manière équitable. L'articulation des soins en douleur chronique, en pluridisciplinaire, est souvent difficile.

Dans la lombalgie chronique le repérage des drapeaux jaunes permet d'identifier les patients à risque, afin de prévenir le passage à la chronicité et de mettre en place leur éducation thérapeutique.

Dans cette prise en charge, ce qui est en cause n'est pas tant le repérage de la problématique mais le défaut d'articulation du système de soins : le nomadisme médical et pharmaceutique possibles dans notre système de santé ; la difficulté d'accès aux centres spécialisés. La coordination des soins entre médicaux et paramédicaux, est apparue primordiale, mais également entre les professionnels de ville et hospitaliers.

Il pourrait être intéressant de réaliser un travail sur la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires ville-hôpital, en prenant en compte les contraintes de chaque exercice (temps, rémunération,...), afin d'améliorer la communication nécessaire pour une articulation des soins efficace.

VII. Bibliographie

1. Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. [Internet]. 1999 Février [cité 19 sept 2016] p. 1-124. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
2. SFETD. Plans douleur [Internet]. SFETD Plans Douleur. 2016 [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
3. Haute autorité de santé. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations [Internet]. 2008 Décembre p. 1-27. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
4. Bouhassira D. Douleur [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2016 [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
5. Simmonet. G. Physiologie de la douleur et de l'hyperalgésie ou de la nociception à la contagion émotionnelle de la douleur. Douleur analg. mars 2016;29(29):33-47.
6. CEIP Addictovigilance. Résumé des résultats de l'enquête ASOS 15 [Internet]. 2015 [cité 29 juill 2017] p. 1. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ecb099a2a0e037284ce7f6ce0e8fc1cd.pdf
7. Prescrire. Dépendance aux médicaments opioïdes aux Etats-Unis: une énorme épidémie mortelle par surdose. Aout 2017;37(406):622-9.
8. Chaparro L, Furlan A, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for the treatment of chronic low-back pain [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: http://www.cochrane.org/CD004959/BACK_opioids-for-the-treatment-of-chronic-low-back-pain
9. Berquin A, Nonclercq O. Evaluation des yellow flags: pourquoi et comment? Kinésithérapie, la Revue. 2010;10(108):16-8.
10. Nguyen C, Poiraudreau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme. 2009;76(6):537-42.
11. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique: actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine & Longévité. sept 2011;3(3):137-49.
12. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique. [Internet]. 2016 janv [cité 14 sept 2016] p. 1-70. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf

13. Gillet H, Heritier S, Garcia-Porra C, Varigas M, Bochet E, Ramponneau J-P, et al. La concertation pluriprofessionnelle au service du parcours de santé du patient douloureux chronique. *Douleur et analgésie*. 2016;29(3):158-62.
14. Haut Conseil de la santé publique. Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. 2011 [cité 27 mars 2017] p. 1-96. (Evaluation). Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf
15. Miqyass L. Evaluation du contenu et des modalités d'enseignement de la prise en charge de la douleur en troisième cycle de médecine générale en France [Internet] [Thèse]. Paris Diderot-Paris 7; 2013. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20enseignement%20douleur%20L%20M.pdf>
16. Beaulieu P. *La douleur: guide pharmacologique et thérapeutique*. 1^{re} éd. Canada: Maloine; 2013. 1-228 p.
17. De Broca A. *Douleurs-Soins palliatifs- Deuils- Ethique*. Italie: Elsevier Masson; 2015. 54-86 p. (Réussir les épreuves nationales classantes).
18. Ministère des solidarités et de la santé. Base de données publique des médicaments [Internet]. 2017 [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php#result>
19. Wiffen P, Derry S, Moore R. Lamotrigine for chronic neuropathic pain or fibromyalgia in adults. [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: http://www.cochrane.org/CD006044/SYMPT_lamotrigine-antiepileptic-drug-chronic-neuropathic-pain-or-fibromyalgia
20. AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses [Internet]. 2004 [cité 14 mars 2017] p. 1-3. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf
21. AFSSAPS, SFETD, SFR. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. Recommandations après le retrait des associations dextropropoxyphène/paracétamol et dextropropoxyphène/paracétamol/caféine. [Internet]. 2011 [cité 14 mars 2017] p. 1-16. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf
22. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Risques liés à l'utilisation de l'oxycodone, antalgique opioïde de palier III - Point d'information. [Internet]. 2014 [cité 14 mars 2017] p. 1. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Risques-lies-a-l-utilisation-de-l-oxycodone-antalgique-opioide-de-palier-III-Point-d-information>
23. SFETD. Recommandations pratiques. Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. *Douleur Evaluation-Diagnostic- Traitement*. 2010;11:3-21.

24. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier R-M, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : «Les recommandations de Limoges 2010 ». Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2012;13(6):259-75.
25. Piano V. Traitement médicamenteux de la douleur neuropathique chronique: faites le point! [Internet]. 2015 [cité 14 mars 2017] p. 1-2. (Dossier SFETD du mois). Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Dossierdumoissfeted/2015/dossierdumoiss15-02-15.pdf>
26. Collège des médecins du Québec. Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel [Internet]. 2009 p. 1-35. (Lignes directrices du Collège des médecins du Québec). Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>
27. National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain - pharmacological management [Internet]. NICE National Institute for Health and Care Excellence. 2013 [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/guidance-neuropathic-pain-pharmacological-management.pdf>
28. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^e éd. France: Armand Colin; 2015. 1-128 p. (Tout le savoir en 128 pages).
29. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. [Internet] [Mémoire de médecine générale]. Faculté Lyon Nord; 2004 [cité 10 août 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
30. Sauvayre R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris: Dunod; 2013. 1-240 p. (Psycho sup).
31. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Médecine de la douleur et médecine palliative. 1^{re} éd. France: Flammarion Médecine et Sciences; 2009. 1-350 p. (Le livre de l'interne).
32. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique [Internet]. XVI^e Conférence internationale de management stratégique; 2007 [cité 21 juill 2017]; Montréal. Disponible sur: <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/7-xvieme-conference-de-l-aims/communications/2078-quatre-approches-pour-lanalyse-de-donnees-textuelles-lexicale-linguistique-cognitive-thematique/download>
33. Komis V, Depover C, Karsenti T. L'usage des outils informatiques en analyse des données qualitatives. Adjectif.net [Internet]. 2013 [cité 21 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article216>
34. Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. Personnalité et maladies: Stress, coping et ajustement. France: Dunod; 2001. 1-368 p. (Sciences Humaines).
35. Bouhassira D, Attal N. Douleurs neuropathiques. 2^e éd. Pays-Bas: Arnette; 2012. 1-220 p. (Références en douleur et analgésie).

36. Irachabal S, Koleck M, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M. Stratégies de coping des patients douloureux: adaptation française du coping strategies questionnaire (CSQ-F). *Encéphale*. 2008;34:47-53.
37. Dany L, Roussel P, Apostolidis T, Carayon S, Blois S. Douleur, stratégies d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du coping strategies questionnaire. 2008;21:227-34.
38. Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*. 2001;(67):68-83.
39. Keefe J, Tamara J, Sejal M. Faire face à la douleur. *Pain clinical updates*. oct 2009;17(5):1-9.
40. VIDAL. Douleur de l'adulte - Prise en charge [Internet]. 2017 [cité 7 août 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1775/douleur_de_l_adulte/prise_en_charge/#d2846e163
41. CLUD Toulouse. Tableau pratique de conversion des opioïdes de palier II et III [Internet]. Hôpitaux de Toulouse; 2016 [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/12_table_conversion_palier_ii_et_iii_v6.pdf
42. Calvino B. L'hyperalgésie induite par les opioïdes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2013;14(5):226-33.
43. Simmonet G, Labouevras E. Les opioïdes: de l'analgésie à l'hyperalgésie. Des dogmes à réexaminer. *Douleur et analgésie*. 2009;22(4):216-28.
44. AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique - Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte [Internet]. 2010 p. 1-163. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c248d4ab6b2041a9d8c04456b2da2613.pdf
45. Morel V, Pickering G. Antagonistes du récepteur N-méthyl-D-Aspartate (NMDA) et douleur [Internet]. Dossier SFETD du mois. 2016 [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: http://sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoissFETD/2016/antagonistes_nmda_version_finale.pdf
46. Haute autorité de santé. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie [Internet]. 2015 [cité 14 avr 2016]. (Fiche pertinence). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie
47. Crocq M-A, Guelfi D. DSM-V: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson. 2015. 188-197 p. (American Psychiatric Association; vol. 5).
48. Direction de l'information légale et administrative. Pension d'invalidité de la Sécurité sociale [Internet]. Service-Public.fr Le site officiel de l'administration française. 2017 [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F672>

49. Direction de l'information légale et administrative. Je suis en situation de handicap [Internet]. service-public.fr, le site officiel de l'administration française. 2016 [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31029>
50. HAS. Ensemble, améliorons la qualité en santé [Internet]. Rencontre HAS; 2007 [cité 30 juin 2017]; Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris-La Villette. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j._gautier.pdf

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

**Regards croisés sur la prise en charge d'un patient lombalgique chronique.
Revue de cas clinique sur la base d'entretiens semi-dirigés auprès de personnels
médicaux et paramédicaux de ville et hospitaliers.**

RESUME :

Objectif : Analyser l'articulation de la prise en charge de la douleur chronique à partir du cas clinique d'un patient jeune, lombalgique chronique, dont la prise en charge a été complexe du fait d'un nomadisme médical, associé à une escalade thérapeutique ayant menée à une dégradation de sa qualité de vie et de sa santé.

Méthodes : Etude qualitative basée sur l'analyse d'un cas clinique par entretiens semi-dirigés auprès du patient, de sa compagne et des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, algologue) l'ayant pris en charge. Une analyse lexicale puis thématique ont été réalisées à partir du logiciel N'Vivo. Une revue de la littérature a été réalisée concernant les recommandations en vigueur au moment de la prise en charge.

Résultats : Le cas clinique a mis en évidence certains drapeaux jaunes, un nomadisme médical et pharmaceutique importants. L'analyse lexicale soulignait la prépondérance de la douleur, de la morphine et du médecin dans la prise en charge confortant la notion de médicalisation de la douleur. L'analyse thématique révèle un axe médicamenteux surinvesti aux dépens des autres axes. La morphine a été majorée rapidement et à des doses très élevées pour des douleurs chroniques non cancéreuses, sans bénéfice sur la douleur et la fonction voire responsable d'une altération de la qualité de vie. Le manque de communication, le nomadisme médical et paramédical pouvaient expliquer le manque d'action malgré le repérage des signes d'alerte dans tous les entretiens. La difficulté de suivre les recommandations a été évoquée par les professionnels de santé. La multiplication des avis et des prises en charge diverses expliquaient le recours tardif aux spécialistes de la douleur.

Discussion : L'articulation des soins est apparue difficile du fait d'un nomadisme médical et paramédical et à l'origine d'une information parcellaire pour chaque intervenant. La coordination des soins entre médicaux et paramédicaux, est apparue primordiale, mais aussi entre les professionnels de ville et hospitaliers. Cela pourrait faire l'objet d'un travail sur la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires ville-hôpital, en prenant en compte les contraintes de chaque exercice (temps, rémunération,...), afin d'améliorer la communication nécessaire pour une articulation des soins efficace.

MOTS CLES :

Lombalgie chronique, morphine, médecine générale, multidisciplinaire, réseau ville-hôpital.
